90166

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2e SÉRIE — TOME XXV

17.11. — MOTTEROZ. — IMPRIMERIES RÉUNIES, A, RUE MIGNON, 2, PARIS.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef

P. BLACHEZ — E. BRISSAUD — G. DIEULAFOY
DREYFUS-BRISAC — FRANÇOIS-FRANCK — A. HÉNOCQUE — A.-J. MARTIN
A. PETIT — P. RECLUS

90166

DEUXIÈME SÉRIE — TOME XXV — 1888

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
M DCCC LXXXVIII

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, [illegible] MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 4 janvier 1888.

Académie de médecine : Communications diverses. — Le concours du Bureau central.

Après la transmission des pouvoirs présidentiels et le résumé qu'a fait, des travaux de l'Académie pendant l'année 1887, le président sortant M. Sappey, la séance d'hier a été occupée par de nombreuses communications. M. Rochard a fait un rapport sur une intéressante observation de ligature de l'iliaque externe due à M. Poncet (de Lyon), celui-ci a lu lui-même une note sur la transparence dans les tumeurs solides. M. Richelot a fait connaître un cas de persistance du canal de Nück avec hydrocèle réductible et en a déduit de judicieuses considérations sur la cure radicale des hernies. On a écouté avec une faveur marquée la protestation opposée par M. Riche aux assertions de ceux qui considèrent les sels de nickel comme dangereux pour les usages alimentaires. Ce métal, dont les applications sont plus nombreuses chaque jour, peut donc être innocenté des méfaits qu'on lui impute. M. Hervieux, analysant une lettre qui signale à l'Académie l'extension de la variole en Kabylie, a fait remarquer que la vaccination animale suffisait à tous les besoins. Si tous les médecins de l'armée montraient pour la revaccination le zèle dont plusieurs d'entre eux, et à leur tête M. Vallin, ont donné tant de preuves, on arriverait rapidement à éteindre ce fléau. Enfin, M. Paulier a montré des cerveaux humains durcis par un procédé des plus ingénieux qui permet leur dissection, et M. Laffont a lu une nouvelle note sur l'action de la cocaïne.

On voit que l'année 1888 commence bien à l'Académie.

— La Commission nommée pour étudier les réformes à introduire dans les programmes des concours pour le Bureau central a terminé ses délibérations et les modifications qu'elle a proposées au régime actuel seront très vraisemblablement adoptées par l'Administration. Il convient donc de les indiquer et d'en expliquer en quelques lignes l'importance et la valeur.

Les épreuves d'admissibilité comprendront désormais : *pour la médecine :* une composition écrite (30 points) et une épreuve clinique sur un malade (20 points) ; *pour la chirurgie :* une composition écrite (30 points), une épreuve clinique (20 points), une consultation écrite (30 points). Les épreuves d'admission comprendront : *pour la médecine :* une épreuve orale (20 points) et une épreuve clinique sur deux malades (30 points) ; *pour la chirurgie :* une épreuve de médecine opératoire (30 points), une épreuve de pathologie externe (20 points), une épreuve clinique (20 points). De plus l'admission au concours ne pourra être demandée qu'après deux années de doctorat et la limite d'âge pour l'inscription sur les registres du concours est fixée à quarante ans.

On comprend aisément, si on ne les approuve point sans réserves, les motifs qui ont dicté ces réformes. Les derniers concours avaient été si longs, la fatigue qu'ils avaient imposée aux juges aussi bien qu'aux candidats avait paru si pénible qu'un mouvement d'opinion s'était fait en vue d'abréger d'une manière quelconque la durée des épreuves. Les mesures prises dans cette vue par la Commission consistent dans la valeur exceptionnelle donnée à la composition écrite et dans la suppression de la consultation rédigée jusqu'à ce jour par les candidats. En commençant les épreuves par une composition écrite, dont le sujet pourra être choisi de façon à écarter d'emblée tous ceux qui n'ont pas encore acquis des connaissances suffisantes sur tous les sujets de pathologie et de clinique, la Commission espère sans doute relever le niveau général du concours en même temps qu'elle éliminera un certain nombre de candidats. Le seul reproche que l'on pourrait faire à ce mode de procéder s'adresserait aux juges plutôt encore qu'aux candidats, et c'est pourquoi M. Danlos avait proposé un système analogue à celui qui est en usage au Concours général des lycées. Mais nous pensons aussi que l'anonymat des compositions écrites ne pourrait que très difficilement être assuré et que les avantages du système seraient loin de compenser ses inconvénients. La composition écrite pourra servir à écarter certains candidats. Elle ne fera pas nécessairement admettre

ceux qui auraient, dans le jury, de puissants protecteurs. Nous comprenons moins la suppression de la consultation écrite qui avait son utilité et qui, les éliminations ayant été plus nombreuses, n'aurait pas allongé outre mesure la durée du concours.

Restent les deux plus graves modifications : celles qui sont relatives aux conditions nécessitées pour l'inscription des candidats. Autant nous approuvons la première, qui a surtout pour but de permettre aux jeunes docteurs de travailler sérieusement dans les laboratoires ou les cliniques avant de commencer la fastidieuse série des conférences exclusivement faites en vue de la préparation du concours du Bureau central, autant nous faisons de réserves en ce qui concerne la limite d'âge. Sans doute il est pénible de voir des médecins âgés de plus de quarante ans continuer à prendre part avec de tout jeunes docteurs à des épreuves qui les épuisent et leur font perdre un temps qu'ils pourraient plus utilement employer. Comme on a dû le faire remarquer au sein de la Commission, ces médecins, tardivement nommés, rendent peut-être moins de services que leurs collègues. Mais n'est-il point possible d'éliminer après les deux premières épreuves ceux qui seront jugés incapables et de les décourager ainsi à tout jamais? Ne craint-on pas d'ailleurs que les médecins qui, après dix ou quinze concours successifs, seront arrivés à la limite d'âge, ne viennent à faire valoir près de juges au cœur compatissant, la cruelle situation qui leur serait faite s'ils n'étaient pas nommés? « Vous allez, diront-ils, briser ma carrière. L'année prochaine il me sera impossible de concourir. Tenez compte de mes efforts, de ma persévérance, etc., etc. » Et le juge se laissera toucher et quelques candidats seront élus au bénéfice de l'âge. Nous ne parlons pas des dispenses que l'on accordera sans doute à ces victimes des concours antérieurs. Et nous nous demandons si vraiment il était nécessaire d'établir une limite d'âge qui fermera peut-être définitivement l'entrée des hôpitaux à quelques médecins vraiment dignes d'appartenir à ce corps d'élite.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, il nous semble que les modifications apportées au concours de médecine — nous ne parlons pas du concours de chirurgie qui a été fort peu amendé — sont infiniment plus défendables que celles qui ont été proposées jusqu'à ce jour. Le *Bulletin médical*, qui publiait il y a quelques jours une analyse du rapport de M. Féréol, nous apprend que l'on a proposé la suppression du concours et l'introduction d'une épreuve sur titres. Nous avouons que, si la première proposition a pu être repoussée par la question préalable, nous sommes aussi d'accord avec la Commission pour condamner la seconde. Les motifs qu'a fait valoir à ce sujet l'honorable rapporteur de la Commission des hôpitaux sont des plus concluants. Il ne faut pas, dans les concours du Bureau central, donner une importance prédominante à des travaux plus théoriques que cliniques. Il faut à l'Administration non des savants exclusivement préoccupés de recherches de laboratoire, mais de bons médecins capables avant tout de bien soigner les malades. Les épreuves imposées dans le but de mieux connaître l'aptitude professionnelle des cliniciens appelés à l'honneur de faire partie du corps des médecins des hôpitaux, ne seront jamais de nature à écarter ceux qui — le passé répond de l'avenir — savent mener de front les recherches scientifiques avec les études faites au lit du malade. Et il sera toujours tenu compte aux travailleurs de leurs publications originales. Seule parmi les réformes proposées et non admises par la Commission, la division en deux séries d'épreuves (admissibilité et admission) subies devant deux jurys différents nous a paru assez séduisante. Elle aurait au moins pour résultat de diminuer la durée des concours et jusqu'à un certain point de rendre les chances plus égales.

Il convient d'ailleurs non d'apprécier ces réformes, mais bien d'attendre que l'expérience ait démontré leur valeur réelle. Les candidats au Bureau central n'ont pu, malgré l'invitation qui leur a été adressée, formuler aucun projet acceptable. Les médecins des hôpitaux sont unanimes pour affirmer combien il est difficile d'améliorer le régime actuel et de rendre exempte de toute critique l'organisation d'un concours aussi sérieux. Reconnaissons donc que la Commission nommée par la Société des hôpitaux a réalisé ce qu'il était possible de faire et que le système qu'elle propose mérite d'être essayé.

THÉRAPEUTIQUE

Les indications du régime sec et du rationnement des liquides.

Des cliniciens de haut mérite proposent de revenir au régime sec. Voilà bien une évolution de l'opinion à laquelle on devait s'attendre au lendemain d'un engouement excessif pour la diète lactée et le fréquent abus d'agents médicamenteux dits eupeptiques.

Après tout, qu'on l'approuve ou qu'on la condamne, cette évolution thérapeutique semble légitime après le grand rôle que la gastrectasie s'est acquis dans la pathogénie stomacale et avec les idées actuelles sur l'influence de l'excès de tension sanguine dans les maladies cardio-vasculaires.

Là-bas on prescrit ce régime pour venir en aide aux viscères dilatés : c'est une *cure de réduction*. Ici l'on compte alléger le travail du cœur et l'encombrement vasculaire : c'est une *cure d'asséchement*.

I

Qu'est le régime sec, ou plutôt que doit-il être?

Une abstention, aussi complète que possible, des aliments aqueux, des boissons et des médicaments liquides. La définition est classique, et Chomel, l'un de ses premiers législateurs, la complétait par des prescriptions destinées à prévenir les inconvénients de ce régime.

Systématiquement employé, il constitue la xérophagie de Fonssagrives (ξηρὸς sec, φαγεῖν manger), qui, dans un temps aujourd'hui bien lointain, était l'un des moyens de la médication altérante. La diète arabique en fut l'exagération, et, dans leurs sévères prescriptions, ses adeptes prohibaient toute viande et toute boisson durant quarante jours, limitant l'alimentation à l'usage des fruits sucrés et desséchés : figues, amandes ou raisins. C'était régime d'anachorète! Il passait pour le triomphe de la sobriété. En tout cas, il n'était pas celui de l'hygiène. De la diète arabique il ne saurait donc être ici question; d'ailleurs, elle n'est pas le régime sec.

L'histoire physiologique de ce dernier est fort courte, et, à défaut de démonstrations expérimentales, il faut en

demander les éléments à l'observation clinique presque seule.

Localement, il atténue la surcharge alimentaire et la distension des organes digestifs : témoin l'estomac rétréci des jeûneurs, témoin aussi par réciprocité, *contraria contrariis demonstrantur*, l'ectasie de celui des grands buveurs ou des gros mangeurs ; témoin, enfin, l'exemple historique des phénoménales indigestions du roi Louis XIV, dont, au rapport de Fagon, son médecin, l'estomac et « les boyaux étaient au double de l'ordinaire ».

Par son exagération, il est vrai, la nutrition s'altère. Vérité fort banale, que l'on a invoquée pour condamner le rationnement des liquides ! Aisément, à coup sûr, on en donne la preuve en rappelant le faible embonpoint des xérophages et l'amaigrissement extrême des obèses mis en abstinence.

Je passe outre à cette objection et note, phénomène plus intéressant pour le thérapeutiste, que, rationnellement employé, le rationnement des liquides agit sur la circulation du sang et sur sa masse. Il ralentit le pouls, augmente la concentration du liquide sanguin aux dépens du sérum et au profit de la proportion relative des éléments solides, et, conséquemment, modifie les échanges ; il atténue donc la tension vasculaire à la manière des agents dépresseurs de la circulation, raréfie les sécrétions normales ou pathologiques et sollicite, — des faits cliniques le démontrent, — la résorption des épanchements liquides ; il provoque l'ardeur de la soif, la sécheresse des muqueuses et la constipation ; triple inconvénient dont on l'accuse avec raison.

Tels sont, en abrégé, les faits fondamentaux de la physiologie du régime sec. Ces données sont, à coup sûr, fort incomplètes ; mais, on en conviendra bien, je pense, cette insuffisance ne saurait mettre cette médication hors de la thérapeutique et infirmer des observations aujourd'hui fort multipliées.

Quand et comment prescrire le régime sec ?

II

Dans le traitement des maladies de l'estomac, le rationnement des liquides date de loin. Avant Chomel et M. Bouchard, ses modernes législateurs, Widman, Van Swieten, les deux Frank ; puis, plus près de nous, Bard, Cruveilhier, Duplay père, Tood, Rilliet et autres, en ont plus ou moins complètement appliqué les principes pour combattre ou pour prévenir les effets justement redoutés de la surcharge et de la stagnation alimentaire sur les parois et les fonctions de l'estomac.

De nos jours, les indications ont pour fondement de nombreux travaux sur la dilatation de l'estomac et les thèses soutenues, soit à Paris, soit en province, par MM. Blot, Louradour-Portelier, Alfonsi, Le Poil, Lafaye, Lechaudel, Duclozeaux, Enrique de Argães, Malibran, Le Gendre, Guery et le mémoire très important et trop peu cité que M. Thiébault soutenait, en 1882, devant la Faculté de Nancy.

Instruit par ces documents, on peut donc en fixer les règles et l'emploi, dans la thérapeutique générale des affections gastriques.

En édictant la suppression des boissons, Chomel entendait vaincre une forme de dyspepsie, la dyspepsie des liquides, peu décrite, sinon inédite avant lui. Il luttait contre un symptôme qui, les faits l'ont démontré depuis, n'est souvent qu'un épisode au cours de la gastrectasie.

A l'heure actuelle, on prescrit le régime sec dans un but un peu différent : on se propose de modérer ou tout au moins de ne pas exagérer la gastrectasie, d'où vient tout le mal. On espère ainsi vaincre la lésion ou, tout au moins, la rendre tolérable. Différent est l'objectif ; mais analogues sont les moyens. Ne consistent-ils pas toujours, comme Kaempf le demandait, au siècle dernier, à restituer *robur* et *vigor* aux parois affaiblies du viscère en ectasie ?

La surcharge et la stagnation alimentaire sont les dangers qui résultent, déclarait Widmann, dès 1743, *ex depravatione alimentorum assumptorum digestione*, ou bien, à l'avis de Van Swieten : « d'un vice dans la transformation des aliments ne passant qu'à la longue dans l'intestin ». On le voit, comme la pathologie de la dilatation de l'estomac, la théorie du régime sec possède ses états d'antique noblesse clinique.

De là trois indications urgentes : réduire l'encombrement de l'estomac par le choix et le rationnement des aliments ; distancer les repas par des intervalles laissant au viscère le temps de s'exonérer des résidus du précédent repas ; enfin abréger la durée de la digestion gastrique. Comment y satisfaire ?

Dans le choix des aliments, on préférera — tous les observateurs le recommandent — les substances très alibiles sous le moindre volume. Leube en a dressé l'échelle, et, à l'aide de cette échelle, on a su, sans grand effort d'imagination, varier le menu de ces cartes, que l'on a nommées culinaires.

On prescrira donc avec sollicitude, dit M. Damaschino, « les aliments qui devront contenir le moins de liquides possible ». Parmi eux, Chomel défendait le pain, les pâtisseries et les pâtes mal cuites, tous aliments qui « s'aigrissent dans l'estomac ». Dans le pain, M. Bouchard permet la croûte et ne tolère que la mie bien grillée, redoutant, lui aussi, la continuation dans l'estomac de la fermentation acétique commencée pendant la panification et interrompue, mais non pas suspendue, par la cuisson.

On écartera les viandes réputées grasses ; on fuira les poissons dont la chair est chargée d'huile, et l'on préférera le bœuf au mouton et surtout au veau ou à la volaille, qui lui sont inférieurs. Enfin, tenant compte d'une judicieuse remarque de M. Thiébault, on dépouillera les viandes de leur graisse, car les corps gras sont un obstacle à l'imprégnation du chyme par les acides et s'opposent au travail de l'estomac. En outre, ajouterai-je après Chomel, la proscription des sauces abondantes.

Ce dernier laissait au malade le choix du mode de préparation des viandes, froides ou chaudes, rôties, grillées ou bouillies. Cependant, cette préparation n'est pas indifférente, et l'on devra, après avoir supprimé les parties tendineuses de ces dernières, les hacher, et, au besoin, les piler en forme de purée.

Ce n'est pas tout. Voici une recommandation, en apparence fort banale, et qui mérite l'attention : je veux parler de la parfaite mastication des aliments. Tous les auteurs s'accordent pour en appeler à la patience des malades, en vertu du vieux proverbe, fort sage : « Le morceau, qui longuement se mâche, est demi-cuit, et l'estomac ne fâche. »

Au début du traitement, on prohibera les légumes frais et aqueux. Plus tard, M. Thiébault les tolère, à condition qu'ils soient tendres et jeunes, à l'exception, toutefois, des crucifères. Les observateurs d'autrefois en connaissaient aussi les dangers, et, dans l'histoire de la gastrectasie de

Louis XIV, Fagon s'élève contre les habitudes de son royal client, « s'ingérant beaucoup de viandes et de potages, variété de différentes choses qu'on y mêlait : salades de concombre, de laitue, de petites herbes, lesquelles, toutes ensemble, sont assaisonnées de poivre et de très fort vinaigre, le tout entassé presque sans être mâché. »

Chomel autorisait les soupes épaisses; M. Wannebrouq (de Lille), d'après M. Guery, permet les soupes maigres. Leur usage doit être modéré, et il est plus prudent, avec M. Bouchard, de s'en tenir au riz et aux purées de légumes secs : pois, lentilles ou pommes de terre.

M. H. Huchard a insisté sur l'efficacité du régime sec de Chomel contre la dyspepsie des liquides dans le *Bulletin de thérapeutique*, du 30 août 1884.

Le choix des boissons et leur rationnement sont de règle fondamentale. Quelles boissons défendre? Quelles boissons permettre?

Inutile de s'arrêter aux spiritueux et aux liqueurs fortes, sinon pour en prohiber l'usage. Le vin rouge présente des inconvénients; il est riche en tanin, or Fleischner et Bucbner ont appris que le tanin entrave la digestion ; il possède un titre alcoolique élevé, et son alcool peut donner naissance à de l'acide acétique. La richesse du thé en tanin doit aussi le faire proscrire. De plus, l'usage continu de cette boisson peut provoquer des accidents de théisme dont j'ai signalé les dangers dans l'*Union médicale* de 1885.

On préférera le vin blanc et la bière coupés d'eau, ou bien, à l'instar des médecins anglais, qui, depuis longtemps, la prescrivent contre la dyspepsie, l'eau pure, additionnée d'une cuillerée à café de rhum ou de cognac par verrée.

J'arrive au rationnement des boissons. Schoth et Bartels en conseillent l'abstinence presque absolue. Cet ostracisme des liquides n'est pas seulement un retour à la diète arabique, c'est de plus une erreur et un danger.

Quelle doit être, à chaque repas, la ration des liquides ? Chomel la limitait à un verre ou 250 grammes. M. Bouchard en autorise une verrée et demie ou 375 grammes, et cette quantité de liquide suffit pour délayer le chyme. Mais, en fixant cette ration, on n'a pas tout fait.

Comment le dyspeptique doit-il boire? La question peut paraître naïve ; elle n'est cependant pas oiseuse. En 1827, dans son ouvrage intitulé *An essay on morbid sensibility of the stomach*, Johnson, en avance sur ses successeurs contemporains, l'avait déjà fort sagement résolue en signalant les dangers d'une ingestion trop ample des boissons : « *The admixture of a large quantity of drink with the food, must greatly impede digestion, not only by over distinding the stomach, but by dilecting the gastric fluid.* » Pour éviter ce double danger de la dilatation stomacale et de la dilution excessive du suc gastrique, Frank prescrivait de boire par petites gorgées, recommandation renouvelée, d'ailleurs, d'un autre médecin anglais, Clark, qui avait dit avant lui : « *Fluids ought to be taken slowly at al times by dyspeptics.* » Ces prescriptions sont de celles que les avocats du régime sec ne récuseront pas, à coup sûr.

L'abstinence de certains fruits a été universellement recommandée. Cuits, M. Bouchard en tolère l'usage; crus, il n'autorise que les fraises, le raisin et les pêches. Plus sévère, Chomel prohibait aussi les melons et les prunes.

Comment régler les repas? Ils seront réguliers et rares. Deux repas par jour avec un intervalle de huit heures, disait Chomel; de neuf heures, conseille M. Bouchard, et j'ajouterais, avec M. Thiébault, avec un intervalle de quatre heures entre la collation matinale et le repas du milieu du jour. Cette règle était celle dont s'accommodait Voltaire, dans sa retraite de Ferney : « Il prenait une tasse de café à onze heures du matin, une panade à deux heures et une aile de volaille froide à dix heures et demie du soir. » Au menu près, cette ordonnance des repas n'est-elle pas celle que l'on a prescrite depuis ?

L'abstinence de tout aliment doit être absolue durant l'intervalle de ces repas. Cet intervalle ne devrait-il pas être l'heure du repos, sinon du chômage, pour l'estomac affaibli et lent à digérer? Le malade résistera donc aux impulsions de la faim, à ces caprices, disait Frank, « d'un estomac gourmand, » et ne cédera pas non plus aux ardeurs de la soif.

De tous les inconvénients du régime sec, la soif paraît, en effet, le plus redoutable : c'est la croix des malades, disait Antonius de Haen, et, pour combattre, *illa ægrorum crux*, le thérapeute est presque désarmé, en raison de l'indigence de la matière médicale en agents hypodipsiques. Faut-il administrer le sel de Prunelle avec Fonssagrives, ou bien en appeler, avec Balthasar de Tralles, aux vertus de l'opium, qui *diaphoresim movet alios vero sensus compescit?* Non, à coup sûr, l'opium ne saurait convenir dans des affections dont la constipation est très souvent le trop incommode symptôme.

On s'en tiendra donc à la suppression des épices et du sucre, au séjour dans une température fraîche, aux bains tièdes et fréquents, enfin, avec Kussmaul et après Chomel, aux lavements d'eau simple pour suppléer à la diète des liquides. Mieux vaut aussi faire fonds sur l'hydrothérapie, stimuler la peau par les frictions sèches, employer les douches chaudes ou froides, simples ou écossaises d'eau pure, salée ou sulfureuse, tous moyens dont on contestera l'efficacité comme hypodipsiques, mais dont on ne méconnaîtra pas la puissance pour restituer à l'estomac l'énergie de sa fonction.

III

On apprécierait mal les mérites du régime sec par une énumération même complète des faits cliniques qui lui sont favorables. La statistique est un argument qui ne suffit pas, car le succès dépend de causes difficilement analysables : la durée du traitement, la persévérance du malade à s'y conformer et la ténacité du médecin à le prescrire.

Le régime sec est une médication de longue haleine : son échéance n'arrive qu'après des mois et des années. Enfin, et on ne le répétera jamais assez, s'il améliore l'ectasie et soulage la dyspepsie des liquides, il ne peut en bonne raison prétendre guérir la lésion viscérale.

Envisagé à ce seul point de vue, il devient une méthode d'*expectation hygiénique* qui ne dispense pas des autres moyens thérapeutiques. C'est dire que ces derniers n'en sont pas seulement le complément, mais bien plutôt les auxiliaires : tels les procédés d'*épuisement* du contenu gastrique par la voie buccale : lavage, pompe et siphon; ou les purgatifs, qui, pour ainsi parler, en assurent le *drainage* par la voie intestinale; tels les antiseptiques, la créosote, l'iodoforme, le charbon, employé de tout temps et que Frank associait aux alcalins, faisant lui aussi et sans préméditation, de l'antisepsie à sa manière; tels la limonade chlorhydrique pour arrêter la fermentation putride selon

la méthode de Talma (*Zeitschrif. f. klin. Med.*, Bd 8, Hft 1880) ou encore l'acide chlorhydrique, recommandé par Trousseau depuis bien longtemps déjà; tels la noix vomique, la strychnine, les amers, les toniques et autres encore, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre des variétés historiquement fort nombreuses de l'ectasie stomacale : dilatation atonique de Frank, nerveuse de Leared, dilatation aiguë de Van Swieten, mécanique de Duplay père, — dont on ne saurait trop relire le mémoire, ancien de plus de cinquante ans, et cependant toujours si complet au double point de vue du diagnostic et de la séméiologie de cette affection.

Pratiquement ces différences importent peu. Qu'il s'agisse d'une *adynamie gastrique* par insuffisance musculaire ou d'un *estomac forcé* par la surcharge alimentaire, le régime sec répond à l'indication fondamentale de réduire au minimum le travail mécanique du viscère et de porter la fonction chimique au maximum. C'est un traitement de prudence pour l'estomac surmené des enfants qu'un allaitement immodéré, « véritable repas de Lucullus », conduit, au moment du sevrage, à la *dyspepsie des nourrissons*. C'est une cure de repos pour celui de l'adolescent que l'abus des aliments grossiers durant la période scolaire a mis en *dyspepsie des collégiens*, et, plus tard, c'est une médication, sinon curative, du moins préventive pour l'estomac de l'adulte, que l'intempérance des boissons ou des aliments solides conduit à la *dyspepsie des liquides*.

Néanmoins, je formule une distinction clinique sur laquelle M. Dujardin-Beaumetz a insisté dans ses conférences thérapeutiques. Aux *dilatés avec diarrhée* on conseillera les légumes en purée, les fruits en compote et la bière de préférence à la viande, aux œufs et à l'eau vineuse, régime auquel ce savant observateur ajoute volontiers l'usage de l'eau sulfocarbonée comme antiputride. Aux *dilatés avec constipation*, on prescrira le régime sec classique, et l'administration fréquente de légers purgatif salins.

On le voit, on peut fort aisément compliquer ou simplifier cette hygiène alimentaire. Le régime sec s'accommode bien aux circonstances. C'est donc, dans les affections stomacales, un régime fort opportuniste.

IV

Il y a quelques mois, je signalais à cette même place le rôle d'un régime approprié comme moyen auxiliaire de la médication artérielle. La physiologie autorise en effet l'emploi du régime sec contre les affections où il existe de l'encombrement vasculaire, un excès de la tension sanguine et des épanchements séreux dans les tissus.

Minoratif de la masse du sang, il agirait donc pour ainsi dire à la manière des saignées déplétives. A ce titre, M. Henri Huchard le prescrit aux athéromateux en puissance de néphrites, aux rénaux et aux cardio-aortiques, dans le but de diminuer l'excès de pression vasculaire si fréquent et toujours redoutable dans ces affections. Ce serait aussi le régime de choix pour combattre les tendances congestives des individus de tempérament dit sanguin, si souvent en l'imminence d'épistaxis, d'hémorrhagies ou de congestions viscérales.

Ces applications sont d'ailleurs encore à l'étude, malgré les résultats favorables déjà acquis dans quelques cas. Il en est de même de son emploi pour raréfier l'eau du sérum; pour combattre les œdèmes, solliciter la résorption des épanchements séreux et diminuer l'hydrémie. Mais ces cures d'asséchement par soustraction du sérum, de même que la théorie de la pléthore séreuse de Gintrac, attendent toujours leur justification physiologique. Fût-il définitivement efficace contre les accidents, ce régime ne saurait mériter d'autre titre que celui d'agent de la médication hydragogue? Avec les diurétiques et les purgatifs, mais non pas à leur instar, le régime sec en serait l'un des moyens; nouvelle preuve qu'à vrai dire comme je l'écrivais dernièrement dans le *Dictionnaire encyclopédique*, il existe une médication hydragogue, mais non des médicaments hydragogues. Le régime sec en est donc un utile auxiliaire.

V

A propos de ce régime, on a fait le procès de la diète lactée que l'on redoute, dans la dyspepsie des liquides et la dilatation gastrique, et que sagement on réserve contre la dyspepsie de l'ulcère et du cancer stomacal. Ce jugement est sévère; il faut en mitiger la rigueur et reconnaître qu'administré d'après la méthode fractionnée de M. Brown-Séquard, les preceptes de Cruveilhier ou le procédé de M. Clémenceau, le lait diminue l'intolérance gastrique excessive de certains malades, et sert en quelque sorte de cure préparatoire au régime sec intégral.

Comment formuler ce régime d'attente? En 1882, M. Thiébault le réglait ainsi : au début, ingestion de lait pur par petites quantités; plus tard, association de ce liquide avec les œufs; finalement, alternance d'un repas quotidien de lait avec un repas de viande. Au début, on prescrira le lait pur par prises de 100 à 200 grammes, qui, ingérées toutes les deux heures, représentent une ration quotidienne d'un à deux litres du liquide alimentaire.

L'estomac devenant plus docile, on autorisera des jaunes d'œufs, et, à l'instar de Frank, on épaissira le lait avec le riz, les farines de l'orge, de l'avoine ou du gruau, auxquelles il faut ajouter celles, à mon avis trop peu employées, du maïs et de la châtaigne. Puis, la tolérance persistant, on diminuera la ration de lait, on essayera les viandes et les purées, et graduellement on instituera le régime sec absolu.

Ce sont là, objecte-t-on, de nombreux artifices thérapeutiques. Artifices, soit; mais je réponds : comment en serait-il autrement? Nonobstant son utilité probable dans les médications artérielle et hydragogue, le régime sec, qu'on ne l'oublie pas, a surtout pour objectif et pour usage le traitement de certains états dyspeptiques. Or, quelle que soit l'habileté du clinicien, ce traitement reste toujours de tâtonnement. Les paroles prophétiques de Lasègue n'ont pas cessé, que je sache, d'être vraies, car la dyspepsie, sous quelque nom ou sous quelque aspect qu'on l'envisage, reste « toujours un terme provisoire, et le temps n'est pas encore venu où il disparaîtra par les progrès de notre savoir ».

Ch. Éloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Note sur un cas d'anévrysme partiel du cœur, avec des remarques sur la pathogénie et la symptomatologie de cette lésion. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 9 décembre 1887, par M. H. Rendu, agrégé, médecin de l'hôpital Necker.

(Fin. — Voyez le numéro 52.)

L'observation qui précède me paraît intéressante à plusieurs titres. Non seulement elle offre un bel exemple d'une altération anatomique relativement rare, l'anévrysme pariétal du cœur; mais elle est également instructive au point de vue du mécanisme de la production de cette lésion, ainsi que de sa symptomatologie clinique.

Il est généralement admis, depuis les recherches anatomiques de Rokitansky, Peacock, Cruveilhier, Forget, etc., que les anévrysmes partiels du cœur sont la conséquence secondaire d'une myocardite interstitielle chronique. Sous l'influence d'une irritation proliférative de la trame conjonctive du myocarde, les éléments musculaires de la paroi du cœur s'atrophient et disparaissent, en même temps que du tissu embryonnaire de nouvelle formation prend leur place. A la longue, la substitution est complète et le tissu conjonctif néoformé, se modifiant à son tour, quitte sa structure embryonnaire pour devenir du tissu fibreux plus ou moins condensé; la paroi cardiaque est alors transformée en une membrane mince, rigide, inextensible, médiocrement élastique et dénuée absolument de contractilité.

Mais, si les étapes de cette myocardite interstitielle sont anatomiquement bien connues, il n'en est pas de même des causes premières qui la provoquent et la localisent dans une région circonscrite du cœur.

Cruveilhier, l'un des premiers, a fait faire un grand pas à la question, en montrant que presque jamais cette transformation fibreuse de la paroi ventriculaire n'était consécutive à une rupture ou à une ulcération de l'endocarde, comme le voulait Breschet; il posa en principe que l'inflammation de la séreuse était initialement et principalement en jeu dans le processus morbide. C'est également, avec quelques variantes, l'opinion de Rokitansky, de Forget, de Peacock et de Virchow; on sait que ce dernier avait cru voir dans ces myocardites circonscrites des exemples de dégénérescence syphilitique tardive.

Depuis lors, la doctrine de la myocardite fibreuse a été admise sans conteste par tous les auteurs qui se sont occupés de la question, et c'est elle qui est développée et acceptée comme la cause principale des anévrysmes pariétaux du cœur dans la remarquable thèse de Pelvet (1867) devenue à bon droit classique.

Dans ces dernières années, on a poussé plus loin la recherche des causes de la myocardite. Karl Huber a démontré le rôle de l'athérome dans la genèse de cette lésion, et a cherché à établir l'intime corrélation qui existe entre les altérations de la paroi ventriculaire et celles des artères coronaires. Les statistiques de Wickham Legg (*Medic. Times and Gaz.*, 25 août 1883, p. 199) semblent confirmatives de cette manière de voir. Sur quatre-vingts cas d'anévrysmes pariétaux relevés par cet auteur, soixante-quatre fois la lésion siège chez des hommes et vingt fois chez des femmes, et il s'agit presque toujours de malades âgés, dont le système artériel est plus ou moins sclérosé, et chez lesquels l'athérome des artères coronaires ne manque presque jamais. Toutefois, il est juste de dire que dans l'esprit de l'auteur anglais, cette condition des artères ne joue le rôle que d'une cause pathogénique prédisposante, et il reconnaît que la sénilité vasculaire n'est pas suffisante pour expliquer tous les cas d'anévrysmes partiels du cœur.

Ces réserves sont sages, car il est probable que des mécanismes bien différents peuvent présider à la genèse de la myocardite. Dans l'observation qui précède, il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, non syphilitique et sans trace d'athérome : les artères coronaires, spécialement examinées, sont saines. Ce n'est donc pas là qu'il faut chercher le point de départ de la transformation fibreuse de la paroi ventriculaire.

Nous croyons, dans l'espèce, que l'anévrysme pariétal dont notre malade a été atteint, *est la conséquence directe de la péricardite adhésive partielle qui existait au-devant du cœur*. Il est difficile, en effet, de n'être pas frappé de la singulière coïncidence qui superpose mathématiquement la lésion du péricarde à celle de la paroi ventriculaire et qui donne exactement les mêmes limites aux adhérences fibreuses péricardiques et à l'ectasie du myocarde. Il y a évidemment là un rapport de cause à effet et non une corrélation fortuite. Or on peut se demander, de ces deux liaisons, laquelle est primitive. Supposer que le myocarde se soit initialement enflammé, et que cette inflammation ait gagné secondairement le péricarde en n'atteignant la séreuse qu'au point précis où existait l'altération pariétale, c'est faire une hypothèse gratuite et peu vraisemblable. Journellement on voit des cœurs atteints d'endocardite et de myocardite scléreuse, sans que le péricarde soit intéressé, même dans son feuillet viscéral. En admettant même la réalité de l'origine endocardique, il resterait à rechercher par quel mécanisme la lésion a dû se produire, mécanisme difficile à expliquer, puisque ni l'aorte, ni les vaisseaux coronaires n'étaient malades. Enfin, il est assez malaisé de comprendre pourquoi la lésion inflammatoire propagée, au lieu de s'étendre à la totalité de la séreuse, se limite d'une façon aussi précise et ne dépasse pas les bornes de l'anévrysme ventriculaire.

Il semble bien plus rationnel, au contraire, de voir dans la péricardite adhésive le processus initial, et dans l'ectasie pariétale la lésion secondaire.

Que se passe-t-il, en effet, quand une région circonscrite du ventricule gauche est fixée à la paroi thoracique par des brides fibreuses résistantes, comme dans le cas actuel? A chaque systole, le muscle cardiaque change de forme, de consistance, se raccourcit et devient globuleux; mais la locomotion de l'organe se trouve singulièrement gênée, et la portion de la paroi ventriculaire, bridée par les adhérences, suit incomplètement le mouvement de la totalité du cœur. Pour employer une comparaison vulgaire, il se produit, en pareil cas, un tiraillement de la paroi à peu près comparable à l'effet d'une ventouse qui serait appliquée à sa surface. Pour peu que la lésion soit ancienne (et elle l'était certainement dans le cas actuel), on comprend qu'à la longue la contractilité musculaire s'épuise, que les fibres du muscle souffrent dans leur nutrition et finissent par s'atrophier, tandis que la trame interstitielle conjonctive se condense en une lame fibreuse. S'agit-il, dans ce processus, d'un simple phénomène mécanique? La chose est possible : peut-être aussi faut-il faire entrer en ligne de compte un certain degré d'irritation de la séreuse péricardique propagée au myocarde, et la paralysie musculaire qui en est la conséquence. Il y a longtemps, en effet, que Stokes a démontré l'altération fonctionnelle et structurale des muscles sous-jacents à une séreuse enflammée. On s'explique ainsi, non seulement l'atrophie de la paroi et sa dégénérescence fibreuse, mais l'exacte limitation de la lésion ventriculaire, qui reste strictement subordonnée à la zone des adhérences péricardiques. On s'explique également comment, à côté de la région atrophiée et perdue

pour la contractilité musculaire, le muscle cardiaque s'hypertrophie et accroît son énergie contractile, de façon que la seconde lésion compense la première et qu'au-dessus du cœur passif batte un cœur actif qui supplée à l'insuffisance du premier.

Cette interprétation n'est pas seulement une vue de l'esprit : elle est confirmée par un certain nombre de faits cliniques. L'un des premiers auteurs qui aient publié une monographie complète des anévrysmes du cœur, le médecin anglais Thurnam, avait parfaitement noté la coïncidence fréquente des adhérences du péricarde et des ectasies ventriculaires, et l'une de ses observations concerne un individu porteur d'une symphyse cardiaque généralisée. Thurnam avait même soulevé la question de pathogénie, sans toutefois la résoudre.

Pelvet est plus explicite encore dans le travail précité, et dit textuellement (p. 95) : « La péricardite pourrait être invoquée comme cause première de l'anévrysme, car elle entraîne souvent une inflammation superficielle de la couche musculaire sous-jacente, et il se pourrait que dans certains cas l'inflammation s'étendît plus profondément. Mais, je dois le dire, je ne connais aucun fait qui vienne démontrer la réalité de cette hypothèse. » Cependant il fournit des arguments contre sa manière de voir, car parmi les faits qu'il cite, quarante-cinq fois il existait simultanément de la myocardite et de la péricardite, et son observation XIX, notamment, concerne un cas de Vulpian très démonstratif à cet égard. Comme chez notre malade, l'adhérence du péricarde était circonscrite et occupait exactement la même étendue que l'anévrysme pariétal.

Depuis, quelques faits analogues ont été publiés ; je n'en veux citer que deux qui me paraissent cadrer parfaitement avec ce que j'ai vu chez mon malade.

Le premier est dû à Sainton (*Bull. Soc. anat.*, mai 1879, p. 409, 4e série, t. IV), qui l'a observé en 1879 dans le service de M. Legroux à l'hôpital Laennec. Il s'agit d'un homme mort subitement après avoir présenté des symptômes d'affection cardiaque. A l'autopsie, on trouve un cœur volumineux : des adhérences solides unissent les deux feuillets du péricarde, « mais ces adhérences ne sont pas généralisées, elles existent seulement sur les parois du ventricule gauche, au niveau de sa face antérieure et de sa pointe ». Or c'est là précisément que siège un volumineux anévrysme pariétal : « le diverticulum du ventricule gauche s'est développé surtout aux dépens de sa paroi antérieure et de la cloison interventriculaire, près de la pointe qui a participé elle-même à sa formation ». Ici encore, il me semble rationnel de supposer que la péricardite a été la lésion primitive : telle n'est pas cependant l'interprétation de M. Sainton, qui pense que l'altération initiale a dû siéger dans le myocarde. « Il est permis d'admettre, ajoute-t-il, que les adhérences du péricarde sont dues à l'irritation causée par le voisinage de l'anévrysme. »

Le second fait est tout aussi net : il a été recueilli dans le service de M. Quinquaud, par M. Jacquet (*Bull. Soc. anat.*, 4e série, t. VIII, p. 268, 1883) sur un vieillard mort d'embolie cérébrale. Voici textuellement les détails de l'autopsie : « Il existe une dilatation marquée du ventricule gauche, qui porte surtout sur la pointe et le bord gauche. A ce niveau, *adhérences péricardiques anciennes, existant seulement en ce point*. La coupe du ventricule montre un amincissement de sa paroi, dilatée en forme d'anévrysme et constituée par l'accolement du péricarde et de l'endocarde, sans trace de fibres musculaires. » Dans ce cas encore, l'influence pathogénique de la péricardite est très probable, et tel fut d'ailleurs l'avis de M. le professeur Cornil, car, tout en faisant remarquer les lésions d'endocardite chronique et l'atrophie du myocarde, il émit l'opinion que les séreuses pouvaient jouer un rôle dans la pathogénie de l'anévrysme.

Pour résumer cette discussion, je dirai que, suivant moi, les anévrysmes partiels du cœur ne se forment pas tous d'après le mécanisme exclusif de la myocardite scléreuse. Il y a des cas où celle-ci paraît primitive ; c'est peut-être ce qui a lieu le plus fréquemment lorsque les artères coronaires sont malades et que la sclérose vasculaire gagne la paroi du ventricule. Toutefois, ce mode pathogénique aurait lui-même besoin d'être vérifié, car on comprend plutôt un ramollissement de la paroi et une rupture musculaire, en pareil cas, qu'une atrophie scléreuse. Une seconde classe d'ectasies dépend des lésions des séreuses et l'endocardite semble jouer un rôle prépondérant. Enfin l'existence d'une péricardite adhésive primitive paraît être, dans un certain nombre de cas, le point de départ de l'altération musculaire, en entravant mécaniquement la contraction ventriculaire et en irritant chroniquement les tissus sous-jacents. Ces conditions se trouvent surtout réalisées quand les adhérences sont partielles, limitées à une seule face du cœur et assez résistantes pour s'opposer efficacement à la locomotion de l'organe. Nous croyons qu'une fois l'attention attirée sur ces faits, on verra que c'est là un mode pathogénique de l'anévrysme partiel plus fréquent qu'on ne le suppose.

Abordons maintenant la symptomatologie des anévrysmes partiels du cœur, et voyons si notre observation apporte quelque donnée nouvelle à cette question obscure.

Jusqu'à présent, il faut bien le dire, l'histoire des ectasies ventriculaires n'est guère connue qu'au point de vue anatomique, et la plupart des faits publiés ont été des trouvailles d'autopsie, dont l'observation clinique présente de nombreuses lacunes. Cela est si vrai, que les traités français les plus récents sur les maladies du cœur (G. Sée, Peter) sont pour ainsi dire muets sur cette question. Byrom Bramwell, dans son excellent ouvrage, se borne à dire que les symptômes des anévrysmes partiels sont latents.

Notre collègue, M. Constantin Paul, est plus explicite et il relate deux exemples cliniques de cette lésion. Le premier concerne un malade de M. Potain qui avait, en même temps que son anévrysme, une lésion des muscles papillaires et un tendon aberrant, ce qui donnait lieu à un souffle vibrant systolique très spécial. Il est facile de voir que c'est là une observation exceptionnelle.

Le second fait, présenté à la Société médicale des hôpitaux, en 1885, est plus concluant. Il s'agit d'un employé de chemin de fer, âgé de quarante-neuf ans, athéromateux et sujet à des bronchites chroniques.

Il offrait, outre les signes physiques d'une hypertrophie du cœur, un souffle systolique de la pointe, *se prolongeant franchement pendant la diastole*. L'intégrité du claquement valvulaire sygmoïdien ne permettant pas d'admettre une insuffisance aortique, M. Paul diagnostiqua une dilatation du ventricule gauche et annonça que l'autopsie réservait une surprise. Cette surprise ce fut un anévrysme de la face inférieure du ventricule gauche, adhérent au diaphragme et ayant perforé le péricarde. Il existait une autre dilatation pariétale remplie d'une concrétion calcaire.

Malgré ce fait, très bien étudié et d'une symptomatologie assez nette, on ne peut s'empêcher de reconnaître que l'histoire clinique des anévrysmes du cœur est à peine entrevue et qu'il n'existe réellement aucun signe constant, caractéristique de cette lésion. — Depuis le mémoire d'Aran, qui, le premier (*Union médicale*, p. 479, 1857), tenta de rapprocher les symptômes des lésions chez quatre malades observés par lui, on peut dire que la question a peu fait de progrès. On a bien noté l'existence d'une voussure précordiale, l'accroissement de la matité cardiaque, l'intensité de l'impulsion ventriculaire ; mais tous ces signes indiquent seulement que le cœur est hypertrophié et n'ont aucune valeur pathognomonique. A plus forte raison,

en est-il de même des troubles fonctionnels signalés : palpitations, arythmie cardiaque, oppression, accès d'angine de poitrine, etc.; ce sont là des symptômes communs à toutes les cardiopathies, et l'on ne saurait en tirer aucune conséquence.

Ce qui semble ressortir de plus net de la comparaison des symptômes, dans les observations que j'ai pu collationner, c'est l'absence ordinaire de bruit ou du souffle (1), coïncidant presque toujours avec les signes d'une dilatation du cœur, et souvent avec ceux d'une symphyse cardiaque. Pelvet insiste avec raison sur l'association fréquente d'une impulsion ventriculaire forte, qui soulève largement la paroi thoracique, et d'un pouls petit, faible, sans tension artérielle. D'autres fois, c'est une sorte d'ondulation diffuse que dessinent les battements du cœur, et, presque toujours, en pareil cas, on constate une dépression épigastrique à chaque systole ventriculaire. Chez mon malade, ces signes d'adhérence péricardique (souvent fort difficiles à constater même dans des cas de symphyse totale) faisaient défaut; cependant j'avais été frappé d'une particularité qui m'avait semblé insolite. Tandis que la région précordiale, dans la presque totalité de son étendue, était soulevée par une large impulsion, le choc de la pointe du cœur était nul, et le pouls, petit, fréquent et filiforme ne paraissait nullement en rapport avec l'hypertrophie évidente du muscle cardiaque. Cette anomalie aurait dû me faire songer à l'existence d'une adhérence du péricarde; quant à l'absence du choc de la pointe, qui s'expliquait si bien avec l'amincissement et l'atrophie musculaire de la paroi à ce niveau, elle pouvait dépendre de conditions multiples (emphysème pulmonaire, épanchement péricardique), et véritablement il eût été difficile de considérer ce signe comme ayant une valeur diagnostique suffisante.

Il n'en est pas de même du *bruit de galop*, qui constituait la caractéristique de l'auscultation de ce malade, et sur lequel je demande la permission de revenir avec quelques détails.

J'ai déjà dit, au cours de l'observation, que ma première impression m'avait conduit à diagnostiquer une hypertrophie du cœur sans lésion d'orifices, chez un sujet atteint de néphrite interstitielle. L'existence d'un rétrécissement grave de l'urèthre, la présence de l'albuminurie, l'absence des causes habituelles d'une affection cardiaque (une seule atteinte de rhumatisme vingt-cinq ans auparavant), enfin la constatation d'un rythme de galop à l'auscultation, semblaient justifier cette manière de voir.

Mais ce bruit de galop n'était nullement celui de la néphrite classique et il en différait par plusieurs caractères.

1° *Par son rythme d'abord.* — Au lieu d'être présystolique, comme c'est la règle chez les rénaux, le bruit surajouté était immédiatement consécutif au claquement des valvules sygmoïdes et s'entendait pendant la diastole au milieu du grand silence. Il est toujours resté diastolique malgré la fréquence du pouls qui était considérable (de cent vingt à cent quarante pulsations). Or on sait que le bruit du galop rénal se fait entendre pendant la diastole quand les battements du cœur se ralentissent et qu'il redevient présystolique quand ceux-ci s'accélèrent.

2° *Par son timbre.* — Au lieu du bruit sourd, mat et comme tactile que l'on entend dans la néphrite interstitielle, on percevait une sorte de claquement surajouté, à timbre clair, éclatant, rappelant comme netteté le bruit parcheminé des valvules sygmoïdes.

3° *Par son siège.* — Le maximum de ce bruit s'entendait au-dessus de la pointe du cœur, vers la partie moyenne du ventricule, et se propageait du côté de l'appendice xiphoïde et du sternum, sur une étendue bien plus considérable que le bruit de galop rénal.

Il est évident que ce bruit surajouté se produisait au niveau de la poche anévrysmale, et à ce titre il offre une réelle valeur séméiotique. Il correspondait, en effet, exactement comme siège à la localisation de l'ectasie ventriculaire, et sa propagation vers l'épigastre montrait bien qu'il s'agissait d'un bruit diastolique, né sur place, au voisinage de la pointe du cœur.

Ceci une fois établi, le mécanisme de la production de ce bruit est facile à expliquer et vient confirmer d'une façon saisissante la justesse de l'interprétation physiologique du rythme de galop proposée par M. Potain (Congrès de Grenoble, 1885). On sait quelle est la théorie de ce maître éminent. D'après lui, le choc du galop résulte de la mise en tension de la paroi ventriculaire, sous l'influence de la pénétration de l'ondée sanguine. C'est pourquoi ce choc est toujours diastolique ou présystolique, suivant le moment de la révolution cardiaque où s'achève la tension active du ventricule, sans que la systole de l'oreillette ait lieu d'intervenir. « Le bruit est d'autant plus accentué, ajoute-t-il, que la paroi ventriculaire est plus rigide ou plus inextensible, condition qui augmente nécessairement l'intensité du choc produit par toute membrane ou paroi qui se tend. »

Il suffit de réfléchir aux modifications physiques qu'apporte dans la structure du cœur l'existence d'un anévrysme ventriculaire pour comprendre que ces diverses conditions sont précisément réalisées au maximum. Dans la sclérose hypertrophique du myocarde la paroi est indurée et moins extensible, mais elle a gardé son épaisseur et son énergie contractile; de là un bruit sourd, profond, qui a l'apparence d'un choc plutôt que d'un claquement sonore. Ici, au contraire, la paroi s'est amincie au point de ressembler à une membrane fibreuse; toute contractilité en a disparu: elle est absolument passive et se laisse distendre sans résistance par la poussée de l'ondée sanguine. Quoi d'étonnant, dès lors, qu'il se produise un bruit sec et parcheminé, semblable pour l'oreille à celui que détermine l'occlusion des valvules du cœur?

Ainsi se trouve justifié et expliqué ce curieux rythme de galop, qui avait frappé mon oreille comme une anomalie singulière d'auscultation: ce que j'entendais, après le second bruit des valvules sygmoïdes, c'était le claquement produit par la mise en tension de la poche anévrysmale, claquement d'autant plus facile à percevoir que la lésion était superficielle, et qu'elle occupait la région antérieure du ventricule, immédiatement en contact avec la paroi thoracique. De là, ses caractères physiques: son apparition constante, pendant la diastole cardiaque, son siége au-dessus de la pointe du cœur (au point même de sa production), sa propagation vers la région épigastrique, son timbre clair et presque éclatant.

Sans oser affirmer qu'une réunion de signes stéthoscopiques aussi précis se rencontrera toujours en pareille circonstance, je crois que dorénavant on devra les rechercher, et que si l'on trouve un rythme de galop comparable à celui que je viens de décrire, il sera permis de songer à la possibilité d'un anévrysme pariétal. Je n'ai pas la prétention, par une seule observation, de croire résolu le problème du diagnostic clinique; mais je pense néanmoins qu'il s'agit là d'un signe important qui peut conduire à des présomptions rationnelles. A l'avenir de nous dire plus tard si cette symptomatologie se vérifie, et si réellement on peut espérer de diagnostiquer sur le vivant une lésion considérée jusqu'à présent comme une trouvaille d'autopsie.

Arrivé au terme de ce travail, je crois pouvoir formuler les conclusions suivantes:

1° Au point de vue pathogénique, certaines variétés d'anévrysmes partiels du cœur reconnaissent très probablement pour point de départ des adhérences circonscrites du

(1) Ce n'est pas là une règle sans exception. Nous venons précisément de voir, dans l'observation de M. Paul, un souffle diastolique de la pointe que cet auteur regarde comme caractéristique de la lésion anévrysmale.

péricarde, la dégénérescence scléreuse du myocarde n'est qu'une lésion secondaire. C'est l'ancienne opinion de Thurnam à laquelle il convient de revenir.

2° Au point de vue clinique, les anévrysmes pariétaux se traduisent par des bruits diastoliques, répondant à la mise en tension de la poche anévrysmale. Tantôt, comme dans le cas de M. Paul, on entend un souffle diastolique de la pointe du cœur. D'autres fois, il se produit un claquement diastolique surajouté, à timbre clair et sonore, donnant lieu à un rythme de galop spécial, très différent de celui de la néphrite interstitielle: c'est ce dernier signe, non encore signalé, que j'ai tenu à mettre spécialement en lumière.

Clinique chirurgicale.

Clinique chirurgicale de la Pitié. — Grenouillette congénitale par imperforation du canal de Warthon, par M. le docteur Aimé Guinard, chef de clinique.

Nous venons d'observer dans le service de M. Verneuil à la Pitié un cas de grenouillette congénitale dû manifestement à l'imperforation du canal de Warthon.

Il s'agit d'un petit garçon âgé de trois semaines qui ne présente aucune difformité. Il est fort vigoureux et sa mère qui le nourrit au sein a remarqué le jour même de sa naissance qu'il porte sur le plancher de la bouche une petite tumeur au sujet de laquelle elle vient consulter le chirurgien de la Pitié. Disons tout de suite que l'enfant n'est en aucune façon gêné soit pour respirer, soit pour prendre le sein, soit pour avaler. On voit sur le côté droit du plancher de la bouche une tumeur du volume d'une noisette qui vient se terminer en pointe au niveau du frein de la langue. On ne saurait en donner une idée plus exacte qu'en la comparant à la vessie natatoire d'un poisson. Elle est oblongue, couchée dans le quart de cercle qui entoure la langue de sa pointe à sa base. Elle déborde le frein en avant par une saillie conique à pointe mousse.

La muqueuse qui la recouvre est légèrement opaline, sans vascularisation; elle est translucide et laisse voir par transparence le liquide clair qu'elle contient. A la loupe on découvre très nettement l'orifice du canal de Warthon gauche, mais on n'aperçoit pas la moindre trace de celui du côté droit. On peut palper la tumeur et s'assurer qu'elle s'enfonce dans la région sous-maxillaire, sans que l'enfant manifeste la moindre douleur. La glande sous-maxillaire semble légèrement plus grosse que celle du côté gauche, ce qu'on perçoit aisément en portant un doigt sous la langue et l'autre main dans la région sus-hyoïdienne.

En résumé, tumeur oblongue ayant la direction du canal de Warthon, en relation avec la glande sous-maxillaire, faisant saillie du côté de la muqueuse buccale, fluctuante et même transparente. Tels sont les caractères qui nous ont permis de faire le diagnostic facile de grenouillette congénitale par imperforation du canal de Warthon.

Notons en terminant que la mère s'est opposée à ce qu'on donne un petit coup de ciseau au niveau de l'extrémité saillante de la tumeur. Ce qui montre bien que l'enfant n'était nullement gêné pour prendre le sein.

J'ai cherché les cas analogues dans la littérature médicale et je dois dire qu'en remontant aux sources j'ai pu me convaincre de l'extrême rareté de cette affection.

D'après N. Müller, sur 80000 enfants examinés à l'hôpital de Moscou on n'a relevé que 4 ou 5 cas de grenouillette congénitale. En se reportant à l'analyse du mémoire de Müller (*Revue des sciences méd.* 1878) on voit qu'il n'est nullement question de l'imperforation du canal de Warthon. L'insuccès du traitement sur 3 des cas observés par l'auteur en serait une preuve suffisante; mais la relation de l'autopsie d'un des enfants qui mourut à quatre mois, d'une entérite, lève tous les doutes. « Il s'agissait, dit Müller, d'une tumeur kystique caverneuse, du volume d'un œuf de pigeon, dont les poches étaient remplies d'un liquide clair et transparent. » Le seul travail d'ensemble sur la question est la thèse de T. L. Richer (de Constantinople) sur la *Grenouillette congénitale* (Paris, 1883). Cet auteur cite sept observations, dont deux seulement sont inédites. Ces deux observations sont manifestement analogues à la nôtre. En 1885 (Th. de Paris), Rémignon, dans sa thèse, rapporte deux nouvelles observations inédites prises dans le service de M. Lannelongue. Mais cet auteur ne connaît pas et, par conséquent, ne cite pas la thèse de Richer : aussi son travail n'est-il qu'une réédition du précédent. — On trouve aussi un cas nouveau dû à Demons dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (t. VI, p. 60), et le professeur Lannelongue en relate une observation dans son *Traité des kystes congénitaux* (p. 422, obs. LXXX). Une septième observation due à M. Lannelongue a été présentée à la Société de chirurgie, et si l'on joint à ces faits celui de M. Guyon publié dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (1866, p. 145) on arrive à un total de 8 observations bien authentiques d'imperforation congénitale du canal de Warthon. Le petit malade observé par M. Guyon mourut huit jours après la naissance et l'autopsie permit de constater la réalité du diagnostic. Quant aux autres observations citées comme des grenouillettes congénitales, nous les séparons complètement des précédentes.

La tumeur observée par Paul Dubois (*Gazette médicale de Paris*, 1833, p. 338) siège dans l'épaisseur de la langue, et non pas dans le plancher de la bouche. « Toute la partie antérieure et libre de la langue, dit Paul Dubois, au lieu d'être légèrement aplatie comme elle l'est en général, était au contraire arrondie, tendue, et avait la forme et le volume d'une grosse noisette; la partie postérieure et adhérente de la langue jusqu'à la base avait son apparence ordinaire... » Et plus loin: « La face inférieure de la langue semblait formée par une membrane mince, transparente, tendue, ayant une teinte blanche, légèrement nuancée de violet dans quelques points et parcourue sur presque toute sa surface par des arborisations vasculaires très fines. » Il suffit de lire ces quelques lignes pour se convaincre qu'il s'agissait là d'un kyste développé aux dépens des glandes contenues dans l'épaisseur de la langue et non pas d'une imperforation du canal de Warthon.

On cite encore une observation de Stoltz publiée dans la *Gazette médicale de Paris* en 1833, p. 763. Je transcris textuellement la description de la tumeur :

« La pointe de la langue était soulevée et un peu déjetée à droite par une tumeur blanchâtre, presque transparente, placée sous la partie antérieure et gauche, à côté et au-devant du frein qui était lui-même tellement effacé qu'on n'en voyait plus rien. Cette tumeur, véritable vessie, quant à l'aspect, était du reste résistante et présentait une fluctuation obscure. Elle s'étendait jusqu'au bord libre de la langue et à sa pointe, en bas elle touchait le plancher de la bouche; la langue était presque immobile. L'enfant jetait des cris chaque fois qu'il prenait le sein; il arrivait difficilement à placer le mamelon sur la langue. La voix était voilée, et la respiration elle-même était embarrassée. »

Est-ce que là encore nous n'avons pas affaire à une tumeur de la langue et non à un kyste du plancher de la bouche? La tumeur s'étend jusqu'à la pointe de la langue, qui est presque immobilisée, dit l'auteur. Il faut donc ranger ce fait avec celui de Paul Dubois dans une catégorie à part.

Reste enfin un dernier cas qui ne se rapporte pas davantage au sujet qui nous occupe et qui est cité dans la thèse de Richer (de Constantinople). C'est un fait publié dans la thèse de M. Demons (Paris, 1868) et qui a été observé à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Richet. L'enfant était âgé de quelques jours. « Il présente dès sa naissance

une difficulté considérable à prendre le sein, ce qui amène un défaut de nutrition et un dépérissement sensible. En examinant la bouche, on voit que la langue est soulevée par une tumeur de la grosseur d'une petite noix, située sur le plancher buccal qu'elle remplit presque en entier. Elle donne la sensation de fluctuation. De forme arrondie, elle est oblongue d'avant en arrière, lisse et unie à sa surface.....

« Un séton est passé : il sort de la tumeur une *matière solide, semblable à de la matière sébacée.* »

En vérité, cette description ne saurait faire penser à une imperforation de l'*ostium umbilicale*. N'est-il pas plus naturel de rapprocher ce fait de ceux que M. Ozenne a groupés dans son mémoire des *Archives de médecine* (mars-avril 1883) sous ce titre : *Des kystes dermoïdes sublinguaux.* Cette matière solide contenue dans la poche est bien différente du liquide clair et transparent qu'on trouve dans les tumeurs dont nous parlons.

En résumé, les observations d'imperforation congénitale de l'*ostium umbilicale* sont extrêmement rares.

La variété de grenouillette à laquelle cette imperforation donne naissance peut n'occasionner aucun trouble fonctionnel et ne comporte pas un pronostic aussi grave qu'on l'a dit au point de vue de la nutrition de l'enfant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Aucun travail concernant les sciences médicales n'a été présenté dans cette séance.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. *E. Hardy* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de physique et chimie médicales.

M. le docteur *Triaire* (de Tours) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la deuxième division (*Chirurgie*).

M. le docteur *Servel* (de Saint-Genest-Malifax, Loire) envoie un ouvrage intitulé : *Action meurtrière des poussières charbonneuses pendant et après l'explosion du grisou*, pour le concours du Prix Vernois en 1888.

M. le docteur *Lecorre* adresse un Rapport sur les vaccinations qu'il a opérées en Cochinchine en 1887.

M. *A. Boutarel*, stagiaire aux eaux minérales, envoie un mémoire sur *les eaux purgatives naturelles de Rubinat* (Espagne).

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *Bertin-Sans* (de Montpellier), l'article VENTILATION, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Laborde* présente la seconde partie de *Rabelais médecin*, par M. le docteur *Félix Brémond*.

M. *de Quatrefages* fait hommage des articles ESPÈCE et RACES, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Verneuil* présente, au nom de M. le docteur Heydenreich (de Nancy), un ouvrage intitulé : *Thérapeutique chirurgicale contemporaine*.

M. *Vidal* présente un spéculum à valves amovibles, construit par M. Ch. Dubois.

INSTALLATION DU BUREAU POUR 1888. — M. *Sappey*, président sortant, rend compte des travaux accomplis par l'Académie pendant l'année écoulée et la remercie de l'honneur qu'elle lui a fait; il prie M. *Hérard*, son successeur pour 1888, de prendre place au fauteuil. Celui-ci adresse à son tour les remerciements de la Compagnie aux membres sortants du Bureau et du Conseil ainsi, qu'à son prédécesseur.

COMMISSION. — MM. *Le Roy de Méricourt* et *Vallin* sont désignés pour faire partie de la Commission chargée d'étudier les mesures à prendre à l'égard des sujets atteints de pelade.

LIGATURE DE L'ILIAQUE INTERNE. — L'opération de la ligature de l'iliaque interne qu'a pratiquée M. le docteur *Poncet* (de Lyon) et sur laquelle M. *Rochard* lit un rapport, a été faite sur un sujet de vingt ans, pour une tumeur pulsatile de la fesse correspondante; elle fut suivie de succès, mais le malade voulut sortir trop tôt de l'hôpital, commit des imprudences et succomba cinquante-sept jours après l'opération. C'est la treizième ligature de l'iliaque interne qui ait été publiée ; toutes l'ont été pour des tumeurs pulsatiles de la fesse; dans dix cas, il s'agissait d'anévrysmes de la fessière ou de l'ischiatique et elles ont donné six guérisons et quatre morts; dans les deux autres, l'opération a été faite pour des tumeurs hématodes et le résultat définitif n'a pas été mentionné.

INOCULATION VARIOLIQUE EN KABYLIE. — M. le docteur *Longo*, qui exerce à Bordj ben Arreridji, a eu l'occasion d'observer de fréquentes épidémies de variole entretenues dans les pays kabyles et propagées chez les Arabes, par la pratique de l'inoculation variolique entre le pouce et l'index, pratique ancienne et invétérée en Kabylie. Il voudrait voir interdire administrativement les inoculations varioliques et rendre la vaccination obligatoire chez les indigènes de l'Algérie. M. *Hervieux*, rapporteur du mémoire de M. Longo, fait remarquer que des mesures aussi coercitives n'auraient aucun succès auprès de ces populations; la propagande, telle que la pratique depuis quinze ans avec une si louable persévérance le service de santé militaire, est sans contredit le moyen le plus sûr et le plus efficace d'y faire pénétrer les bienfaits de la vaccine. Aussi bien la création d'une ou plusieurs étables de génisses vaccinifères sur le territoire algérien, création faite sur les ressources budgétaires de l'armée, suffirait à fournir du vaccin en abondance, de façon à pouvoir vacciner dans chaque localité toutes les personnes qui se présentent, sans avoir à attendre l'apparition de pustules sur des sujets choisis comme vaccinifères, ce qui est très difficile, sinon impossible, en Algérie.

INNOCUITÉ DES SELS DE NICKEL. — On a fait grand bruit dans ces dernières années d'accidents d'intoxication qui auraient été attribués à l'usage de vases de nickel pour la cuisine; il en est résulté une certaine défaveur pour ce métal, que nos mines de la Nouvelle-Calédonie produisent dans de bonnes conditions de pureté, à l'état de silicate de nickel et de magnésie, sans soufre ni arsenic. En Autriche-Hongrie, son usage est même interdit pour les matières alimentaires. M. *Riche* a étudié expérimentalement, sur des cobayes et des chiens, l'action des sels de nickel sur l'économie, et en particulier du sulfate et de l'acétate; il a d'abord procédé par absorption directe et naturelle dans l'estomac. De ces recherches il résulte que le nickel est facilement éliminé par l'intestin et par les reins; il ne présente pas plus de danger pour les animaux qu'un sel de fer et il est permis de croire que les vases en nickel peuvent être employés sans aucun inconvénient pour contenir et préparer les matières alimentaires. Le complément de ces recherches sera présenté prochainement par M. Riche.

HYDROCÈLE CONGÉNITALE. — M. le docteur *Richelot* lit une Note sur un cas de persistance du canal de Nück, avec hydrocèle réductible, chez une jeune fille de dix-neuf ans. Deux raisons motivent la publication de ce fait intéressant : c'est d'abord la rareté extrême de l'hydrocèle congénitale chez la femme; en outre, les excellents résultats obtenus, en dix jours, par la cure radicale.

Certains auteurs ont nié l'existence du canal de Nück; cependant l'absence d'antécédents héréditaires dans l'observation présentée par M. Richelot, le prolongement du conduit séreux et son insertion au sommet de la grande lèvre, les éléments vasculaires confondus avec sa paroi, sa conformation inférieure tout à fait analogue à celle du

conduit vagino-péritonéal chez l'homme, enfin l'étroitesse extrême du canal de communication, qui ne pouvait donner passage ni à l'intestin ni à l'épiploon, démontrent bien qu'il s'agissait d'une collection liquide développée dans un canal de Nück persistant.

Si M. Richelot n'a pas hésité, malgré l'absence d'accidents, à pratiquer la cure radicale, c'est qu'il estime que grâce à la sécurité offerte par les méthodes antiseptiques actuelles, cette opération est devenue d'une innocuité absolue; on peut mettre en balance ses résultats constamment heureux avec les inconvénients de la hernie et les morts qu'elle amène. L'hydrocèle congénitale, c'est la hernie au petit pied; la guérison de l'une est la cure préventive de l'autre.

PRÉPARATION DU CERVEAU. — M. le docteur *Armand Paulier* présente des cerveaux humains préparés d'après un procédé qui permet de durcir la masse cérébrale également dans toute son épaisseur, sans changement de volume et en lui conservant sa coloration normale. Le cerveau ainsi durci peut être à volonté ramolli dans toute son épaisseur, puis durci, puis ramolli de nouveau, et ainsi de suite, autant de fois qu'il est nécessaire pour l'étude d'une région. Il a été possible de faire ainsi dix-sept dissections successives de la région bulbo-protubérantielle et de prendre les moulages de ces dix-sept couches superposées. A l'état de ramollissement, la substance cérébrale est devenue tellement maniable, qu'on peut, à volonté, écarter ou rapprocher les parois des cavités, redresser ou rabattre telle ou telle partie de l'encéphale, disposer en un mot la préparation de manière à pouvoir étudier dans tous leurs détails des régions difficiles à examiner ou même à voir à l'état normal. Ce procédé, qui peut servir à l'étude détaillée du cerveau, est surtout applicable à la préparation des pièces d'ensemble et des grandes régions. M. Paulier présente à l'appui vingt-cinq moulages reproduisant une douzaine de régions différentes de l'encéphale.

COCAÏNE. — M. le docteur *Marc Laffont* lit un mémoire relatif à l'analyse physiologique de l'action de la cocaïne (voy. le *Compte rendu* de la Société de biologie, séances des 3 et 24 décembre 1887, t. XXXIV, p. 813 et 860). — (Le mémoire de M. Laffont est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *Constantin Paul, Mathias-Duval* et *Laborde*.)

TRANSPARENCE DES TUMEURS SOLIDES. — Actuellement, fait observer M. le docteur *Poncet* (de Lyon), en présence d'une tumeur transparente, quel que soit son siège, on conclut non seulement à une collection liquide, mais à la présence d'un liquide plus ou moins clair, dans tous les cas d'une coloration, d'une densité telles que ce liquide laisse passer les rayons lumineux; transparence est donc synonyme de tumeur à contenu plus ou moins aqueux, tel qu'on l'observe dans diverses variétés de kystes congénitaux ou acquis. Cependant il existe des tumeurs à contenu solide qui présentent également une certaine transparence, pour peu que les tissus qui doivent laisser passer les rayons lumineux n'aient pas une trop grande épaisseur, surtout aux doigts, au poignet; la vascularité peut être ici une condition adjuvante, ainsi que l'amincissement de la peau et son isolement facile. Ce signe n'a donc pas la valeur diagnostique absolue qu'on lui reconnait habituellement.

— L'Académie se réunit ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Proust* sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la première section (Médecine). La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Magnus Huss (de Stockholm), 2° M. Botkine (de Saint-Pétersbourg), 3° M. Vanlair (de Liège).

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1887. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Pleurésie dans les affections ovariennes: MM. Verneuil, Terrier. — Stérilisation des objets de pansement: MM. Terrillon, Terrier, Kirmisson, Pozzi. — Coup de soleil électrique: M. Defontaine (M. Terrier, rapporteur).

M. *Verneuil*, à propos des pleurésies accompagnant les kystes de l'ovaire, réclame pour M. Potain qui à Rouen, en 1883, a lu un mémoire sur *les fluxions pleuro-pneumonaires réflexes d'origine utéro-ovarienne*. Il explique ainsi les épanchements pleuraux qu'il a souvent vus accompagner les ovarites. Les faits de M. Demons prouvent qu'à côté de cela il y a des cas chirurgicaux analogues, dus aux lésions chroniques des ovaires.

M. *Terrier* insiste sur les différences qu'il y a entre les deux ordres de faits; d'autre part il a soigné beaucoup d'affections utérines et n'en a vu aucune se compliquer ainsi; quant à l'ovarite aiguë, il déclare n'être nullement édifié sur le compte de cette affection.

— M. *Terrillon* reprend la discussion sur la stérilisation des instruments destinés à l'ovariotomie et, répondant à une objection de M. Terrier, constate que, depuis qu'il se sert d'eau bouillie, sa statistique s'est nettement améliorée. M. Terrier a une peur théorique des spores que l'ébullition ne tue pas; renseigné par M. Pasteur, M. Terrillon affirme qu'après ébullition l'eau, pendant quelque temps au moins, ne renferme plus de germes nuisibles à l'espèce humaine. Pour les éponges, il est vrai qu'on peut les désinfecter, mais c'est fort difficile et c'est au contraire très facile pour les petits carrés de serviette éponge, fort différents, d'ailleurs, des tampons du professeur Trélat.

M. *Terrier* ne se fondait que sur les vieilles expériences de M. Pasteur; il s'incline donc devant les nouvelles, mais quand il ne s'agit que de sang dans le péritoine, il n'est pas utile de laver à grande eau; le sang aseptique n'a aucun inconvénient.

M. *Kirmisson* se déclare partisan des petits carrés de gaze aseptique en plusieurs doubles pour remplacer les éponges. Il donne le procédé de préparation de Billroth, tel qu'il l'a appris de M. von Eiselsberg.

M. *Pozzi* pense que l'ébullition seule peut rendre aseptiques les objets de pansements, cela est démontré par des expériences de von Eiselsberg. Les lavages à l'eau bouillie dans le péritoine ne sont pas utiles pour le sang, mais ils sont indispensables quand du pus s'épanche; récemment M. Pozzi a vu guérir ainsi une femme à laquelle, en l'opérant, il avait rompu dans le péritoine une poche de pyosalpingite.

— M. *Terrier* lit un rapport sur un travail de M. *Defontaine* (du Creusot): *Note sur le coup de soleil électrique*. Ces accidents ont été observés sur des ouvriers travaillant à une expérience de soudure de l'acier par un arc voltaïque de 400 à 450 ampères, ayant la puissance lumineuse de 10000 lampes Carcel. Les assistants étaient distants de 5 à 10 mètres du foyer, à l'abri de la chaleur, et pourtant ils ne tardèrent pas à ressentir une cuisson analogue à celle du coup de soleil et au bout de deux heures la peau des parties douloureuses était d'un rouge foncé et douloureuse à la pression. En outre, malgré des lunettes noires extrêmement foncées, la vision fut abolie pendant quelques minutes; puis survinrent des taches jaunes devant les yeux; puis, pendant quatre heures, de l'épiphora avec une hypérémie conjonctivale intense, céphalalgie, insomnie. Les phénomènes aigus cessèrent au bout de ce temps et le tout se termina par la desquamation de la peau. M. Terrier s'est renseigné

auprès de M. Gariel et a appris que ces phénomènes sont signalés par Foucault, par Depretz. D'autre part, en 1858, M. Charcot a publié à la Société de biologie l'observation de deux chimistes ainsi atteints et a insisté, comme Foucault, sur le rôle des rayons chimiques, probablement seuls en cause. Cette opinion, adoptée par M. Terrier, est celle que, dans une discussion récente, Sous (de Bordeaux) a soutenue contre Martin (de Bordeaux) à propos des phénomènes oculaires produits par la lumière électrique. Quelques publications sur ce sujet ont eu également lieu à l'étranger. A cela M. Terrier joint des observations inédites dues à M. Meyer, à M. Dujardin, à M. Eug. Rochard, à M. Faucher; et enfin des expériences personnelles. Il constate qu'en somme ces accidents se multiplient parallèlement aux expériences de soudure des métaux par l'électricité. Les phénomènes cutanés étant à peu près identiques à ceux du coup de soleil, il insiste surtout sur les accidents oculaires parfois très légers, mais ailleurs très intenses, fort inquiétants au premier abord quoique cédant rapidement au repos, aux applications de cocaïne. Il y a cependant à faire une réserve pour le pronostic, Little ayant vu cela dégénérer en neuro-rétinite. Le traitement préventif a une grande importance : il consiste à abriter la face et surtout les yeux derrière des verres rouges et jaunes superposés, d'épaisseur variable suivant l'intensité de la source lumineuse.

A. Broca.

Société anatomique.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1887. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Barbier* présente une pièce d'*athérome de l'aorte* avec embolies oblitérant plusieurs gros troncs de la racine des membres et une des sylviennes.

MM. *Poirier* et *Meunier* montrent un *appareil hyoïdien complètement osseux chez l'homme*.

M. *Poirier* fait voir : 1° un *muscle pédieux de la main;* 2° un *os acromial chez l'homme;* 3° une *luxation ancienne du radius seul en avant*.

M. *Valude* décrit l'*œil d'un monstre cyclope*.

M. *Guillet* fait une communication sur un cas de *lithiase rénale avec cystalgie réflexe*.

REVUE DES JOURNAUX

Les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'éphédrine, par MM. Kimossuke Misura. — L'éphédrine, alcaloïde que M. Nagaï a retiré de l'*Ephedra vulgaris*, a été mise à l'essai sur les grenouilles, les lapins, les cobayes et les chiens. Elle diminue le nombre des mouvements respiratoires et des battements cardiaques : finalement elle produit l'arrêt de ces derniers.

Elle abaisse aussi la pression intra-vasculaire. A doses toxiques elle provoque des convulsions cloniques. Instillée entre les paupières ou injectée sous la peau, cette substance dilate la pupille. Enfin, à la dose de 3 à 4 milligrammes par kilogramme chez le cobaye et de 22 milligrammes par kilogramme chez le chien, elle amène la mort.

Au point de vue thérapeutique, une solution de chlorhydrate d'éphédrine à 6 ou 7 pour 100 dilate la pupille dans l'espace de quarante à soixante minutes. Deux gouttes d'une solution au dixième provoquent le même phénomène en cinquante minutes ou une heure. Cette mydriase, bien qu'incomplète, est suffisante pour permettre l'exploration ophthalmoscopique du fond de l'œil et ne paralyse l'accommodation que fort modérément. La durée de cette mydriase varie entre cinq et vingt heures.

D'après ces observations, ce mydriatique aurait l'avantage de ne pas modifier la pression intra-oculaire et par son emploi répété pendant plusieurs jours consécutifs, de ne provoquer ni conjonctivites, ni troubles oculaires. On propose donc de le substituer à l'homatropine dans le traitement des maladies des yeux et dans l'exploration ophthalmoscopique. (*Berlin. klin. Woch.*, 1887, n° 38.)

La cocaïne dans le traitement des dermatoses et de la syphilis, par M. Lutzgarten. — En badigeonnages répétés deux fois par jour, à la surface des eczémas aigus et subaigus, la solution de cocaïne à 2 pour 100 diminue le prurit. Elle est efficace surtout contre les prurits vulvaire et anal sous forme d'une pommade contenant 20 grammes de lanoline pour 40 centigrammes à 1 gramme de cocaïne.

La pommade à l'oléate de cocaïne à 1 pour 100 soulage également les douleurs de l'herpes zoster. Elle rend les mêmes services comme moyen préventif de la douleur quand on doit cautériser une surface malade avec le nitrate d'argent.

M. Lutzgarten la prescrit en suppositoires et à la dose de 5 centigrammes pour diminuer le ténesme rectal, en injections uréthrales de solutions à 2 pour 100 contre les érections douloureuses de la blennorrhagie. (*Wien. med. Woch.*, n° 21, 1887.)

Remarques sur l'emploi du strophantus dans les maladies du cœur et comme antithermique, par M. Alberto Rovighi. — Ce mémoire mentionne quatre observations (rétrécissement mitral et cardiopathies avec phénomènes d'asystolie, dans lesquelles il a prescrit la teinture de strophantus. Ce médicament a eu pour effet : la diminution de la fréquence et de l'arythmie du cœur, l'augmentation de l'énergie de ses contractions et l'accroissement de la diurèse. Contrairement à l'opinion d'autres observateurs distingués, M. A. Rovighi considère cependant ce médicament comme inférieur à la digitale et à la caféine pour régulariser l'action cardiaque. Cependant il ne conteste pas son efficacité dans certains cas. Il l'administrait par prises de cinq à dix gouttes de teinture toutes les six heures; sa dose totale quotidienne pourrait être élevée jusqu'à quarante gouttes. De plus, cet observateur le recommande encore à titre d'antithermique. A cet effet, il a été mis à l'essai à l'hôpital de Reggio contre la fièvre des phthisiques. Dans un cas, elle a fait descendre la température de 40 degrés à 37°,5. Sous son influence, celle d'un individu atteint de fièvre typhoïde s'abaissait de 2 degrés; celle d'un malade atteint de pleuro-pneumonie tombait de 39°,4 à 37, et par son administration quotidienne faisait évoluer la maladie avec une température moyenne de 37°,8. A ce point de vue, elle aurait sur les autres antithermiques l'avantage de ne provoquer ni collapsus, ni troubles gastro-intestinaux, ni sueurs profuses. En même temps, le pouls perd sa fréquence, en raison directe de l'abaissement thermique. La dose antithermique de strophantus varie de dix à vingt gouttes. Quel est le mécanisme de ce phénomène? Une action sur le système nerveux périphérique ou une action régulatrice directe sur le système nerveux. M. Rovighi constate seulement ces faits sans les interpréter. (*La Riforma medica*, 14-18 octobre 1887.)

Propriétés de la collinsia canadensis, par M. J. V. Schœmaker. — Cette plante, originaire de l'Amérique, contient une huile volatile à laquelle elle emprunte vraisemblablement ses propriétés médicinales. La partie la plus active est la racine que l'on administre en poudre, en teinture, en extrait fluide et en infusion. La poudre se prescrit à la dose de soixante grains, et la teinture par vingt à quarante ou cinquante gouttes. L'infusion s'obtient avec une à quatre onces de racine.

Une faible dose provoque une sensation d'ardeur dans la bouche et de chaleur dans l'estomac; une dose plus élevée pro-

duit la diaphorèse, des nausées et des vomissements. Dans la médecine populaire on emploie ce remède contre la gravelle et les affections des voies urinaires; mais, d'après M. Schœmaker, il posséderait aussi des vertus sédatives, antispasmodiques et astringentes.

Il explique son efficacité dans la gravelle par la cessation du spasme urinaire et l'augmentation de la diurèse. C'est ainsi qu'il faciliterait l'expulsion des graviers.

La collinsia, associée à l'aconit et à la morphine, diminue rapidement la douleur des cystites aiguës, et dans deux cas M. Schœmaker a obtenu en quatre jours la cessation de la fièvre. Elle a procuré de semblables succès contre la cystite chronique. De même, dans le traitement de l'incontinence d'urine des enfants par contraction spasmodique, elle a procuré les mêmes bénéfices. Il en a été ainsi contre le ténesme uréthral de la gonorrhée, celui du rectum, les coliques flatulentes, les coliques biliaires. Enfin, à ce titre d'antispasmodique elle diminuerait également la laryngite spasmodique et les quintes de toux de la coqueluche.

Ses propriétés astringentes l'ont fait employer comme topique à la surface des plaies et des ulcères. On le voit, ce sont là de multiples vertus qu'il y aurait lieu de contrôler par des essais contradictoires. (*The medical Press and Circ.*, p. 842, 12 octobre 1887.)

Des propriétés du Delphinium staphysagra, par M. Vincent Gonthier. — Cette renonculacée contiendrait, d'après Marsius et Dragendorff, quatre alcaloïdes : la delphinisitine, la delphine ou delphinine, la staphysaignine et la delphisine. La plus importante de ces substances, la delphine, $C^{22}H^{35}NO^{6}$, poudre jaunâtre, se dissout dans l'eau acidulée, l'éther, le chloroforme et l'alcool.

La delphine agirait sur le bulbe et le grand sympathique. Administrée aux animaux, elle produit l'analgésie et cette analgésie dure environ vingt-quatre heures; à doses toxiques, elle abolit la motricité nerveuse, cause l'incoordination des mouvements, mais sans abolir la contractilité musculaire.

Sous son influence, les battements cardiaques s'accélèrent; puis, après une période de rythme normal, arrête cet organe en diastole. Au début, la tension vasculaire augmente, puis plus tard s'abaisse, et ces troubles circulatoires s'accompagnent de modifications correspondantes de la température.

Elle rend la respiration irrégulière et cette irrégularité se traduit finalement par l'arrêt des mouvements respiratoires et l'asphyxie, de sorte que la mort et l'arrêt du cœur doivent être attribués à cette cause.

La delphine provoque des nausées, des vomissements et de la diarrhée; produit la mydriase oculaire et s'élimine par la salive, la bile et les urines, dont les sécrétions sont augmentées.

M. Gonthier admet que la strychnine est un antagoniste partiel de la delphine. Toutefois, en l'absence de respiration artificielle, cet alcaloïde, comme l'atropine, est impuissant à prévenir la mort.

Les usages thérapeutiques de la delphine résultent de ses propriétés analgésiantes. Cette substance serait indiquée surtout dans les cas de névralgie et, en particulier, contre les névroglies de la cinquième paire. En raison de son insolubilité, on l'administre par la voie buccale et à la dose d'un milligramme. (*Fortschritt*, 6 août 1887.)

Travaux à consulter.

De l'antipyrine comme nervin dans l'ataxie locomotrice, par C. W. Suckling. — Cet observateur a employé cette substance à la dose de dix grains dans trois cas d'ataxie locomotrice dont les crises étaient très douloureuses. Deux fois l'amélioration fut notable et une fois la guérison parut durable. M. Sucking rappelle qu'il y a quelques années on annonçait des succès semblables après l'usage du salicylate de soude et qu'Althaus recommandait ce dernier sel contre les mêmes douleurs. C'est donc là une analogie de plus entre le salicylate de soude et l'antipyrine. (*The Bristish med. Journal*, 11 juin 1887, p. 1273.)

Des propriétés désinfectantes de la cocaïne, par A. Luton. — Jusqu'ici on s'est occupé surtout de l'utilisation thérapeutique des vertus analgésiques et toxiques de la cocaïne et de ses sels. M. Luton a remarqué que pendant son administration à la dose de 25 centigrammes et même plus, les diverses sécrétions, sueurs, urines, les produits de suppuration et même les matières fécales perdent de leur fétidité. Il propose donc d'employer cette substance comme un agent de l'antisepsie du milieu intérieur et de l'expérimenter à la place de l'acide phénique et du sublimé dans la période adynamique de la fièvre typhoïde. Elle agirait alors tout à la fois comme un tonique névro-sthénique et comme un désinfectant. (*Union méd. du Nord-Est*, 15 juillet 1887, p. 183.)

De la valeur thérapeutique de la terpine et du terpinol, par Morra. — C'est en solution aqueuse et par dose de trois à quatre grammes dans les vingt-quatre heures que cet observateur en a fait usage pour modifier l'expectoration bronchique et fluidifier les crachats. Il recommande ces substances dans le traitement de la broncho-pneumonie infantile et comme hémostatique dans les hémoptysies. Leur usage prolongé rend les urines acides et même sanguinolentes, mais ne provoquerait ni glycosurie ni albuminurie. Enfin parmi les avantages de leur administration, M. Morra leur attribue la désinfection des crachats. (*Gazzetta medica di Torino*, 1887, n°s 1-3.)

De l'emploi de la cocaïne comme anesthésique, par M. Gretchiklin. — Cette substance a été essayée par l'auteur et par ses confrères de l'hôpital militaire de Kars, dans huit circoncisions, cinq excisions de kystes, deux ablations de doigt, une iridectomie, deux ablations de glandes cervicales et une extraction dentaire.

A cet effet on injectait le contenu d'une ou deux seringues d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 16 pour 100, sous la peau qui devait être incisée. L'incision causait une faible douleur que l'on faisait disparaître en instillant dans la plaie quelques gouttes de la solution. Accidentellement on a observé l'accélération du pouls, la dilatation pupillaire, et des troubles gastriques une heure ou une heure et demie après l'opération. (*Société médicale du Caucase*, 1887, p. 482.)

BIBLIOGRAPHIE

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, par M. le docteur Paul Reclus. — Paris, G. Masson, grand in-8°, 1887.

Les *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, que publie M. le docteur Paul Reclus, ont pour objet de « marquer par un livre, le souvenir de son passage dans une chaire qu'il a due, ajoute-t-il modestement, aux hasards heureux de l'agrégation ».

Nous nous permettons de faire remarquer cependant que, parmi nos jeunes chirurgiens, il en est peu qui aient fourni des travaux aussi multiples que M. Reclus, et nous nous empressons d'ajouter, des travaux aussi personnels, aussi originaux, et aussi importants.

Comme professeur, M. Reclus excelle à présenter l'histoire d'un malade, à grouper autour de ce cas les observations analogues tirées de sa propre pratique, ou de celle de ses collègues : il les compare, les discute pied à pied, les scrute avec une incontestable vigueur de dialectique, et de cet examen découle la confirmation ou la négation d'un point de pathologie, le plus souvent d'une doctrine. lorsque le problème est insoluble encore, ses termes du

moins sont nettement posés; aussi la lecture de ces cliniques, résumant un enseignement qui rayonne déjà un peu partout, nous a-t-elle charmé.

C'est qu'en effet M. Reclus n'est pas seulement un dialecticien érudit qui vous séduit et vous entraîne; c'est aussi un chirurgien des plus habiles et des plus heureux : il nous fournit dans ses cliniques la statistique générale de ses opérations : sur 231 opérations, dont les deux tiers au moins étaient très graves, Reclus n'a eu que 3 morts, ce qui constitue une mortalité de 1,50 pour 100, résultat qui se passe de commentaires. Aussi le chirurgien justement émerveillé de ses propres succès, s'écrie-t-il : « A cette heure l'opérateur peut tout oser dans les limites que lui trace la physiologie, et s'il n'y avait pas irrévérence envers un Père de l'Église, je serais tenté de vous répéter, en le modifiant à l'usage de la chirurgie, un grand mot de saint Augustin : « Sois propre et fais ce que tu voudras. »

Les sujets des cliniques sont les plus variés, puisqu'ils portent *sur la pathologie générale, les maladies de la peau, du tissu cellulaire, des os, de la bouche et du cou, du tube digestif et de ses annexes, de la région ano-rectale, de la mamelle, des organes génitaux et des membres :* ne pouvant reprendre une à une ces quarante-deux cliniques, je vais du moins emprunter à quelques-unes des plus importantes leurs conclusions maîtresses, désirant montrer la valeur du livre, et l'intérêt attachant que j'ai pris à le lire.

Tous ces chapitres sont modernes, beaucoup ont de l'actualité, la mise au point de l'ensemble est parfaite.

Parmi les sujets nouveaux et personnels, pour ainsi dire à l'auteur, je note une clinique sur les *molluscums fibreux de la région ano-rectale :* cette dénomination appartient à M. Reclus, qui étudie, sous cette appellation, ces végétations particulières qu'il a séparées le premier des condylômes et des affections syphilitiques : déterminer leur degré de fréquence à l'extrémité inférieure du rectum, leur étiologie qui n'est pas spécialement la syphilis, mais toute irritation locale, leur anatomie pathologique qui n'est pas caractérisée par une *rectite* (d'où rejet du nom de *rectite proliférante* donné par Hammonic à la même affection), mais bien par une excroissance, un diverticule, un prolongement de la muqueuse ou de la peau, tel est à grands traits le canevas de ce chapitre.

Une question dont l'auteur ne saurait se désintéresser est l'étude de la *maladie kystique de la mamelle*, que le professeur Verneuil a proposé d'appeler la *maladie de Reclus*. Cette affection se caractérise non par une tumeur à proprement parler, mais par des kystes sans nombre épars dans toute la glande : la lésion est bilatérale ; la résistance ligneuse de ces kystes déconcerte le diagnostic; aussi M. Reclus dit-il : « Ne faites pas de diagnostic de tumeur mammaire sans le contrôler par la ponction. » Notre auteur avait déjà tracé les caractères de cette affection dans son *Traité de clinique et de critiques chirurgicales*, paru en 1884 ; mais « il faut que cette maladie soit encore bien mal connue, puisqu'un interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté, a pris la peine d'en donner une description nouvelle sous le nom de *Maladie noueuse de la mamelle...* », et dans une clinique qui a pour titre : *Maladie kystique et maladie noueuse*, Reclus établit que « la maladie noueuse n'est donc que la maladie kystique, débaptisée, amoindrie, châtrée dans son anatomie pathologique. »

Le diagnostic des *mastites chroniques* et du *cancer du sein* est souvent hérissé de difficultés; dans une clinique qui porte ce titre, nous voyons que les caractères qui permettent de distinguer les abcès chroniques et subaigus des squirrhes et des encéphaloïdes, n'ont rien d'irrécusable, de décisif, de pathognomonique ; « aussi ne faut-il pas se contenter de l'examen actuel ; les débuts du mal et son évolution fourniront parfois des indications précieuses, dont la plus importante sera d'établir si la glande est ou n'est pas en état de lactation. »

M. Reclus a publié plusieurs monographies, devenues classiques, sur les maladies des organes génitaux : nous n'avons pas été surpris de retrouver six cliniques importantes sur ses études de prédilection : ses leçons sur la *pathogénie des vaginalites*, sur le *traitement de l'hydrocèle*, sur le *fongus tuberculeux du testicule*, sur la *spermatorrhée*, sur l'*infection tuberculeuse par la voie génitale*, sont remplies de vues personnelles et de documents originaux précieux.

Les questions qui ont passionné les chirurgiens dans ces derniers mois, devaient trouver leur place dans ce livre d'essence entièrement moderne; avouons que l'auteur a été servi par les circonstances, et que ses cas hospitaliers ou de la ville l'ont heureusement aidé.

Dans une clinique des plus judicieuses, sur le *traitement des blessures par armes de revolver*, l'auteur proscrit absolument la recherche de la balle : les interventions qu'il conseille ont pour but, non l'extraction du projectile, mais la réparation d'un dommage quelconque produit par son passage, et il termine par cet aphorisme : « Dans toute plaie simple par balle de revolver, ce n'est pas le projectile, c'est le chirurgien qui, le plus souvent, crée le danger par ses manœuvres intempestives. »

Le problème posé par le professeur Trélat dans une discussion retentissante de la Société de chirurgie, quelle conduite doit-on tenir en face d'une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu, devait être abordé par M. Reclus, et il y consacre deux cliniques : dans l'une il étudie le *traitement des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin*, dans la deuxième il pose les *indications de l'expectation et de la laparotomie dans les perforations traumatiques de l'intestin.*

Voici ses conclusions :

Lorsqu'on soupçonne une plaie pénétrante de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif, il faut tout mettre en œuvre pour empêcher l'inondation de la séreuse; l'immobilité, la compression du ventre, la suppression des aliments et des boissons, l'administration d'extrait thébaïque, et les injections de morphine, répondront à cette première indication; mais, si malgré ce traitement les signes précurseurs de la péritonite se montrent, on pratiquera la laparotomie pour suturer la plaie et faire la toilette de la séreuse. Si l'inflammation est déjà généralisée, on interviendrait encore pour peu que le blessé eût encore un fonds suffisant de résistance.

Des cliniques sur la *suture des nerfs*, sur le *traitement des abcès de la région ano-rectale*, sur les *diverses formes des abcès péri-anaux et leur traitement*, sur le *traitement des kystes hydatiques du foie*, etc., etc., engendrent des solutions formelles, quelquefois nouvelles, sur ces sujets débattus encore à l'heure actuelle.

Tel est le résumé de ce livre : l'analyse en est incomplète, mais elle est sincère. Ce n'est point l'affection que nous gardons à notre ancien maître qui doit nous empêcher de dire au public médical tout le bien que nous pensons d'un ouvrage aussi sérieux, aussi digne de succès.

Gérard Marchant.

Flore pittoresque de la France, anatomie, physiologie, classification, description des plantes indigènes et cultivées, publiée sous la direction de J. Rothschild, avec le concours de MM. Gustave Heuzé, Bouquet de la Grye, Stanislas Meunier, J. Pizetta et B. Verlot. — Ornée de 1000 gravures avec atlas de 82 planches en chromo et une carte agricole. Paris, J. Rothschild, 1888.

Ce bel ouvrage mérite une mention toute spéciale. Édité avec un luxe et un goût auxquels il convient de rendre justice, écrit avec une lucidité et une précision qui en rendent la lecture des plus profitables, pourvu d'un glossaire qui permet de trouver aisément l'explication de tous les termes techniques du langage botanique et d'une clef analytique facilitant les recherches nécessaires à la détermination des familles, il rendra les plus grands services à tous ceux qui voudront faire de la botanique une étude approfondie. Mais il diffère essentiellement des traités didactiques aussi bien que des flores que le progrès des sciences naturelles a multipliées dans ces dernières années. Tous ces ouvrages sont, en effet, inaccessibles à ceux qui n'ont pas acquis, par des études préliminaires, une connaissance suffisante du langage technique et des méthodes de recherche qui caractérisent les ouvrages de science pure. Leur lecture rebute par son aridité et l'abus du néologisme, que Linné appelait déjà une calamité, décourage rapidement les gens du monde aussi bien que les médecins qui ne tiennent pas à faire de la botanique une étude spéciale.

Aussi ne saurait-on trop louer les auteurs de cette Flore pittoresque, qui est en même temps un traité de botanique et une flore illustrée, d'avoir tenu à écrire un ouvrage que consulteront avec avantage non seulement les savants qui tiennent à bien connaître la botanique, mais encore les médecins qui empruntent au monde végétal un si grand nombre de remèdes, les pharmaciens qui doivent connaître les propriétés utiles et nuisibles des diverses plantes, les forestiers, les agriculteurs, les jardiniers, enfin tous les esprits studieux qui ont le goût de ces études si instructives et si intéressantes.

L'introduction de l'ouvrage étudie d'abord l'anatomie et la physiologie végétales, puis indique les méthodes de classification et donne au sujet de la confection d'un herbier, des préparations microscopiques et de leurs applications à la botanique, les notions les plus succinctes et en même temps les plus précises.

La classification suivie est celle de de Candolle. Les noms scientifiques latins des plantes sont suivis de leurs noms français, tels qu'ils sont adoptés par les botanistes. Les planches en couleur qui constituent l'atlas sont exécutées avec beaucoup de soin et contribuent à faire mieux reconnaître les espèces que l'on veut étudier. La description de celles-ci est toujours exacte. Il n'en est pas toujours de même en ce qui concerne les notions, d'ailleurs très succinctes, données au sujet de leurs propriétés thérapeutiques. Quelques erreurs ou omissions pourraient être relevées à ce sujet si le livre n'avait pas un but et des visées différentes.

Enfin, il convient d'approuver sans réserves aucunes les chapitres consacrés à l'étude de la flore au point de vue agricole, au point de vue horticole, au point de vue forestier et au point de vue fossile. Ces quelques pages écrites par des savants autorisés sont des plus intéressantes et des plus utiles à lire.

Nous recommandons dès lors, tout spécialement, comme digne de figurer dans toutes les bibliothèques, cet ouvrage de luxe qui est en même temps un livre de science.

L. L.

Étude médico-légale sur l'alcoolisme, par M. le docteur V. Vétault. In-8° de 232 pages.— Paris, 1887. J.-B. Baillière.

La thèse remarquable de M. Vétault est consacrée au problème si complexe et si difficile de la responsabilité chez les alcoolisés. Ajoutons que cette question s'impose malheureusement de plus en plus à l'attention publique et aux investigations des médecins légistes, en raison des progrès effrayants de l'alcoolisme et de l'introduction chaque jour nouvelle d'alcools toxiques dans la consommation. Hier encore un chroniqueur pouvait rappeler le fait suivant, qui nous paraît démonstratif : « Que cela continue une dizaine d'années encore, disait-il, les Espagnols avec les eaux-de-vie allemandes et les bouilleurs de cru auront versé dans notre sang un venin qui se transmet des pères aux enfants et ne s'élimine probablement jamais. Il y a cinquante ans, j'ai passé quelques jours dans le canton de Berne, en Suisse, et quoique je fusse fort jeune, je me souviens très distinctement d'avoir été frappé de la beauté de la race, surtout dans les campagnes; aujourd'hui cette population est abâtardie, rabougrie, atteinte dans son corps et dans son intelligence; le *schnaps* a empoisonné chez elle la source même de la vie. »

Les médecins légistes sont, mieux que tous autres, à même d'apprécier ces funestes influences; mais leur tâche est malaisée. M. Vétault a cherché à la définir. A l'aide d'un grand nombre d'observations intéressantes, de recherches multiples et surtout grâce à un jugement judicieux, il a conclu que la responsabilité est nulle toutes les fois que le crime appartient à la période délirante aiguë ou subaiguë d'un accès d'alcoolisme; elle est nulle même lorsque le crime a été commis par un homme atteint d'alcoolisme chronique, chez lequel des lésions cérébrales définitives ont compromis l'intégrité de l'organe et déterminé le trouble de la fonction. D'autre part, la responsabilité lui paraît pouvoir être atténuée chez les individus faibles d'intelligence, chez lesquels la tolérance pour les boissons alcooliques est diminuée par les conditions d'infériorité de leur organisation cérébrale; elle ne saurait toutefois disparaître tout entière, surtout lorsque ces individus savent qu'ils ne peuvent pas boire sans danger pour eux-mêmes, et ce cas se rencontre plus fréquemment qu'on ne le pense; la responsabilité peut être encore atténuée lorsqu'il est démontré que l'individu a été involontairement surpris par l'ivresse. Par contre, elle existe tout entière dans les cas d'ivresse simple, qu'il était au pouvoir du délinquant d'éviter, et lorsque l'excitation alcoolique a été recherchée pour se donner l'entraînement à commettre un crime ou un délit. Il va de soi que ces divisions ne sauraient être aussi tranchées dans la pratique; mais telles qu'elles sont établies, elles pourraient servir de guide au médecin légiste dans l'exercice de sa redoutable et salutaire mission.

Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire, t. XV et XVI. — Paris, Imprimerie nationale.

Le grave défaut de ce *Recueil officiel des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France*, c'est qu'il publie au mois de mai les rapports lus par les membres de cette assemblée au cours de l'année précédente. Il en résulte que la plupart de ces rapports, qui ont porté sur des questions toutes d'actualité, ont été forcément connus au moment où ils avaient cette raison d'être, et que les questions ainsi traitées ont été depuis longtemps déjà examinées dans les journaux spéciaux, lorsque le texte officiel vient à être publié. Cet inconvénient est surtout manifeste pour les membres du Comité dont les travaux, considérables à tous égards, demeurent ainsi longtemps dans les cartons administratifs; mais les personnes intéressées à leur lecture n'en sont pas moins très désireuses de pouvoir les conserver, réunis dans le volume annuel. En lisant ce recueil, on peut se convaincre facilement de l'importance que les questions d'hygiène ne cessent de prendre, et de l'habile direction donnée par le président aux travaux des membres du Comité. Chaque année le nombre des rapports s'élève, et l'on ne peut que savoir gré aux rapporteurs de la somme considérable de travail qu'ils y consacrent, le plus souvent sans aucune rémunération, quoi qu'on en ait dit. Les auditeurs du Comité ne reçoivent, en effet, aucun émolument, et l'on peut voir, en parcourant les pages de ces volumes depuis qu'ils ont été institués, combien leurs travaux sont nombreux et avec quel soin ils s'acquittent de la tâche si honorable qui leur est confiée.

L'hygiène touche par tant de points à la médecine que le corps médical ne saurait se désintéresser des questions examinées par le Comité. Beaucoup de médecins, du reste, appartiennent à des commissions sanitaires. Ils trouveront dans ce recueil non seulement les rapports sur lesquels le gouvernement base les décisions qu'il doit prendre en matière de santé publique, mais le texte même de ces décisions; ils y verront aussi le témoignage des efforts que les hygiénistes ne cessent de tenter en faveur de l'amélioration de la santé publique. Ajoutons que, depuis trois années, le *Recueil* est rédigé et mis en ordre avec une clarté parfaite, qui fait honneur au service qui s'en est chargé.

VARIÉTÉS

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — Nous avons annoncé que M. Gérode avait obtenu la médaille d'or. Voici les autres nominations: médaille d'argent: M. Lejars; première mention: M. Barbier; deuxième mention: M. Polguère. On sait qu'aux deux premières places de ce concours est attachée maintenant une bourse de voyage.

SMITHSONIAN INSTITUTION. — M. R. Waite, chancelier de la Smithsonian institution, nous apprend que le 18 novembre 1887, dans une réunion spéciale tenue à Washington, M. le professeur Samuel Pierpont Langley a été élu secrétaire de cette association en remplacement de M. le professeur Spencer F. Baird, dont nous avons récemment annoncé la mort.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE. — Par décision ministérielle, en date du 28 décembre 1887, M. Du Cazal, médecin principal de deuxième classe, a été nommé professeur de législation, d'administration et de service de santé militaire à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été promus au grade de médecin de deuxième classe, MM. les aides-médecins, docteurs en médecine, Delrieu, Houdart et Brochet.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus ou nommés :

Au grade de commandeur. — M. Vedrènes, médecin inspecteur de l'armée.

Au grade d'officier. — M. le professeur Potain ; M. le docteur Albert Robin; M. le docteur du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes; M. le professeur Dupré (de Montpellier); M. Forné, médecin en chef de la marine; MM. Vallin, Nogier, Chabert et Badour, médecins principaux de première classe ; M. Teinturier, médecin principal de deuxième classe ; MM. Baldy, médecin-major de première classe.

Au grade de chevalier. — M. Charpentier, membre de l'Académie de médecine; MM. Landouzy et Quinquaud, médecins des hôpitaux de Paris ; M. le professeur Lépine (de Lyon) ; M. le docteur Blanc, inspecteur des eaux d'Aix; M. le docteur Bruland, agent consulaire français à Tucuman (République argentine); MM. Fontan, médecin principal de la marine; Bohan, Cantellauve, Roux, Pascallis et Léo, médecins de première classe de la marine; MM. Bailby, Dissot, Mangenot, Goubeau et Lefort; MM. Renard, Melnotie et Lucas, médecins-majors de deuxième classe; MM. les docteurs Cayrol et Feltz, anciens médecins militaires; MM. les docteurs Sandras (d'Oran), Brard (de La Rochelle), Beuriner (de Montbéliard), Pujol (d'Argelès), Frédet (de Clermont-Ferrand), Coillot (de Montbozon), Peulevé (d'Amiens) et Robin (de Chantonay).

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — Par arrêtés ministériels, en date des 13, 20 et 23 décembre 1887, pris en vertu du décret du 31 mars 1885, et conformément à l'avis du Comité de direction des services de l'hygiène, le ministre du commerce et de l'industrie a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de maladies épidémiques :

I. *Epidémies cholériques de* 1884-1885. — Médailles d'argent: MM. Dotti et Firmy, infirmiers à l'hôpital du Pharo, à Marseille. — Leduc, infirmier à Marseille et à Manosque.

Médailles de bronze: MM. Combe et Tommasini, pharmacien à Marseille, Sawas, infirmier à l'hôpital du Pharo.

II. *Epidémie de suette miliaire de* 1887 (mission sanitaire envoyée dans les départements contaminés). — Médailles de vermeil: MM. les docteurs Thoinot, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de la mission; Chantemesse, médecin des hôpitaux de Paris; Desconts, chef des travaux de médecine à la Faculté de médecine de Paris; M. Wallich, interne des hôpitaux de Paris, en mission dans l'Indre (arrondissement du Blanc), déjà titulaire de deux médailles de bronze et d'argent pour le choléra de 1884-1885, à Marseille.

Médailles d'argent: MM. Démelui, Hontang, Louis, Parmentier et Pozzi, internes des hôpitaux de Paris, en mission dans la Vienne.

Médaille de bronze: M. Pressat, étudiant en médecine de la Faculté de Paris, a apporté un concours dévoué à la mission.

Indre. — *Médaille d'argent:* M. le docteur Dion, médecin des épidémies de l'arrondissement du Blanc.

Médailles de bronze: MM. les docteurs Doucet, médecin au Blanc, et Levavasseur, médecin de l'hôpital du Blanc.

Vienne. — Médailles de vermeil: MM. les docteurs Bernard, médecin à Persac; Contancin, à Montmorillon, médecin des épidémies de l'arrondissement; Desroseaux, médecin à Montmorillon.

Haute-Vienne. — Médailles de vermeil: MM. les docteurs Dunoyer, médecin au Dorat ; Perrier, médecin à Bellac ; Thomas, au Dorat, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bellac.

Médailles d'argent: MM. Lavillauroy et Skalscki, internes des hôpitaux de Limoges.

Epidémies diverses. — Bouches-du-Rhône. — Mention honorable: M. Fantoni, infirmier à l'hôpital de la Conception, à Marseille, s'est acquitté de son service avec zèle et dévouement lors de l'épidémie variolique de 1886.

Seine. — Médaille d'argent: M. Guérin, attaché depuis plus de trente-quatre ans au service des hôpitaux de Paris, n'a cessé de donner des preuves de zèle et de dévouement au cours des diverses épidémies qui ont sévi.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 13 janvier. — *Ordre du jour:* Installation du bureau. — M. Gaucher: Sur la pathogénie du mal de Brigth. — M. Legroux: Observation sur un cas d'aphasie d'origine urémique. — M. Troisier: Rapport sur un cas d'adénopathie sus-claviculaire dans un cas de cancer de l'utérus.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Dally, ancien président de la Société d'anthropologie et de la Société médico-psychologique. Notre regretté confrère avait longtemps collaboré à la *Gazette hebdomadaire*, ainsi qu'au *Dictionnaire encyclopédique*. Ses études d'anthropologie, sa connaissance approfondie de tout ce qui a trait à la gymnastique et aux méthodes de thérapeutique applicables aux déformations de la taille lui avaient acquis une juste notoriété. Il succombe à l'âge de cinquante-quatre ans aux suites d'une maladie chronique dont il connaissait depuis longtemps l'inexorable gravité et dont il supportait, avec courage, les douloureuses atteintes. Ses obsèques ont eu lieu avant-hier lundi à l'Etang-la-Ville, près Marly.

MORTALITÉ A PARIS (51e semaine, du 18 au 24 décembre 1887.—Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 32. — Variole, 6. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 39. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 17. — Tumeurs : cancéreuses, 34; autres, 00. — Méningite, 35. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 41. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 62. — Bronchite aiguë, 30. — Bronchite chronique, 39. — Broncho-pneumonie, 37. — Pneumonie, 52. — Gastro-entérite : sein, 16; biberon, 26; autres, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 27. — Suicides, 20. — Autres morts violentes, 7. — Autres causes de mort, 177. — Causes inconnues, 4. — Total : 951.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

12963. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numero de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 11 janvier 1888.

Académie de médecine : **Communications diverses.** — *Académie des sciences :* **Activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans le sang.** — *Société de biologie :* **Propriétés hémostatiques de l'antipyrine.** — *Société de médecine publique :* **Les eaux de Paris et la fièvre typhoïde.**

Il serait vraiment difficile d'émettre, sur la pathogénie du mal de mer, une opinion qui satisfasse tous les observateurs, si l'on s'en rapportait à la courte discussion provoquée à l'Académie de médecine, par la communication de M. Ossian-Bonnet. Aussi bien l'on pourrait, faute de mieux, résumer cette discussion en disant, avec Darwin, que « le mal de mer est dû au vertige que la mobilité des objets détermine », et ajouter que, pour ce vertige comme pour tous les autres, les aptitudes individuelles jouent un rôle prépondérant, difficile à déterminer et surtout des plus variables. MM. Leroy de Méricourt, Rochard et Javal ont donné à cet égard de curieux exemples, qui montrent combien l'on peut rester éclectique au milieu des théories innombrables qui ont été proposées. Quant à la thérapeutique de ce mal, dont ne sont pas défendus les navigateurs les plus « amarinés », sera-t-elle enfin fixée par les succès de l'antipyrine, qui a réussi 57 fois sur 57 cas entre les mains de M. Ossian-Bonnet ?

Les médecins les plus autorisés, osent à peine l'espérer, en raison des contre-indications que l'antipyrine présente chez certains individus. Ne sait-on pas d'ailleurs que tous les remèdes, même le sucre de lait parfaitement pur, ont eu leur moment de vogue?

Les travaux sur l'antipyrine s'accumulent de tous les côtés. A la Société de biologie, M. Hénocque vient d'appeler l'attention sur ses propriétés hémostatiques dont il a pu apprécier pratiquement les effets à l'aide de tissus et de pommades imprégnés du médicament. Ses expériences tendent à démontrer que l'antipyrine à l'état pulvérulent ou à l'état de solution agit en déterminant la constriction des vaisseaux et des tissus, en même temps qu'elle détermine une coagulation du sang ; à l'hémostase s'ajouterait l'action antiseptique et peut-être même une action favorable à la cicatrisation. Déjà M. Gosselin, il y a cinq ou six ans, avait étudié les diverses substances antiseptiques à ce point de vue et montré que l'acide phénique en particulier produisait une constriction immédiate des vaisseaux, et tous ces phénomènes consécutifs, très aisés à constater sur l'appareil circulatoire de la grenouille, par exemple.

Les recherches histologiques habilement poursuivies par M. Poncet (de Cluny) à propos de deux globes oculaires de lépreux apportent à l'étude de cette affection des éclaircissements d'une grande portée.

En surprenant ainsi dans l'intimité des tissus de l'œil la marche graduellement envahissante de la lèpre tuberculeuse, en montrant que le parasite agit à la manière de ces organismes qui pénètrent de proche en proche et qu'il respecte les éléments glandulaires sans prendre la voie vasculaire ni nerveuse, notre savant confrère ne permet-il pas d'espérer qu'on parviendra à localiser la maladie, à lui faire en quelque sorte sa part ou tout au moins à enrayer ses développements d'après la nature des tissus atteints ?

Les études si difficiles que comporte la recherche des variations des échanges respiratoires chez l'homme seront rendues plus faciles et plus précises par les résultats auxquels sont parvenus MM. Hanriot et Charles Richet. La délicatesse des procédés qu'il faut employer, et qu'ils ont perfectionnés dans une grande mesure, est assurément l'obstacle le plus sérieux en pareille circonstance ; ce n'est pas que le côté mécanique de l'expérimentation soit sujet à de graves causes d'erreurs, mais c'est bien plutôt la complexité des phénomènes respiratoires qui commande une attention scrupuleuse et rend les interprétations difficiles. Il suffit de lire les chiffres recueillis dans les expériences que MM. Hanriot et Ch. Richet ont entreprises à l'aide d'un dispositif expérimental remarquablement choisi, pour être convaincu des résultats qu'on doit attendre de leurs recher-

ches; si la production d'acide carbonique, comme ils le montrent, et, par suite, son excrétion, sont indépendantes de la fréquence des mouvements respiratoires, il n'y aurait pas lieu de se préoccuper de l'influence de la ventilation pulmonaire; mais ne faudrait-il pas tenir compte aussi de ce fait, très nettement présenté dans ces expériences, à savoir l'extrême sensibilité des variations dues au travail musculaire? Lavoisier avait, en outre, appelé l'attention sur les modifications que la température fait éprouver aux échanges respiratoires.

Ajoutons qu'ils est peu de problèmes plus intéressants et plus importants que ceux qui concernent les fonctions physiologiques de la respiration. On peut s'en convaincre en prenant connaissance des nouvelles recherches présentées par MM. Brown-Séquard et d'Arsonval sur la toxicité de l'air expiré. La pratique de chaque jour a appris aux hygiénistes, que, comme vient de le rappeler M. Bertin-Sans, « c'est surtout aux matières organiques rejetées dans les échanges de l'hématose, matières encore mal définies chimiquement, mais dont l'activité physiologique et morbide n'est plus contestable, et qui vont, à ce titre, depuis la substance putrescible et putride jusqu'aux ptomaïnes septiques ou aux organismes virulents, c'est surtout à ces exhalations animales qu'est due l'insalubrité des milieux respiratoires. » Sans doute Tyndall a montré que l'air expiré était optiquement pur, et MM. Straus et Dubreuilh viennent d'établir que la respiration tend à purifier l'air des microbes qu'il contient; mais il n'en fallait pas moins reconnaître qu'il existait dans cet air expiré une matière organique et organisée, dont la toxicité ne peut faire de doute, après les expériences si concluantes de MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, expériences faites à l'aide du liquide de condensation de la vapeur d'eau provenant des poumons. Et l'on voit tout de suite quelles conséquences aurait la détermination, en qualité comme en quantité, du « poison qui sort des poumons avec l'air expiré ».

C'est aussi un service du même ordre que M. Hénocque rend en poursuivant ses expériences sur les variations de l'activité de réduction de l'hémoglobine dans le sang de l'homme sain et de l'homme malade. Les observations qu'il a recueillies avec le plus grand soin sur trois cent soixante-dix individus fournissent des notions importantes sur les phénomènes de la nutrition à l'état physiologique, et donnent des renseignements précis sur les diverses médications. La mesure de l'énergie des échanges de l'oxygène entre le sang et les tissus constitue dès maintenant une méthode d'investigation scientifique pleine de promesses.

— Les recherches récentes sur l'étiologie de la fièvre typhoïde ont donné lieu à d'intéressantes discussions dans les deux dernières séances de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris. Le débat s'est élevé surtout à propos du rôle que l'eau potable peut jouer comme agent de transmission de cette affection. Les travaux bactériologiques de MM. Chantemesse et Widal et l'importante conférence faite par M. Brouardel au Congrès d'hygiène de Vienne ont, chacun le sait, nettement posé la question. Depuis cette époque, les observations s'accumulent; les unes confirment l'importance de plus en plus grande accordée à la théorie de la propagation des maladies infectieuses par l'eau potable; les autres s'efforcent de contredire certains faits avancés ou d'appeler l'attention sur d'autres facteurs du problème. Ayant déjà fait connaître, à plusieurs reprises, les diverses opinions en présence et manifesté notre sentiment, nous pensons qu'il n'est pas sans intérêt de consigner ici les diverses phases de ces débats.

M. Bechmann, l'ingénieur en chef du service des eaux de la ville de Paris, a tout d'abord contesté, en opposition avec qu'avaient déclaré MM. Brouardel, Chantemesse et Widal, qu'il y eût, à Paris, un rapport quelconque entre les substitutions d'eaux de rivière aux eaux de source et les variations de la fièvre typhoïde. Si l'on suit, dit-il, pendant les périodes visées, les variations de la mortalité par la fièvre typhoïde, d'une part, dans les arrondissements qui ont reçu l'eau de Seine, et, d'autre part, dans les dix-sept autres, on voit que l'augmentation de la mortalité s'est produite dans les uns comme dans les autres, et qu'elle a même été beaucoup plus accentuée dans les arrondissements alimentés en eaux de source que dans ceux desservis momentanément en eaux de rivière. Cette constatation peut être faite facilement pour les années 1886 et 1887; rien n'autorise donc à dire que la substitution d'eau faite par le service sous l'empire d'une nécessité momentanée, ait eu la moindre influence sur la recrudescence constatée de la fièvre typhoïde; les causes peut-être multiples de cette recrudescence ne sont pas connues; mais, à coup sûr, si tant est que l'eau y ait eu une part, cette part serait bien faible, et c'est ailleurs qu'il faut les chercher. D'autre part, M. le docteur Régnier, médecin-major chargé du service de santé du régiment des sapeurs-pompiers, ayant observé un nombre de cas de fièvre typhoïde beaucoup plus considérable dans les casernes de ce régiment au cours de l'hiver dernier, a pensé que ce changement dans l'état sanitaire relevait certainement de la substitution d'eau. M. Bechmann déclare, au contraire, que la caserne de Ménilmontant, qui n'avait pas cessé d'être alimentée en eau de source (Dhuys), avait eu aussi des malades; le nombre des cas de diarrhée y avait été justement égal à la moyenne de ceux observés dans les autres casernes alimentées en eau de Seine; on y avait compté deux cas de fièvre typhoïde, tandis que, parmi les dix casernes recevant l'eau de Seine, cinq n'en ont eu aucun. Il ne semble pas enfin à M. Bechmann que l'eau de Seine puisse être toujours accusée de donner la fièvre typhoïde, puisqu'il y a en ce moment à Paris une augmentation importante des cas dûs à cette maladie, bien qu'on ne donne que de l'eau de source depuis le mois de septembre.

M. Chantemesse a répondu à ces observations qu'il ne suffit pas de noter la marche de la fièvre typhoïde avant et pendant la distribution de l'eau de rivière; entre le jour de la contagion de cette maladie et celui de la mort, il s'écoule au moins trois à quatre semaines; or, si l'on recherche quelle a été la mortalité typhoïdique quatre semaines après la substitution d'eau dans les arrondissements où on l'a effectuée en 1887, on y trouve vingt-cinq décès dus à cette maladie par deux cent quatre-vingt seize mille sept cent quatre-vingt-dix habitants, tandis que, dans les autres arrondissements desservis par l'eau de source, il n'y a eu, pour le même nombre d'habitants et pour la même période, que dix-sept décès. De plus, il existe toujours des rapports étroits et constants entre les périodes où l'on distribue officiellement de l'eau de rivière à Paris et la courbe des entrées par fièvre typhoïde dans les hôpitaux : cette courbe s'élève trois ou quatre semaines après le commencement de la

distribution d'eau fluviale; elle s'abaisse trois ou quatre semaines après la suppression de cette eau.

C'est un mois à cinq semaines après l'infection, a fait également remarquer M. Brouardel, que surviennent habituellement les décès dans la fièvre typhoïde. Or, il résulte des tableaux publiés par M. Bechmann sur les décès survenus par cette cause, du 18 janvier au 10 mars 1887, dans les dix-huit premiers arrondissements de Paris, où l'eau de rivière a été substituée à l'eau de source à cette époque, que, pendant la cinquième semaine, les décès se sont élevés de six à quatorze, et sont montés progressivement jusqu'à quarante-quatre la treizième semaine. D'ailleurs, il ne suffit pas de remplacer l'eau de Seine par l'eau de source pour faire disparaître l'infection, si l'on se sert des mêmes tuyaux, car le bacille typhique peut y persister pendant un temps assez long; il a été retrouvé dans des réservoirs, cinq à six semaines après qu'il y avait été apporté par l'eau. M. Thoinot l'a découvert dans l'eau de Seine puisée, pour la ville de Paris, à l'usine d'Ivry. M. Loir, examinant l'eau distribuée dans son logement à l'Institut Pasteur, du 2 au 23 août dernier, y a découvert un grand nombre de bacilles typhiques avant filtration de cette eau.

Ce débat, dont la conclusion unanimement acceptée a été qu'il fallait, le plus promptement possible, fournir de l'eau de source exclusivement aux habitants de Paris, était corroboré par une étude considérable, faite à Vienne par M. Mosny, d'après les documents publiés par M. Drasche et un grand nombre de recherches personnelles à l'auteur, sur la fièvre typhoïde dans la capitale de l'Autriche-Hongrie. Cette affection, commune autrefois à Vienne, y est aujourd'hui d'une rareté telle (0,11 par 1000 habitants) que l'on place dans les hôpitaux des pancartes spéciales sur les lits de ceux qui en sont atteints, afin de les signaler tout particulièrement à l'attention des étudiants. M. Mosny affirme qu'on n'a pu trouver à Vienne aucune corrélation entre les manifestations de la fièvre typhoïde et les oscillations de la nappe d'eau souterraine, tandis qu'il en serait tout autrement lorsque l'on étudie la distribution de l'eau potable. Depuis 1874, on n'y emploie plus que d'excellente eau de source pour tous les usages publics et privés, sauf dans quelques maisons qui se servent d'eau de puits. Or, depuis 1851, la mortalité par fièvre typhoïde a présenté deux chutes brusques: 1° l'une en 1859, à la suite de travaux exécutés aux égouts; 2° l'autre en 1874, à la suite de l'adduction des eaux de source. La mortalité est descendue d'environ 2 pour 1000 habitants à 1,2 pour 1000 en 1859 et à 0,11 pour 1000 en 1874, et le pourcentage de décès par fièvre typhoïde depuis l'adduction des eaux de source donne comparativement 1,26 pour 100 dans les maisons pourvues d'eau de source et 3,02 pour 100 dans celles qui n'en reçoivent pas. Autre fait non moins intéressant: en 1877 il y eut une épidémie à la suite de la substitution partielle des eaux du Danube aux eaux de source dans certains quartiers; cette épidémie se localisa aux arrondissements qui étaient seuls pourvus d'eau du Danube; le nombre des malades sur 10000 habitants fut de 3,8 dans les arrondissements ayant de l'eau de source et 21,5 dans les autres; sur 100 maisons, la maladie en frappa 24,2 recevant de l'eau du Danube, 3,4 pourvues d'eau de puits et 2,7 ayant de l'eau de source; enfin, dans la garnison, la proportion des cas sur 100 hommes fut de 0,15 dans les casernes pourvues d'eau de source et 2,69 dans celles qui étaient alimentées en eau du Danube.

Nous devons encore noter que, pour les épidémies qui sont en voie de terminaison ou sévissent au Havre, à Bordeaux, à Lille, le corps médical de ces villes tend à admettre que l'eau potable ne saurait en être incriminée. De même à Liège en 1882-1883, si l'on en croient les résultats de l'enquête officielle qui en a été publiée il y a quelque temps. A Troyes, par contre, M. Thoinot, comme M. Pouchet à Joigny il y a un an, sont d'avis que cette cause a prédominé dans la genèse et la propagation des épidémies typhoïdiques qui les ont frappées. Il y a lieu, on le voit, de soumettre ces manifestations épidémiques à une enquête scientifique aussi complète que possible, car il serait fâcheux que pour une maladie aussi commune et dont les conséquences sont aussi graves pour la santé publique, des hésitations continuent longtemps à se produire sur son étiologie et partant sur sa prophylaxie.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hernies adhérentes.

La Société de chirurgie vient de clore une importante discussion sur la cure radicale des hernies. Au début, il ne s'agissait, avec M. Richelot, que des hernies congénitales, mais bientôt le débat s'est élargi, s'est étendu à tout ce qui concerne la cure radicale. On a pu constater ainsi que deux courants principaux existent parmi les membres de la Société.

Certains d'entre eux, parmi lesquels nous citerons MM. Lucas-Championnière, Terrier, Richelot, sont de l'avis soutenu, à l'étranger, par Macewen, Socin, etc. La cure radicale est une opération efficace et bénigne, et cela d'autant plus que la hernie est plus simple, que l'opéré est plus jeune et plus vigoureux. Aussi ne faut-il pas être chiche de cette intervention; faut-il l'accorder, sans se trop faire prier, à peu près à tous ceux qui la demandent et la conseiller à beaucoup de ceux qui ne la demandent pas.

Cette manière de voir a soulevé quelques objections. D'abord la mortalité, petite, mais réelle. Et puis, les récidives ne sont pas chose rare; certains auteurs, même, pensent que l'opéré devra toujours porter bandage. Bandage léger, sans doute. Mais pour une hernie petite et facile à contenir le bandage n'était-il pas léger avant l'acte sanglant? Aussi bon nombre de chirurgiens n'acceptent-ils la cure radicale que lorsqu'elle est indiquée par certaines circonstances spéciales; c'est à bien préciser ces indications qu'on se doit attacher si l'on veut ne pas déprécier une des plus heureuses opérations de la chirurgie moderne.

Le professeur Trélat a été un de ceux qui ont établi les indications les plus larges, par la formule que nous rappellerons: toute hernie qui n'est pas constamment, facilement et complètement réductible est justiciable de la cure radicale, ou plutôt chirurgicale. De ces hernies, on en rencontre tous les jours et par certains moyens des plus simples on pare souvent à leurs accidents immédiats. Mais que deviennent-elles par la suite? Voilà ce qu'il faut se demander. Or le professeur Trélat soutient qu'elles arrivent presque toutes à être de ces hernies adhérentes qui ont fait — et qui font encore parfois — le désespoir du chirurgien.

Pourquoi cette gravité? C'est à l'étude anatomo-patholo-

gique qu'il faut le demander. C'est ce qu'a fait notre distingué collègue Boiffin dans une thèse déjà vieille de quelques mois, thèse qui nous a été remise en mémoire par quelques opérations et leçons récentes de son maître Trélat.

I

Il y a quelque cent ans, J.-L. Petit, Ledran, Arnaud, Scarpa, Richter, s'occupaient en de longs chapitres et mémoires des adhérences herniaires. C'est qu'à cette époque les bandages étaient défectueux; les hernies irréductibles étaient donc fréquentes. Et ces grosses hernies, on les incisait dès qu'elles produisaient des accidents, qu'alors on expliquait par le seul étranglement. Puis vint Malgaigne; les bandages furent perfectionnés, et le nombre des hernies incoercibles en fut réduit d'antant. En outre, on n'avait pas tardé à voir que dans ces conditions la kélotomie donnait des résultats déplorables. Les efforts tendirent donc à établir une théorie qui justifiât l'abstention : la péritonite herniaire fut commise à cette besogne. Elle expliqua bientôt tout dans les grosses hernies, les adhérences furent reléguées au second plan et les descriptions minutieuses de l'Académie de chirurgie furent oubliées. Pour s'en convaincre, il suffit de lire les leçons de Gosselin, adversaire pourtant de la doctrine de Malgaigne. De même pour la thèse de Nicaise. C'est ainsi que peu à peu la précision apportée par Scarpa dans l'étude des adhérences charnues naturelles et non naturelles sembla inutile ; c'est ainsi encore que des erreurs se sont accréditées sur les hernies du gros intestin et surtout du cæcum.

Ces questions ont été reprises une à une dans ces dernières années et l'on n'a pas tardé à voir qu'il fallait revenir à la classification de Scarpa et étudier séparément les adhérences inflammatoires et les adhérences naturelles.

Adhérences inflammatoires; ce mot seul suffit à établir que la péritonite herniaire n'est pas un vain mot. C'est bien elle qui, à l'origine, est responsable des accidents des grosses hernies; mais elle l'est par l'intermédiaire des adhérences qui, d'abord glutineuses et faciles à décoller avec le doigt, s'organisent peu à peu et se vascularisent à mesure qu'elles se rétractent en devenant tissu de cicatrice. Alors doit être établie une division capitale non pas, comme jadis, suivant le degré de résistance de la bride, mais suivant sa longueur. Quoi de plus simple, en effet, que de couper entre deux ligatures un trousseau fibreux de quelque longueur? L'autre jour, le professeur Trélat opérait une hernie où un paquet épiploïque était lié au testicule par une longue bandelette; l'incident fut considéré comme nul, mais comme la preuve qu'on avait bien fait de ne pas temporiser.

La question change absolument d'aspect pour les adhérences serrées, à redouter surtout quand l'épiploon accompagne l'intestin. Il se fait alors de véritables fusions entre l'épiploon, le sac et les anses intestinales, dont les parois elles aussi s'enflamment et s'épaississent, perdant en souplesse ce qu'elles gagnent en friabilité. Ces altérations sont parfois limitées en un point; ailleurs elles transforment en un bloc toute une grosse hernie. Elles peuvent être, après kélotomie, un obstacle presque insurmontable à la dissection et à la réduction. Ou bien les anses pourront être refoulées dans le ventre, mais les accidents persisteront et l'autopsie montrera, comme à Spanton, l'intestin coudé sur une bride située contre l'anneau inguinal interne ; comme à A. Cooper, une anse maintenue à angle aigu par l'état cicatriciel des tissus compris entre les deux chefs.

Mais l'inflammation n'est pas la condition *sine qua non* des adhérences. Sans elles se produisent les adhérences par glissement, celles que Scarpa a si bien décrites sous le nom de charnues naturelles. Le côlon descendant n'a en arrière qu'un repli péritonéal très court ; distendu, il est même dépourvu de séreuse à sa face postérieure. L'S iliaque au contraire — qu'il vaut mieux, avec Trèves, appeler anse omega — flotte au-dessus du bassin, grâce à un méso, dont les descriptions classiques ne font nullement prévoir l'ampleur. Si cette anse s'engage dans un trajet herniaire, elle sera, naturellement, entourée de toutes parts par le péritoine, tout comme une anse d'intestin grêle et comme elle aura un sac complet. Mais qu'elle vienne à rester pendant longtemps au dehors; peu à peu elle attirera à sa suite le côlon descendant qu'elle prolonge et avec lui son méso; de là, dit Scarpa, une adhérence naturelle, par glissement. Qu'importe, affirme Gosselin : « Les adhérences en question n'ont rien qui doive nous arrêter puisque habituellement les replis péritonéaux dont il s'agit sont assez longs pour permettre la rentrée et la sortie facile du gros intestin. » Les dissections récentes de Trèves, puis, à Paris, de Tuffier, de Hartmann, de Mérigot de Treigny, ont montré qu'en réalité il faut compter avec ces adhérences, cause rapide d'irréductibilité. Le côlon ne tarde pas à s'appliquer directement, par sa face postérieure, contre le tissu cellulaire ambiant et là la dissection devient bientôt pénible.

C'est surtout pour la fosse iliaque droite que les descriptions classiques sont erronées. Le côlon ascendant, pourvu d'un court méso, est précédé par le cæcum, directement en rapport par sa face postérieure, d'après Sappey, avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Supposons donc, disent les chirurgiens, une hernie du cæcum ; l'organe déplacé peut, sans doute, repousser la séreuse devant lui et se munir d'un sac complet, mais le plus souvent il glissera sous le péritoine et dès lors la hernie aura un sac nul, ou incomplet et seulement antérieur. Les auteurs que nous venons de citer ont prouvé que tout cela est radicalement faux. A l'état normal, le péritoine forme au cæcum une enveloppe complète ; dans une hernie il lui constitue un sac complet. Il n'y aura adhérence par glissement que si le côlon ascendant suit le cæcum. Adhérence de plus en plus courte si bien que, lorsque le glissement est assez étendu, le côlon fait partie intégrante de la paroi postérieure du sac, dorénavant incomplet. Tout cela, d'ailleurs, est exposé par Scarpa avec une lucidité parfaite.

II

Les adhérences dont nous venons d'esquisser les variétés principales sont, en général, assez faciles à reconnaître. La hernie, mal ou non contenue, file à tout propos sous le bandage. Parfois, on peut la réduire complètement, mais alors on s'aperçoit, à une sensation de vacuité spéciale, que le sac est remonté avec les viscères herniés, que la peau seule reste sous les doigts. Le plus souvent la réductibilité n'est plus que partielle et c'est, à l'ordinaire, l'épiploon qu'on ne peut plus faire rentrer, quoique l'anneau ait une largeur bien suffisante. Ailleurs enfin l'irréductibilité sera complète; ces faits sont relativement rares.

Jusque-là les inconvénients sont légers. Mais, à un moment donné, ces hernies sont vouées à des accidents plus sérieux. Accidents rarement aigus, identiques à ceux

de l'étranglement franc. A l'ordinaire, ils sont lents. Depuis longtemps déjà existent des troubles digestifs et la constipation incomplète alterne avec la diarrhée. Un jour cette constipation survient, semblable à ce qu'elle est d'habitude; le malade croit qu'il en va triompher comme de coutume; l'état s'aggrave, bien au contraire; quelques gaz passent encore, mais les selles se suppriment. Les douleurs sont intenses, les coliques violentes; bientôt surviennent des vomissements.

Cette crise est plus grave que les précédentes; elle peut cependant se terminer par une guérison à peu près spontanée, céder aux émollients appliqués sur la hernie et joints à la compression, aux purgatifs, à la diète. Mais la hernie reste après cela plus grosse qu'auparavant, plus irréductible encore. Les crises se rapprochent, en devenant plus intenses, jusqu'au jour où une d'entre elles, souvent après plusieurs rémissions apparentes, entraîne la mort dans la prostration, après une série d'accidents qui se sont aggravés peu à peu.

Au milieu de ces troubles fonctionnels, les signes physiques déroutent le chirurgien. C'est tardivement, quand l'état général est alarmant, souvent après plusieurs tentatives de taxis violent, que le malade se décide à appeler un chirurgien ou à se faire porter à l'hôpital. On trouve alors la hernie tendue et douloureuse; mais le doigt est sans peine admis entre l'anneau dilaté et le pédicule relativement indolent; mais la pression obtient souvent une réduction partielle avec gargouillement, quoique, même sous le chloroforme, le taxis le mieux fait ne puisse réaliser la réduction complète. Est-ce donc là un étranglement et faut-il faire la kélotomie? Et s'il faut opérer, quand le faut-il? Aucun symptôme ne vient commander l'intervention chirurgicale dans cette crise plutôt que dans celles qui ont eu une issue heureuse et c'est au milieu de ces tergiversations que la mort survient. Ces cas embarrassent les cliniciens les plus éminents; la preuve en sera donnée quand nous dirons qu'en 1882 nous avons publié à la Société anatomique l'histoire d'un malade que le professeur Guyon ne put se résoudre à opérer et qui finalement succomba.

III

L'abstention, affirme Malgaigne, n'est nullement responsable de ces décès. La péritonite herniaire est cause de tout le mal et la kélotomie est impuissante à en conjurer les effets. Il faut donc s'en tenir aux moyens médicaux et aux antiphlogistiques locaux. Cette doctrine fut vivement attaquée, par Gosselin surtout. La non-intervention resta cependant la règle pour les accidents des grosses hernies adhérentes.

En réalité, il s'agit ici d'obstacles mécaniques au cours des matières, et Boiffin a bien mis en relief leurs origines multiples. Aux accidents aigus, rares avons-nous dit, répond parfois l'étranglement vrai, mis hors de doute par des observations de Le Dentu, de Bourguet (d'Aix). Mais le plus souvent la grosse hernie, véritable diverticule de la cavité abdominale, est le siège d'une occlusion tout à fait comparable à celles qui se produisent dans cette cavité. Ici, c'est un corps étranger qui s'arrête dans une anse peu mobile et l'obture : navets mal cuits et mal digérés dans un fait de Lucas Championnière; filaments végétaux provenant d'asperges dans une observation recueillie par Guillet dans le service du professeur Guyon. Là, l'intestin lui-même sera en cause, rétréci qu'il est par la rétraction inflammatoire de ses parois, telle que l'ont constatée Garengeot, Goyrand, Nicaise. Là, l'anse sera comprimée par une bride fibreuse ; par un anneau épiploïque dans lequel elle s'engage; par une collection séreuse ou purulente dont l'évacuation fait cesser les accidents (Rouhier, A. Cooper). Ailleurs enfin la cause sera une de ces coudures brusques, que nous avons déjà signalées, par rétraction cicatricielle entre les deux chefs d'une anse intestinale : ces faits signalés par Arnaud, par A. Cooper, ont été décrits avec soin par le professeur Trélat en 1871 à la Société de chirurgie, puis en 1874 dans la thèse de Mougeot.

Dans tout cela, la péritonite herniaire devient un épiphénomène : elle existe, incontestablement, mais doit céder le pas aux causes mécaniques d'occlusion. C'est à ces causes qu'il faut s'adresser, nous enseignent Trélat et son élève Boiffin, enseignement qui se borne, en somme, à expliquer pourquoi J.-L. Petit a eu raison de dire qu'il faut toujours « ouvrir le livre de la vérité, c'est-à-dire le sac ». Mais quand faut-il opérer? A quoi reconnaître que les accidents cette fois ne céderont que devant le bistouri? C'est ici, nous le répétons, que la besogne du clinicien devient particulièrement délicate.

Mais supposons la question tranchée : le chirurgien se décide à opérer. Il faut s'attendre, dans ces cas, à des difficultés extrêmes. La théorie est des plus simples : on doit libérer les anses adhérentes et les réduire ensuite dans la cavité abdominale. La pratique est moins aisée. Non point, sans doute, pour les adhérences de quelque longueur : sans peine on les coupe entre deux ligatures. Mais la difficulté devient extrême pour les adhérences serrées, d'autant plus que toute traction est interdite par la friabilité des parois intestinales chroniquement enflammées. On est obligé de sculpter l'intestin au milieu des tissus nouveaux, et, quand on y réussit sans fendre l'anse herniée, on se trouve en présence de surfaces saignantes où l'hémostase est très difficile. D'autre part, il n'est pas rare que le bistouri s'égare et pénètre dans la cavité intestinale : pareille mésaventure est arrivée il y a quelques mois à Gérard Marchant, perdu dans le « dédale séreux » d'une hernie du cæcum et du côlon ascendant où des adhérences inflammatoires s'étaient surajoutées à une adhérence par glissement. Jadis, dans un cas de ce genre, Arnaud prit le parti de couper au ras de l'anneau le paquet intestinal qu'il ne réussissait pas à libérer et à établir ainsi un anus contre nature.

De nos jours, nous sommes mieux armés : Riedel a dû un beau succès à la résection et à la suture circulaire de l'anse dont un tissu cicatriciel maintenait les deux chefs accolés. Mais l'entérectomie et l'entérorrhaphie sont certes des opérations difficiles, longues, encore dangereuses. Nous devons nous réjouir de pouvoir y recourir aujourd'hui en quelque sécurité ; mais nous devons aussi faire tous nos efforts pour prévenir les accidents qui les nécessitent.

Ainsi, les complications des hernies adhérentes réclament souvent la kélotomie. Mais le moment précis où il faut intervenir reste difficile à déterminer et l'on perd souvent en tergiversations un temps précieux. On est d'autant plus enclin à ces atermoiements, nuisibles cependant, qu'on redoute les dangers prévus d'une opération certainement périlleuse. C'est probablement cette crainte qui, instinctivement, a fait généraliser la doctrine abstentionniste de la péritonite herniaire.

IV

Mais, nous l'avons dit il y a un instant, ce n'est pas du jour au lendemain que ces accidents éclatent. Les adhérences inflammatoires se font par des poussés successives après lesquelles la descente est de plus en plus difficile à réduire : il fallut plus de cent crises à un malade de Goursaud pour avoir une hernie qu'il suspendait dans un bonnet de coton. Les adhérences naturelles sont, elles aussi, des adhérences de vieilles hernies : il est en effet reconnu aujourd'hui qu'elles sont toujours consécutives à une hernie du cæcum et de l'*S* iliaque, hernie mal maintenue et suivie du glissement du côlon correspondant.

C'est donc quand la hernie commence à filer sous le bandage, à être par moments un peu douloureuse et difficile à réduire, qu'il est prudent d'aviser. Que faire alors? Lutter de force avec la poussée des viscères qui tendent à sortir; recourir aux bandages spéciaux et aux ressorts puissants? D'abord, la construction de semblables appareils est très délicate. En outre, le bandage trop puissant est, en général, mal supporté des malades. Ils préféreront, trop souvent, obtenir par un brayer plus simple une réduction incomplète dont ils ne prévoient pas les dangers, et peu à peu la hernie adhérente grave se constituera.

Dans bien des cas, sans doute, on en triomphera encore par des procédés classiques depuis longtemps : le repos au lit, le régime débilitant, les purgations, la compression sous ses diverses formes. Mais, une fois la réduction obtenue, le patient devra encore, la plupart du temps, être condamné au bandage de force. Dans une clinique récente, le professeur Trélat racontait l'histoire d'un gentilhomme campagnard qui, jeune encore, vit devenir irréductible une hernie congénitale : la réduction fut obtenue par la méthode classique et le malade retourna dans sa province muni d'un bon bandage. Mais bientôt il se maria et se lassa de cet accessoire incommode : quelques années après il revint consulter M. Trélat, avec une hernie de nouveau irréductible et contre laquelle les moyens ordinaires échouèrent. Grand chasseur, grand veneur, grand écuyer, il voulait à tout prix être débarrassé d'une infirmité qui lui rendait impossible son existence habituelle. La cure radicale fut donc entreprise : elle conduisit dans une hernie où existaient à la fois des adhérences inflammatoires et des adhérences naturelles. Opération des plus laborieuses et dont la mort fut le résultat.

C'est à ces désastres chirurgicaux qu'on est acculé si on laisse une hernie être mal contenue. Or elle sera presque fatalement mal contenue si elle ne l'est facilement : il est de notion vulgaire que l'incurie est un facteur avec lequel il faut compter, et largement, dans le traitement des hernies. Mais, si l'on est insuffisamment armé contre les accidents constitués des vieilles hernies, on est à peu près tout-puissant contre les hernies qui commencent à devenir adhérentes : la cure radicale y est à peu près aussi facile que dans les hernies simples. Cette opération longtemps proscrite à cause de sa gravité est devenue aujourd'hui d'une bénignité incontestable. On ne doit donc plus attendre les accidents : il faut pratiquer la cure radicale des hernies adhérentes dès que l'on peut reconnaître cet état. C'est en somme ce qu'exprime en quelques mots la formule du professeur Trélat : Intervenez pour toute hernie qui n'est pas facilement, complètement et constamment réductible. Le premier terme est relatif : il dépend de l'habileté du chirurgien et de la patience du malade. Les deux derniers sont absolus.

A. BROCA.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

OBSERVATION DE FARCIN CHRONIQUE CHEZ L'HOMME. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 23 décembre 1887, par M. le docteur BUCQUOY, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Malgré la surveillance exercée par l'autorité administrative, il n'est pas rare de rencontrer, dans certains quartiers de Paris, des écuries où l'on garde des chevaux atteints d'affections morvo-farcineuses. Étant donné le caractère éminemment contagieux de cette maladie, on peut s'étonner que les individus qui sont constamment en contact avec ces animaux malades, soit pour les panser, soit pour les conduire, ne deviennent pas plus souvent victimes de la contamination.

A en juger d'après le petit nombre de faits de morve et de farcin chez l'homme, il semble ou que cette maladie est devenue plus rare chez le cheval, ce qui est vrai dans une certaine mesure; ou que la transmission de l'animal malade à l'homme est moins facile qu'on ne le suppose, ce qui est possible; ou enfin que les effets de la contamination passent parfois inaperçus, ce qui expliquerait aussi le petit nombre des faits connus.

Depuis le cas de farcin aigu de l'hôpital Cochin que j'ai communiqué à l'Académie de médecine en 1884 (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 3e série, t. XV, p. 816, 1884), il n'y a eu à ma connaissance dans les hôpitaux de Paris qu'un seul cas de farcin aigu chez l'homme, observé à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Millard et publié par son interne, M. Barbier, dans la *France médicale* (1887, nos 16 et 17).

L'observation dont je vais rapporter les détails, est un nouveau fait de farcin qui s'est présenté tout récemment dans mon service à l'Hôtel-Dieu. Tandis que mon malade de Cochin et celui de M. Millard ont eu le farcin dans sa forme la plus aiguë et y ont succombé après un court délai, dans ce dernier cas, la marche de la maladie a été absolument chronique, et six mois se sont passés entre le début des accidents et la mort du malade.

La rareté de ces faits n'est pas la seule cause de leur intérêt. Le diagnostic en est difficile, car, si l'on n'est pas conduit par certaines circonstances étiologiques un peu frappantes, ou par la présence de quelques symptômes spéciaux propres aux affections morvo-farcineuses, tels que le jetage, le glandage, les traînées lymphatiques, etc., qui manquent très souvent, on passera facilement à côté de la maladie, s'arrêtant seulement aux phénomènes objectifs, les suppurations multiples, pour conclure à une infection purulente, sans tenir compte de la cause virulente qui leur a donné naissance.

Lors même que la nature de la maladie serait soupçonnée, comme les caractères de l'affection morvo-farcineuse dans l'espèce humaine ne sont pas assez évidents pour que le diagnostic ne reste encore douteux, on n'acquerra de rectitude qu'en se livrant à une enquête sérieuse sur la cause possible de contagion, c'est-à-dire la présence de chevaux morveux dans l'écurie où le malade a travaillé, et de plus en complétant l'examen clinique par des recherches expérimentales qui auront pour objet la reproduction de la maladie et du bacille de la morve. Ces expériences consistent

à inoculer les produits morbides sur divers animaux, plus particulièrement sur l'âne, le meilleur réactif du virus morveux, et à pratiquer des cultures par des ensemencements sur les divers milieux usités en pareil cas.

Cette pratique, dans les deux cas de farcin soumis à mon observation, m'a permis de reconnaître qu'il s'agissait bien de transmission de la morve à l'homme, de sorte que le diagnostic avait trouvé sa confirmation avant même que celle-ci fût donnée par l'autopsie.

L'exemple suivant va fournir la meilleure démonstration des avantages offerts par l'expérimentation et les recherches bactériologiques. L'observation qui fait l'objet de cette communication a été recueillie avec les plus minutieux détails par mon interne très distingué, M. Louis Guinon. Je les abrégerai autant que possible pour ménager les instants de la Société. A cette observation sont annexés comme documents d'une importance capitale :

1° L'enquête administrative que je dois à l'obligeance de M. Laquerrière, vétérinaire du service sanitaire de la Seine;

2° Les inoculations et les recherches bactériologiques pratiquées à l'école vétérinaire d'Alfort, par mon savant collègue de l'Académie, M. Nocard, directeur de cette école.

OBS. — Le malade, C... (Hilaire), âgé de quarante-six ans, entrait dans mon service à l'Hôtel-Dieu, le 23 septembre dernier.

Cet homme s'était présenté à la consultation portant deux abcès volumineux, l'un à la cuisse droite, l'autre à la jambe gauche. Le premier ne devenait apparent que lorsque le genou était fléchi : il faisait alors une forte saillie et semblait développé dans l'épaisseur du muscle droit antérieur.

La fluctuation était évidente, l'abcès nullement douloureux, et la peau sans modification dans sa couleur, ni dans sa température. Le second était gros comme une petite mandarine et faisait saillie en dedans du mollet gauche; il était très fluctuant et manifestement sous-cutané. A son niveau la peau présentait une cicatrice ancienne, vieille de huit ans; elle était rouge et amincie : on y constatait de la chaleur et de la douleur.

En interrogeant cet homme, on apprend qu'il a déjà eu deux abcès semblables, qui tous deux ont été incisés et ont guéri. Le premier était un vaste abcès de l'aisselle gauche qui avait succédé à une plaie que le malade s'était faite à la main gauche, à la face dorsale du premier métacarpien, et qu'il croit avoir été le résultat d'une contusion en déchargeant du charbon. Ce traumatisme remonte au mois de mai. La plaie de la main suppura pendant trois semaines et fut suivie, au bout de quinze jours, de l'abcès de l'aisselle. Un second abcès était survenu à la cuisse gauche deux mois après; mais ce n'est que tout dernièrement, et dans ces quinze derniers jours, que les deux derniers abcès ont apparu.

C'est seulement depuis ces derniers abcès que la santé du malade, qui jusque-là avait été assez bonne, s'est sérieusement altérée. Les forces se sont perdues, il a sensiblement maigri, la fièvre ne l'a pas quitté. La température, à 39°,6 lors de son entrée, est descendue quelque peu les jours suivants, puis, après de nouvelles exacerbations qui la faisaient osciller entre 38°,5, et 37°,5, elle retomba finalement à 38°,2 et 38 degrés.

Tel était l'état de cet homme lorsque je repris mon service dans les premiers jours du mois d'octobre, une semaine après son entrée à l'Hôtel-Dieu.

L'examen le plus attentif des divers organes : poumon, cœur, foie, rate, donnait des résultats entièrement négatifs. L'urine n'était pas albumineuse.

Les deux foyers purulents présentaient les caractères précédemment décrits; la cicatrice des premiers abcès restait encore très apparente. Rien du côté des articulations, si ce n'est une ancienne arthrite sèche de l'épaule droite.

Que devait-on penser en présence d'abcès ainsi disséminés en divers points de la surface du corps et se succédant depuis plusieurs mois à des intervalles plus ou moins éloignés?

Aucun doute possible sur le point de départ qui était évidemment la plaie suppurée de la main gauche, puisque le premier en date était un abcès de l'aisselle du même côté survenu quinze jours après le traumatisme qui l'avait causée. Cette plaie de la main avait évidemment déterminé une angioleucite suivie elle-même d'une adénite phlegmoneuse de l'aisselle, à laquelle ont succédé plus tard des abcès multiples en différents points du corps. N'est-ce pas là ce qu'on observe ordinairement, lorsque, à la suite d'un traumatisme et comme conséquence de la suppuration d'une plaie superficielle, survient de l'infection purulente?

Le diagnostic semblait donc assez simple et l'hypothèse d'une infection purulente probable. Ce ne fut pas cependant à cette idée que je m'arrêtai pour les raisons que voici :

Tout en constatant la présence d'abcès multiples dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans l'épaisseur des muscles, il me parut difficile d'admettre une infection purulente remontant déjà à cinq mois et ayant laissé dans l'intervalle de ses manifestations un état de santé relativement satisfaisant. Il me semblait insolite qu'une maladie d'une pareille gravité affectât une allure en apparence aussi bénigne, et que depuis le début des accidents, aucun symptôme n'eût annoncé des abcès métastatiques dans quelque viscère. Sans nier la possibilité d'une pyohémie épuisant ses manifestations purulentes à la périphérie et se terminant même par guérison, ce que j'ai eu l'occasion d'observer, je pensai plutôt à une autre affection, le farcin chronique, qui ressemble beaucoup à l'infection purulente par ses suppurations multiples et successives, mais qui affecte, bien plus que l'infection purulente, une marche insidieuse, avec ce caractère de chronicité, assez fréquent chez le cheval, mais rare chez l'homme, que nous observions chez notre malade.

Ce fut donc dans ce sens que je dirigeai mon examen, afin de m'assurer si cet homme n'avait pas été dans des conditions qui l'exposassent à subir la contagion d'un animal morveux.

L'interrogatoire du malade m'apprit qu'il était charretier. Il conduisait donc des chevaux, mais ne couchait pas dans l'écurie. Il travaillait pour le compte d'un marchand de bois et conduisait tous les jours du charbon avec le même cheval qu'il était chargé de soigner et de panser régulièrement. Ce cheval n'aurait pas été malade, il aurait eu du jetage dont il guérit.

Dans ces conditions une enquête sérieuse était nécessaire. Mon excellent collègue et ami, M. Leblanc, voulut bien me prêter son concours et demander à M. Laquerrière, vétérinaire, chargé d'inspecter le quartier où se trouvait l'écurie suspecte, des renseignements sur l'état des chevaux de cette écurie.

Voici la note qui m'a été remise par M. Laquerrière, à qui je dois des remerciements tout particuliers pour l'obligeance et l'empressement qu'il a mis à faire cette enquête.

Note relative à la cavalerie du sieur Boussugues, marchand de bois, avenue de Neuilly, 48.

Un *premier cheval* du sieur Boussugues a été livré le 13 juillet dernier au sieur Dubois, boucher hippophagique. A l'autopsie pratiquée à la fourrière publique, ce cheval a présenté les lésions les plus accusées de la *morve*.

Un *deuxième cheval reconnu farcineux* par M. Latour, vétérinaire à Levallois-Perret, a été envoyé clandestinement par le sieur Boussugues chez le sieur Macquart, équarrisseur à Neuilly, le 16 juillet.

Le 21 juillet, j'ai procédé à la visite et au recensement des cinq chevaux restant au sieur Boussugues. De ces chevaux, présentant alors les apparences extérieures de la santé, *le n° 3* a été abattu le 25 août chez M. Macquart, à Neuilly. Il était atteint de *morve pulmonaire* on ne peut mieux accusée.

A la date actuelle, quatre des chevaux recensés existent

encore; l'un, le n° 4 du tableau, présente un jetage unilatéral qui le place *en état de suspicion.*

Le vétérinaire sanitaire du premier secteur,
LAQUERRIÈRE.

La morve sévissait donc dans l'écurie où notre malade exerçait sa profession de charretier. Quant au cheval qu'il conduisait journellement, il a été abattu le 17 octobre et autopsié par MM. Leblanc et Laquerrière, qui ont trouvé cinq ou six tubercules pulmonaires ressemblant à ceux de la morve, mais suffisamment caractéristiques pour permettre d'affirmer que le cheval était morveux.

Nous avions, dans ces données étiologiques, bien des présomptions en faveur de la contagion. Nous verrons plus loin que la certitude finit par être acquise, grâce aux inoculations et aux recherches bactériologiques que M. Nocard, le savant directeur d'Alfort, voulut bien faire, sur notre demande, dans son laboratoire.

Je continue, en la résumant, l'histoire de la maladie.

Le 10 octobre, l'abcès de la jambe gauche s'ouvrait spontanément par un très petit orifice qui donnait issue à un pus rougeâtre et sans odeur.

Pas de variation dans celui de la cuisse droite.

On découvre que deux nouveaux abcès se sont développés, l'un sur le sommet de la tête, au niveau du pariétal gauche, près de la ligne médiane; l'autre sur l'avant-bras gauche, dans l'épaisseur et suivant la direction du cubital; ce dernier mou et indolent, le premier tendu, dur, rouge et douloureux.

L'état général devient plus mauvais; pas d'appétit, un peu d'oppression le soir et sueurs nocturnes. Sputation fréquente de crachats purement salivaires; rien à l'auscultation. La fièvre reste modérée. Température rectale, matin, 37°,5; soir, 38°,8.

Pas d'écoulement nasal, ni d'engorgements ganglionnaires en aucun point.

Le 13, l'abcès du vertex est ponctionné. Le pus gris et bien lié est recueilli pour les inoculations et les cultures de M. Nocard.

Le 15, l'abcès s'était déjà complètement cicatrisé; celui de l'avant-bras gauche augmentait lentement et devenait superficiel, sans aucun phénomène inflammatoire apparent.

Au niveau du coude droit, douleurs vives et œdème phlegmoneux, qui font craindre la suppuration de l'articulation; mais au bout de quelques jours les douleurs disparaissaient, l'œdème avait diminué, les mouvements de l'articulation reprenaient leur liberté et il ne restait qu'une fluctuation limitée autour de l'extrémité supérieure du radius. Cependant le malade se déprimait, l'appétit tendait encore à diminuer; sécrétion urinaire rare, non albumineuse; et du 20 au 24 octobre, plusieurs selles diarrhéiques et fétides dans les vingt-quatre heures.

Le 24, on note un peu d'écoulement nasal, le malade dit qu'il est enrhumé du cerveau; il crache toujours assez souvent et le lendemain les crachats deviennent visqueux et légèrement rouillés.

L'examen des viscères donne toujours des résultats négatifs.

Le 26, le coryza a disparu; l'état général devient de plus en plus mauvais. Peau brûlante, sans transpiration, pouls fréquent. Température rectale, matin, 37°,8; soir, 38°,9.

Le 27, affaiblissement rapide, voix éteinte, dyspnée.

Le 28, la température monte à 40 degrés, et le 29, le malade succombe dans la soirée, après avoir rendu dans la journée quelques crachats visqueux et noirâtres.

Le tracé, pendant la durée de la maladie, n'a présenté de remarquable que l'étendue des oscillations journalières, la température du soir étant souvent, surtout dans les derniers temps de la vie, entre 39 et 40 degrés et descendant le matin à 37 degrés et quelquefois au-dessous.

Le traitement a consisté dans l'usage des toniques, quinquina et alcooliques. Le sulfate de quinine et les injections sous-cutanées de créosote en solution dans l'huile de vaseline ont été employés dans le cours de la maladie. Pansement antiseptique sur l'abcès ouvert à la jambe.

AUTOPSIE. — La face ne présente aucune trace de congestion asphyxique. On remarque sur la paume des mains, à la face interne des cuisses et un peu sur les fesses, une coloration d'un rose clair différente des sugillations vulgaires des cadavres.

Abcès périphériques. — Des incisions multiples permettent de reconnaître d'autres abcès que ceux qui ont été reconnus pendant la vie. Voici leur énumération avec leurs caractères :

L'abcès du cuir chevelu, qui a été évacué quinze jours avant la mort, ne s'est pas reproduit et les téguments sont recollés au crâne; il ne reste qu'une légère teinte grisâtre de l'épicrâne. Abcès dans l'épaisseur du grand pectoral gauche à son insertion à la clavicule. Un autre dans le tissu cellulaire en avant de la neuvième côte droite atteignant le périoste.

Abcès de l'avant-bras gauche reconnu pendant la vie et évacué; les parois sont restées accolées.

Au coude droit, où les phénomènes inflammatoires ont été pendant cinq jours si violents et si douloureux, nous trouvons un abcès très volumineux contenant plusieurs cuillerées de pus, dans l'épaisseur de la masse musculaire antéro-externe de l'avant-bras. L'articulation est saine.

A la cuisse droite, abcès dans l'épaisseur du droit antérieur; pendant la vie il avait semblé diminuer; en fait, la saillie seule avait diminué, mais la collection s'était étendue dans l'épaisseur du muscle.

Dans ces abcès, sauf dans les deux premiers où le pus n'était pas franchement collecté et donnait au muscle une teinte grise diffuse et ponctuée, le contenu était gris clair, fluide homogène, sans aucune goutte de sang; à leur pourtour, aucun signe d'inflammation, les tissus ne sont ni injectés, ni épaissis, ni lardacés; la lésion est limitée à la collection purulente.

Appareil respiratoire. — Fosses nasales saines; à la partie la plus reculée des cornets on voit quelques croûtes peu étendues; la cloison est blanche sans ulcération ni érosion; on remarque cependant une certaine irrégularité de la muqueuse due à un semis de petites saillies plus petites qu'une tête d'épingle, de même couleur que le reste de la muqueuse.

Larynx. — Ne présente de lésions que dans les points qui avoisinent le pharynx, et celles-ci ne sont que l'extension des lésions beaucoup plus considérables de la langue. L'épiglotte est épaissie et ulcérée à son bord libre et offre sur sa face laryngée quelques tubercules blanchâtres.

Les cordes vocales sont rouges et gonflées, fait en rapport avec l'affaiblissement de la sonorité vocale notée pendant la vie.

Trachée et bronches. — Sans ulcérations, les ramifications contiennent du liquide.

Poumons et plèvres. — Pas d'épanchement dans les plèvres; à peine quelques adhérences sans consistance à la partie antérieure. Le doigt promené sur la surface pulmonaire perçoit en quelques rares points une résistance qui donne l'impression de granulations dures contenues dans la plèvre; sensation identique, paraît-il, à celle que donne le palper d'un poumon de cheval morveux. A la coupe, on est étonné du peu de lésions qu'ils renferment; congestion légère, surtout aux bases; le tissu crépite partout et laisse écouler un liquide peu coloré. En quelques points, à la surface, sont de petites zones, larges au plus comme une lentille, où le tissu est plus dense, plus rouge aussi, avec un piqueté blanchâtre et contenant chacune un ou deux tubercules gros comme deux têtes d'épingle.

Appareil digestif. Langue et pharynx. — La langue est creusée dans tout son tiers postérieur d'une ulcération qui recouvre les replis glosso-épiglottiques, le bord libre de l'épiglotte, et envahit même la partie supérieure des gouttières laryngo-pharyngées; elle a détruit toute la muqueuse jusqu'au muscle; le fond est irrégulier, gris et noir, laissant flotter dans l'eau des débris de tissu cellulaire sphacélé. Les modifications apportées à son aspect par les boissons ne permettent pas d'en donner une plus longue description.

Œsophage, estomac, intestins. — Sains dans toute leur largeur; notons, la congestion du dernier tiers de l'intestin grêle.

Foie. — 1550 grammes. Tissu dense, très pâle, prenant en quelques points l'aspect homogène du foie amyloïde, mais beaucoup plus jaune. Dans le lobe droit existe une zone de congestion bien limitée, ayant l'aspect d'un infarctus récent. Pas d'abcès.

Rate. — 180 grammes. Nullement déformée; son tissu est mou, mais non diffluent. Cinq abcès dont un gros comme une amande; contrairement à tous les autres, le tissu de ces infarctus est dense et conserve sa forme à la coupe; comme partout ailleurs aucune inflammation périphérique.

Pancréas. — Sain.

Appareil génito-urinaire. — *Reins.* P = { D = 200 grammes. G = 160 — }

Léger degré de néphrite interstitielle.

Uretères, vessie, prostate, urethre. — Sains

Testicules.—Dans l'épididyme droit, petite collection de liquide blanc comme du lait; examiné au microscope, il paraît formé de granulations réfringentes extrêmement fines et de dimensions variables, non colorables par les couleurs d'aniline.

Centres nerveux. — Abcès entre la dure-mère et le pariétal gauche; pus jaune contenant beaucoup de graisse; à son niveau, l'os présente deux plaques jaunes comme dans la carie; à part ce point, les méninges sont saines dans toute leur étendue.

Encéphale. — Abcès dans l'épaisseur du lobe frontal droit, n'atteignant que les faisceaux frontaux, éloigné de toutes les circonvolutions; sa longueur verticale est de 2 centimètres; sa largeur maxima de 10 millimètres. Son contenu est très analogue à celui des autres abcès. La paroi est marquée par une induration, de coloration grise, épaisse de 2 millimètres, tranchant sur le reste du tissu cérébral. On n'avait noté pendant la vie aucun trouble sous sa dépendance.

Moelle. — Aucune lésion microscopique.

Appareil circulatoire. Cœur. — Tissu mou, pâle, grisâtre, quelques foyers de sclérose dans l'épaisseur du ventricule droit; pas d'hypertrophie. Orifices sains.

Aorte. — Cinq ou six plaques d'aortite chronique à l'origine, dont une transparente, paraît plus récente. Le reste de l'aorte est sain.

Voici maintenant la note qui m'a été remise par M. Nocard.

Expériences faites avec le pus d'un homme suspect de farcin.

PREMIÈRE SÉRIE.

13 octobre. — On recueille, purement, dans des tubes stérilisés, plusieurs centimètres cubes de pus.

Le 15. — Ce pus sert à inoculer : 1° deux chiens par scarification sur le front; 2° un cobaye et un lapin par injection hypodermique; 3° un cobaye par injection intrapéritonéale.

Le 18. — Le même pus est dilué et ensemencé, avec les précautions d'usage, à la surface de trois pommes de terre préparées *secundum artem.*

Résultats. — 1° *Chiens.* — A aucun moment la surface inoculée n'a présenté trace d'ulcérations. Les scarifications se sont rapidement cicatrisées; la peau est restée souple et indolore. — Résultat négatif.

2° *Cobayes et lapin.* — Jusqu'au 23 octobre, ils n'ont rien présenté d'anormal; à cette date le cobaye inoculé sous la peau de la cuisse avait les ganglions cruraux tuméfiés, indurés, sensibles. En somme, rien de caractéristique.

Le 5 novembre. — Le cobaye inoculé dans le péritoine est trouvé mort; il est très maigre; des abcès volumineux se sont développés dans les ganglions sous-lombaires; rate décuplée de volume, farcie de tubercules miliaires; les lobes pulmonaires présentent un petit nombre de tubercules caséeux.

Le 9. — Le cobaye inoculé sous la peau meurt avec des lésions identiques.

A cette date, le lapin n'a encore que de l'induration, avec suppuration centrale des ganglions cruraux.

3° *Pommes de terre.* — Dès le 21 octobre, l'une des pommes de terre ensemencée présente quatre colonies arrondies, saillantes, d'une teinte peu accentuée, qui brunit peu à peu les jours suivants et prend, dès le 23, l'aspect caractéristique des colonies du bacille morveux. L'examen microscopique et l'ensemencement sur les autres milieux usités (gélatine et gélose) ne laissent aucun doute à cet égard.

En somme, dans cette première série, c'est la culture sur pomme de terre qui a permis le plus rapidement (en cinq jours) d'affirmer le diagnostic : *Morve.*

DEUXIÈME SÉRIE.

Le 27 octobre. — On recueille de nouveau pus sur le même malade.

Le 29. — Ce pus sert à inoculer: 1° une ânesse et un chien vigoureux par quelques scarifications sur le front; 2° deux cobayes adultes par scarifications sur la croupe; 3° deux pommes de terre.

Résultats. — 1° *Anesse.* — Jusqu'au 1er novembre, elle reste gaie, mange avec appétit; température normale (37°,9).

Le 2 novembre. — Température, 40°,2; appétit diminué.

Le 3. — Même état.

Jusqu'ici les scarifications semblent n'être le siège d'aucun travail pathologique; on note seulement un peu de sensibilité à la pression.

Le 4. — Un peu de sérosité roussâtre sourd des scarifications à la pression; appétit supprimé; faiblesse extrême.

Mort pendant la nuit du 5 au 6 novembre.

Autopsie le 6 à une heure.

Lésions formidables de morve aiguë dans les deux lobes pulmonaires, la rate et les ganglions bronchiques; on y trouve des bacilles de morve en quantité considérable; on en observe également partout dans la moelle des os.

2° *Chien.* — Le 3 novembre, on note un peu de suintement en deux points de la surface scarifiée.

Le 4. — Petites plaies d'apparence ulcéreuse.

Le 5. — État stationnaire.

Le 7. — Elles ont complètement disparu.

En somme rien de démonstratif.

3° *Cobayes.* — Jusqu'ici rien à noter, sinon un peu d'épaississement et de sensibilité aux points d'inoculation, et un peu d'engorgement des ganglions cruraux.

4° *Pommes de terre.* — Dès le 1er novembre, elles présentaient de nombreuses colonies caractéristiques de bacilles morveux.

Ces expériences mettent en évidence :

1° La grande supériorité de l'âne comme réactif de la virulence morveuse;

2° Les grands services que peut rendre la culture sur pomme de terre pour assurer le diagnostic dans les cas douteux de morve.

Elles semblent aussi établir que par son passage dans l'organisme de l'homme (ou tout au moins de cet homme), le virus morveux a éprouvé une certaine atténuation, puisque à trois reprises le chien, ce précieux réactif de la morve équine, s'est montré à peu près complètement réfractaire à son inoculation.

Je n'ajouterai que quelques courtes réflexions à cette observation.

On a pu remarquer combien les symptômes de la maladie ressemblaient à ceux de l'infection purulente, et si je n'avais pas été frappé de quelques anomalies dans sa marche et dans ses caractères, je pouvais fort bien ne pas procéder à l'expertise et aux recherches expérimentales dont les résultats ne m'ont laissé aucun doute sur la nature exacte de la maladie.

L'autopsie ne vint que plus tard donner la confirmation anatomique. Elle fut pratiquée en présence de MM. Leblanc et Laquerrière, qui reconnurent chez le sujet les lésions caractéristiques de la morve. Outre les abcès farcineux disséminés dans diverses parties du tissu cellulaire, sous-cutané et musculaire, nous en découvrions deux dans la cavité crânienne, l'un dans les méninges, l'autre dans la substance même de l'encéphale. De plus, la muqueuse des voies respiratoires présentait une vaste ulcération semblable à celles qu'on rencontre chez le cheval morveux. Elle n'occupait pas la muqueuse des fosses nasales, il est vrai, mais la base de la langue et toute l'étendue des gouttières laryngo-pharyngées et les replis glosso-épiglottiques. Pour les vétérinaires, cette lésion était absolument caractéristique de la morve. Il en était de même des tubercules pulmonaires qui n'avaient qu'une ressemblance éloignée avec ceux que nous désignons sous ce nom en médecine, et avaient l'aspect des petits foyers tubéreux désignés par les vétérinaires sous le nom de tubercules de la morve.

Ainsi, on voit qu'en intitulant cette observation : *Farcin chronique*, je n'ai fait que me conformer à l'usage et adopter la terminologie consacrée. En fait, c'est une observation de transmission de morve du cheval à l'homme, morve et farcin n'étant que des dénominations applicables à des formes variées de la même maladie. Cette maladie est la morve, affection virulente dont le bacille, dans le cas actuel, a été reproduit avec facilité par la culture sur la pomme de terre, et qui s'est manifestée dans sa forme classique la plus aiguë chez l'âne, le solipède le plus sensible à l'inoculation du virus morveux.

Quant aux manifestations variées de l'affection morvo-farcineuse et à sa marche lente ou rapide, il est vraisemblable qu'elles résultent de la qualité du virus, du mode

de transmission et du terrain qui lui sert de milieu de culture. C'est pour cette raison très certainement que la morve proprement dite est si rare chez l'homme, et que la maladie prend souvent le caractère farcineux. De là aussi son apparence larvée qui permet de la confondre avec une septicémie vulgaire ou l'infection purulente avec laquelle elle a tant de points de ressemblance et la nécessité d'appeler l'attention des médecins sur la possibilité d'une pareille confusion. C'était là le but principal de cette communication.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 JANVIER 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

DES VARIATIONS DE L'ACTIVITÉ DE RÉDUCTION DE L'OXYHÉMOGLOBINE CHEZ L'HOMME SAIN ET CHEZ L'HOMME MALADE. Note de M. *A. Hénocque*. — Dans une communication précédente, notre collaborateur M. Hénocque a décrit la méthode d'hématoscopie qui permet de mesurer l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine dans le pouce, c'est-à-dire l'énergie des échanges de l'oxygène entre le sang et les tissus. Cette notion nouvelle est très importante pour l'étude des phénomènes de la nutrition à l'état physiologique et plus encore à l'état pathologique, ainsi que le démontre le résumé succinct des observations qu'il a faites sur 370 individus et qu'il présente aujourd'hui.

1° Les agents physiques modifient l'activité de réduction par action locale ou par action générale. L'application de la glace sur le pouce abaisse l'activité des deux tiers, mais celle-ci est triplée dans la réaction consécutive dans le pouce refroidi et augmentée aussi dans l'autre pouce. La chaleur élève l'activité soit par action locale sur le pouce, soit par action générale sous forme de bains chauds. Les douches froides ou chaudes produisent l'augmentation de l'activité. A l'état physiologique l'activité est plus faible le matin, elle atteint son maximum au moment des repas et dans les deux heures suivantes, elle diminue vers six heures et en général à l'état de jeûne, à la suite de veilles, de fatigues corporelles ou intellectuelles; elle est augmentée par les efforts musculaires, les exercices tels que la marche, la course, le saut, l'ascension, le massage.

2° La diminution de l'activité de réduction dans les divers états de maladie peut varier entre 0,75 et 0,19; elle accompagne habituellement l'abaissement de la quantité d'oxyhémoglobine, comme chez les cachectiques, cancéreux, phthisiques, chez les dysentériques et en général dans les maladies où le ralentissement de la nutrition est prononcé. Mais dans certains cas d'obésité, d'embarras gastrique, d'ictère, de cirrhose, de goutte, cette diminution peut exister sans abaissement notable de la quantité d'oxyhémoglobine.

La diminution de l'activité constitue un caractère spécifique de certaines maladies; c'est ainsi que dans la chlorose, il y a, en même temps que l'anémie, un abaissement de l'activité qui peut descendre au minimum : 0,19. Dans tous les cas, chez les chlorotiques, l'activité de réduction est plus faible que chez les anémiques d'origine diverse, à proportion égale d'oxyhémoglobine, et même elle peut persister alors que l'anémie a disparu.

Dans l'épilepsie l'activité est abaissée, quelle que soit la quantité d'oxyhémoglobine. Les diabétiques présentent habituellement une diminution notable de l'activité. Dans la fièvre typhoïde, il y a, dès le début, abaissement de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de réduction; cet état s'accentue, puis disparaît peu à peu dans la convalescence.

3° L'augmentation de l'activité de réduction varie de 1,22 à 1,50 et 2. Elle a été observée à l'état de santé passagèrement, ou chez des hommes sanguins, dans les manifestations congestives de l'arthritisme, telles que congestions pulmonaires, angine et fièvre herpétique, dans le purpura rhumatismal et certains cas de glycosurie. Elle peut se présenter avec des quantités faibles d'oxyhémoglobine de 8 à 9 pour 100 dans l'irritation spinale, l'alcoolisme et chez des individus sanguins à la suite d'hémorrhagie.

4° L'activité moyenne variant de 0,80 à 1,20 a été rencontrée dans les conditions les plus diverses. Elle peut atteindre la normale alors même qu'il y a une quantité faible d'oxyhémoglobine, par exemple dans la goutte, l'alcoolisme chronique, l'anémie, la tuberculose, les affections cardiaques; dans ces cas elle est passagère ou provisoire.

5° Les agents thérapeutiques modifient l'activité de réduction, soit en l'augmentant comme les préparations martiales, les toniques, les amers, la noix vomique, soit en la régularisant comme les iodures ou en la diminuant comme l'acétanylide. Les médications thermo-minérales agissent en sens divers suivant les moyens employés et la composition des eaux; dans tous les cas, la constatation des modifications de l'activité de réduction fait apprécier avec certitude l'action des médications.

DES ABCÈS PROFONDS ET LOINTAINS CONSÉCUTIFS A L'ANTHRAX. Note de M. *Verneuil*. — On savait depuis longtemps que le furoncle et l'anthrax, affections cutanées et primitivement locales peuvent plus tard, à la manière des maladies générales, provoquer des accidents graves, allant jusqu'à la mort inclusivement et démontrant jusqu'à l'évidence l'envahissement de l'organisme tout entier.

On rapportait ces accidents, il y a quelques années encore, soit à la violence de l'inflammation locale, soit à la pyohémie partie de la tumeur de la peau comme d'une plaie.

En 1881, M. Pasteur a découvert la nature microbienne des affections qui nous occupent et démontré qu'elles étaient caractérisées par la présence du *Staphylococcus aureus* auquel était dû, d'autre part, le développement de l'ostéomyélite infectieuse. Cette constatation aurait pu faire comprendre comment l'affection locale devenait maladie générale ; il eût suffi de démontrer la pénétration du microbe en question dans le torrent circulatoire et son arrivée dans les différents points de l'organisme, mais par malheur cette démonstration ne fut pas faite, car on ne put jamais trouver dans le sang de la circulation générale le *Staphylococcus aureus*.

M. Verneuil déclare qu'il n'a pas été plus heureux que les autres, cependant il peut prouver aujourd'hui, à l'aide d'un procédé différent, que le microbe de l'anthrax est capable d'être transporté à distance et de coloniser loin de son foyer initial, ce qui ne peut se faire que par l'intermédiaire du torrent circulatoire. Il est arrivé à cette démonstration moitié par l'observation clinique et moitié par les procédés de laboratoire.

Léontine C..., quarante-deux ans, femme de ménage, entre le 9 novembre 1887 dans son service pour un abcès de la partie supérieure de la cuisse. Cette femme, d'apparence chétive, jouissait cependant d'une assez bonne santé, lorsqu'elle fut atteinte dans les derniers jours d'octobre d'un anthrax de la nuque du volume d'un œuf de poule, extrêmement douloureux et accompagné de fièvre et de symptômes généraux.

Le cinquième jour, elle s'était rendue à pied à la consultation d'un médecin qui avait d'abord incisé la tumeur au bistouri puis exercé sur elle des pressions fortes et réitérées pour en faire sortir les bourbillons. Ces manœuvres furent très pénibles et, tout en amenant un soulagement local, accrurent le malaise général.

Le lendemain la malade se plaignait d'une douleur très

vive dans le pli de l'aine gauche qui rendait la marche impossible. Après être restée quelques jours chez elle, sans soins suffisants, elle se fit transporter à l'hôpital et entra dans le service de M. Verneuil. C'était le 9 novembre.

Le 10, au matin, il reconnut à l'angle externe du triangle de Scarpa, un empâtement profond, mal limité, mais encore peu saillant, avec une fluctuation encore obscure au centre. Le diagnostic fut: abcès en voie de formation, indépendant des gaines des vaisseaux et des ganglions inguinaux.

A ce moment la plaie du cou était complètement cicatrisée.

Le 14, quatre jours plus tard, M. Verneuil a ponctionné l'abcès et en a extrait environ soixante grammes de pus, après quoi il a poussé dans la cavité purulente 20 grammes d'éther iodoformé pour stériliser la paroi. La fièvre et les malaises généraux persistèrent et le pus se reproduisit rapidement.

Le 18, il fit l'incision de l'abcès avec le bistouri, plaça un drain dans le foyer et lava soigneusement la cavité purulente avec un liquide antiseptique. La guérison, assez lente à se produire, ne fut complète qu'au commencement du mois de janvier.

Voici maintenant le complément fourni par les recherches microbiennes. Lorsqu'il ouvrit l'abcès, M. Verneuil pria un de ses internes les plus distingués, M. Gerlier, de recueillir du pus pour l'examiner d'abord et soumettre ensuite à des épreuves de cultures les micro-organismes qu'il rencontrerait. Quelque temps après, M. Gerbier montrait que le pus de l'abcès contenait un grand nombre de micro-organismes appartenant exclusivement au genre *Staphylococcus pyogenes aureus*, caractéristique de l'anthrax.

Nul doute donc que ce microbe n'ait été transporté de la nuque au triangle de Scarpa et après que l'anthrax du cou n'ait fait naître l'anthrax du tissu conjonctif de la cuisse.

M. Verneuil cite une autre observation d'abcès éloigné et profond se produisant à la suite d'un anthrax, non pas soudainement et par le mécanisme de l'auto-inoculation traumatique, mais sous l'influence de causes générales, telles que le froid et la fatigue, très capables, comme on le sait, de faire naître, renaître et multiplier les manifestations des maladies infectieuses.

Voici le fait :

M. P..., docteur en médecine, âgé de trente-deux ans, de bonne constitution, est atteint du 15 au 31 août 1871, de trois orgeolets des paupières : les deux premiers à gauche, le troisième à la paupière inférieure droite. Le 1er septembre suivant on constate l'apparition d'un furoncle sur la lèvre supérieure du même côté, puis enfin on voit se développer, encore à droite, sur la joue un anthrax qui, après avoir été incisé, guérit complètement le 16 septembre.

Pour arrêter cette furonculose, M. P... part le 18 septembre pour Chatel-Guyon où il commence une cure purgative en ingérant quatre à cinq verres d'eau tous les matins et en prenant un bain de piscine. Le résultat est nul; l'appétit ne revient pas. De plus, M. P... commet de nombreuses imprudences; il fait des courses prolongées, se fatigue, se surmène. Certain jour, le 27 septembre, surpris par un violent orage et fortement mouillé, il se réfugie dans une grotte froide et humide où l'eau suinte de toutes parts.

Bref, trente heures plus tard, il est pris d'un violent frisson, d'une fièvre intense, avec douleur extrêmement vive dans la région lombaire du côté gauche. Le lendemain les mêmes symptômes persistent. Ce que voyant, le 30 septembre, il s'empresse de quitter Châtel-Guyon, revient chez lui et s'y alite pour plusieurs mois.

Les accidents avaient pour cause un volumineux abcès occupant le flanc gauche depuis l'hypochondre de ce côté jusqu'à la fosse iliaque. Cet abcès ne guérit que dans le courant du mois d'avril de l'année suivante, grâce aux soins les plus attentifs et les plus assidus.

Voilà donc un sujet robuste qui, atteint de furonculose à divers degrés (orgeolets, furoncle, anthrax), dont il guérit facilement d'ailleurs, tente. pour y couper court, une saison thermale. Voulant remédier sans doute aux troubles qu'avait laissés après elle l'infection anthracique, il choisit malencontreusement une station d'eau purgative. Non moins imprudemment, il se surmène par des marches excessives et s'expose itérativement au froid, sans soupçonner qu'il porte encore en lui et dans son torrent circulatoire même, les germes latents de l'anthrax à peine épuisés. Ces germes retrouvent dans l'organisme fatigué un milieu propice et, aidés d'ailleurs par l'action du froid si favorable à l'introduction, la diffusion et la prolifération de la plupart des microbes, s'arrêtent, s'inoculent, se multiplient dans un espace conjonctif très distant du mal initial et y font naître une collection purulente avec tout le cortège symptomatique des phlegmons les plus violents.

Il est difficile, ajoute M. Verneuil en terminant, de trouver une observation clinique plus précise et se rapprochant davantage d'une expérience de laboratoire.

DES PRINCIPES TOXIQUES CONTENUS DANS L'AIR EXPIRÉ PAR L'HOMME ET LES ANIMAUX. Note de MM. *Brown-Séquard* et *d'Arsonval*. (Voy. Société de biologie.)

E. RIVIÈRE.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *d'Arsonval* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de physique et chimie medicales.

M. le docteur *Rougon* envoie une note sur *les signes de la mort*.

MM. *Villain* et *Bascou* envoient un ouvrage intitulé : *Manuel de l'inspecteur des viandes*, pour le concours du Prix Vernois en 1888.

M. le docteur *Rivalz* (de Marseille) adresse une brochure ayant pour titre : *Études artistiques, archéologiques et médicales sur Pompéi*.

M. *Larrey* fait don de plusieurs collections de recueils scientifiques et médicaux.

M. *Proust* présente un ouvrage de M. le docteur *Hauser* (de Madrid) sur *le choléra en Espagne en* 1884-1885.

M. *Hervieux* dépose une note de M. le docteur *Prengrueber*, médecin de colonisation à Palestro, sur *la variolisation chez les indigènes de l'Algérie*.

M. *Maurice Perrin* présente un mémoire de M. le docteur *Chauvel* sur l'*opération de Wladimiroff-Mikulicz* (amputation ostéo-plastique du pied).

COMMISSION. — M. *Dujardin-Beaumetz* est désigné pour remplacer M. *Larrey*, absent, comme membre de la Commission dite de l'hypnotisme.

ÉLECTIONS. — M. *Magnus Huss* (de Stockholm), par 50 voix sur 55 votants, et M. *Botkine* (de Saint-Pétersbourg), par 53 voix sur 54 votants, sont élus correspondants étrangers dans la division de médecine.

GALVANOCAUSTIQUE. — M. le docteur *Danion* lit un mémoire sur le danger et l'inutilité des grandes intensités galvanocaustiques chimiques, notamment dans leurs applications aux affections utérines.

LÉSIONS OCULAIRES DE LA LÈPRE TUBERCULEUSE. — M. le docteur *Poncet* (de Cluny) place sous les yeux de l'Académie de magnifiques planches représentant l'aspect des lésions externes et les lésions histologiques et microbiennes qu'il a observées sur des yeux de lépreux que lui a envoyés M. le docteur Zambaco (de Constantinople).

Il énumère tout d'abord les trois variétés de cette maladie qu'il a étudiée à Mexico : 1° la forme léonine ou tuberculeuse ; 2° la forme antonine ou nerveuse ou mutilante; 3° la forme lazarine ou tachetée ou ulcéreuse. Contrairement à M. Leloir, il ne peut considérer cette dernière forme comme une phase d'évolution de la variété nerveuse; des études ultérieures détermineront à coup sûr la systématisation, peut-être dans les capillaires, de la forme lazarine, ulcéreuse, gangreneuse. Quant au siège du microbe dans

les tissus, il pense qu'il faut admettre la présence des parasites hors des cellules et dans les cellules.

Parmi les lésions externes qu'on remarque sur les aquarelles de M. Zambaco, il convient de signaler les tubercules palpébraux et conjonctivaux, la vascularisation, la transformation fibreuse et l'épaississement de la conjonctive, de la cornée, les ulcérations et le retour à l'état opaque de la membrane transparente déformée, ratatinée.

Les lésions profondes, c'est-à-dire histologiques, offrent un grand intérêt; sur ces deux globes oculaires qui n'étaient pas encore complètement envahis par le bacille lépreux, l'examen du processus d'invasion démontre que les lésions marchent de l'extérieur à la profondeur, de la cornée à l'iris, de l'iris aux procès, de ceux-ci à la choroïde, le fond du globe restant sain lorsque les parties extérieures sont déjà rongées par le bacille. Il semblerait donc que le parasite de la lèpre, dans la forme tuberculeuse. se cantonne dans le tissu conjonctif, cellules et lacunes, après avoir traversé l'épithélioma cutané; qu'il ne pénètre que lentement dans les tissus spéciaux en respectant les éléments épithéliaux, glandulaires, sans prendre la voie vasculaire ni nerveuse. Il forme au début une lésion limitée superficielle, et le tubercule, qui est l'expression immédiate du mal, pourrait paraître le signe d'une affection déjà généralisée, *totius substantiæ corporis*. Cette vue serait d'une importance capitale pour la thérapeutique. — (Le mémoire de M. Poncet est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Besnier*, *Cornil* et *Panas*.)

RESPIRATION. — A l'aide d'appareils permettant de déterminer la courbe continue de l'absorption de l'oxygène et de l'élimination de l'acide carbonique pendant des expériences de longues durée, MM. les docteurs *Hanriot* et *Ch. Richet* ont étudié les variations que subissent les échanges respiratoires avec la ventilation pulmonaire et sous l'influence du sommeil. Ils ont reconnu que la production d'acide carbonique est indépendante de la fréquence des mouvements respiratoires et que l'excrétion de ce gaz, qui est forcée de suivre la production, n'est influencée qu'au début. D'autre part, l'influence du travail musculaire est si considérable sur la production de l'acide carbonique que la contraction statique des muscles, sans travail extérieur effectué, suffit déjà pour l'augmenter notablement; aussi est-il indispensable, dans toutes les expériences relatives aux échanges respiratoires, de maintenir le sujet dans des conditions de contraction musculaire comparables entre elles et la seule attitude qui convienne est celle du décubitus. En opérant avec ces précautions, on constate que l'état de veille ou de sommeil n'a qu'une influence minime sur la quantité d'acide carbonique exhalé. — (Ce travail est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Mathias-Duval*, *Trasbot* et *François-Franck*.)

MAL DE MER. — D'après M. le docteur *Ossian-Bonnet*, correspondant national de l'Académie, le mal de mer est produit par des causes diverses d'ordre sensoriel, telles que la vue, l'odeur, l'impression du froid, etc., et des causes psychiques, telle que le sentiment du vide, qui existe surtout dans le tangage, et la crainte même d'être en proie au mal. Les théories émises jusqu'à ce jour pour expliquer cette maladie par une cause mécanique seule, le mouvement du navire produisant une action de même ordre (mouvement du liquide céphalo-rachidien ou mouvement des viscères abdominaux, contractions musculaires, etc.) sont inacceptables dans bien des cas. Car cette cause ne saurait à elle seule expliquer les influences sensorielles et psychiques qui agissent si puissamment en pareil cas, non plus que ce fait que dans un grand nombre de cas, sous l'influence de mouvements précipités et violents, comme dans le roulis, ou dans une petite embarcation, par exemple, les accidents sont moindres et manquent quelquefois complètement; tandis que, sous l'influence de mouvements lents, relativement doux, mais ayant une grande amplitude, comme dans le tangage, la maladie se fait sentir au maximum.

Considérant l'embarras gastrique comme l'une des complications les plus fréquentes du mal de mer et même l'une des causes qui viennent le plus souvent au départ en favoriser le développement ou tout au moins en exagérer certains symptômes pénibles, tels que le vomissement M. Ossian-Bonnet recommande de prendre des précautions pour éviter toute cause d'embarras gastrique. Mais il estime que l'antipyrine seule peut arrêter le mal de mer, débarrassé de toute complication; il a employé ce médicament 57 fois au cours de deux traversées récentes et il lui a constamment dû due succès, quels que soient l'âge, le sexe et les conditions différentes des personnes atteintes du mal de mer. De ses observations il conclut que la dose de 1gr,50 d'antipyrine est suffisante chez les sujets impressionnables qui, par un temps relativement calme, sont simplement en butte aux vertiges. Il faut aller jusqu'à 2 grammes dès le début chez les personnes robustes, atteintes de vomissements violents, résultant seulement du mauvais état de la mer. Si les accicents ne disparaissent pas au bout d'une demi-heure, de nouvelles doses pourront être successivement données jusqu'à 6 grammes par jour. Enfin chez les malades qui ne peuvent conserver le médicament pris par la voie stomacale, on doit faire immédiatement et successivement des injections sous-cutanées de 0gr,50 d'antipyrine chacun, sans compter l'ingestion stomacale ultérieure qui peut devenir nécessaire.

M. *Le Roy de Méricourt* fait observer que le mal de mer est surtout dû à la prédisposition individuelle de celui qui en est atteint, sans qu'il y ait lieu de faire intervenir l'embarras gastrique comme cause déterminante. Au cours de huit années qu'il a passées sur mer, il a éprouvé cette maladie chaque fois qu'il changeait de navire ou que les conditions de stabilité de celui sur lequel il naviguait venaient à se modifier. Il n'a encore aucune expérience à l'égard du traitement du mal de mer par l'antipyrine, mais il croit devoir faire remarquer que ce médicament ne peut être supporté par tout le monde; c'est ainsi qu'il y a quelques jours, à la suite de la communication de M. Legroux sur la guérison de la chorée par l'antipyrine, il en a aussitôt administré à un petit enfant chez lequel tous les médicaments échouaient depuis longtemps; il a obtenu un insuccès complet.

L'opinion de M. Le Roy de Méricourt relativement au rôle que joue l'aptitude individuelle dans le mal de mer est partagée par M. *Rochard*, qui insiste sur l'influence qu'il exerce sur les centres nerveux et sur les avantages que procure l'emploi de l'alcool et des onctions de belladone sur l'abdomen, et par M. *Javal*, qui dit avoir éprouvé de bons résultats avec le chloral. D'après les observations personnelles de ce dernier, on éprouve une grande amélioration si l'on a soin de garder la notion de la verticale en examinant constamment l'horizon, et de régler son rythme respiratoire à l'unisson des mouvements du bateau, c'est-à-dire de faire une forte inspiration lorsqu'il descend et l'expiration pendant qu'il remonte sur la lame.

M. *Léon Le Fort* fait remarquer que le mal de mer cesse sous l'influence d'une peur violente ou en cas de grand danger; M. *Le Roy de Méricourt* déclare qu'il abolit bien plutôt alors les sentiments les plus conservateurs, même ceux de la pudeur et de la maternité, mais sans cesser pour cela.

Société de biologie.

SÉANCE DU 7 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Toxicité de l'eau exhalée par les poumons : MM. d'Arsonval et Brown-Séquard. — La spermatogenèse chez les reptiles : M. Prenant. — Sur la formation des tubes de Pflüger dans l'ovaire : M. Laulanié. — Sur les tatouages : MM. Morau et Variot. — Des propriétés hémostatiques de l'antipyrine : M. Hénocque. — De la digestion stomacale chez les crustacés : M. Stammati. — Gargouillement intestinal rythmique : M. Dastre. — Élection.

M. *Brown-Séquard* a continué d'étudier avec M. *d'Arsonval* la toxicité de l'eau exhalée par les poumons. Les accidents présentés par les animaux (lapins) auxquels on injecte quelques centimètres cubes de cette eau sont toujours les mêmes : dilatation pupillaire, diarrhée, gêne respiratoire, paralysie des muscles des côtes, emphysème et congestion pulmonaires. De plus, si l'on injecte une certaine quantité du sang d'un animal mourant avec ces accidents dans les veines d'un autre animal, ce dernier succombe à son tour en présentant des troubles analogues.

— M. *Mathias-Duval* présente une note de M. *Prenant* (de Nancy) sur la spermatogenèse chez les reptiles.

— M. *Mathias-Duval* présente une note de M. *Laulanié* sur la formation des cordons de Pflüger dans l'ovaire de la chatte.

— M. *Morau* a étudié avec M. *Variot* quelques tatouages européens bleus et rouges. Les coupes d'un tatouage ancien (tatouage bleu fait à l'encre de Chine) présentent des particules charbonneuses localisées dans les espaces interfasciculaires du derme, et surtout à la périphérie des vaisseaux sanguins. Les particules de vermillon, dans les tatouages rouges, sont disposées de la même manière. Dans des tatouages expérimentaux récents, pratiqués sur la peau du ventre de jeunes chiens, les particules noires ont été trouvées diffuses dans le derme.

— M. *A. Hénocque*. Au moment où l'on multiplie les observations cliniques sur l'action analgésique de l'antipyrine, il me semble opportun d'appeler de nouveau l'attention sur les propriétés hémostatiques de ce médicament. Je les ai, le premier, signalées dans une étude de l'antipyrine en 1884 (*Gaz. hebd.*, n° 50, 13 décembre, p. 820) et les expériences que j'ai faites avec la collaboration de MM. Arduin et Huchard m'ont paru démontrer l'action hémostatique de l'antipyrine; elles ont été publiées dans la thèse de M. Arduin (1885). J'ai depuis lors observé dans maintes circonstances les bons effets de l'application de l'antipyrine à l'hémostase et plusieurs médecins ont obtenu des résultats analogues, tels sont MM. Casati, en Italie; Gœtz, en Suisse; Cheron, Labadie-Lagrave, Baudoin, Caravias. Théoriquement, si l'on admet avec MM. Caravias et Gley que l'antipyrine agit sur les vaisseaux pour les dilater, il est difficile d'expliquer l'action hémostatique. Mes expériences tendent à démontrer que l'antipyrine à l'état pulvérulent ou à l'état de solution, agit en déterminant la constriction des vaisseaux et des tissus, en même temps qu'elle détermine une coagulation du sang qui présente des caractères très particuliers qui sont l'objet d'une étude spéciale.

Je crois utile d'indiquer dès maintenant les procédés les plus efficaces pour l'application de l'antipyrine à l'hémostase. On peut employer l'antipyrine à l'état de poudre, en solution ou bien incorporée à un tissu, enfin en pommade. A l'état pulvérulent on dépose ce médicament sur la plaie, et l'on recouvre d'ouate, de charpie ou d'un pansement quelconque; contre l'épistaxis on peut l'insuffler dans la narine; pour arrêter les métrorrhagies utérines; on appliquera sur le col, ou même dans la cavité du col, un tampon d'ouate renfermant une petite quantité d'antipyrine. L'état de solution convient pour les lotions dans le cours des opérations pour laver les surfaces cruentées; la solution à 1/20e est alors suffisante, mais s'il faut agir dans des trajets profonds, dans les fosses nasales, la solution au cinquième doit être employée. Dans la pratique on utilisera avec avantage les préparations suivantes dans lesquelles l'antipyrine est incorporée à la ouate, à l'amadou, ou à du papier à filtrer épais. Le mode de préparation consiste à imbiber ces tissus, préalablement stérilisés par la chaleur, d'une solution d'antipyrine concentrée; on fait sécher et pour employer l'ouate, l'amadou, le papier hémostatique on peut les appliquer directement sur les plaies, s'en servir comme moyen de tamponnement, soit à l'état sec ou après les avoir trempés dans l'eau bouillie.

Pour terminer, je crois utile d'indiquer le mode de pansement que j'emploie dans un cas d'ulcération cancéreuse du sein depuis plusieurs mois : je fais un mélange d'une partie d'antipyrine pour trois parties de vaseline avec de la ouate coupée en fins segments de quelques millimètres environ, de façon à représenter de la charpie râpée, le mélange est fait avec une spatule et forme une pâte qu'on étend sur les surfaces ulcérées; on applique ensuite de la ouate et un bandage contentif quelconque. Le pansement ainsi effectué est renouvelé deux fois par semaine, et si l'on a soin de faire des lotions avec une solution d'antipyrine au centième pour imbiber le pansement avant de l'enlever, on peut le pratiquer sans provoquer d'hémorrhagie. J'ajouterai même que la suppuration, l'odeur spécifique cancéreuse sont nulles dans l'observation à laquelle j'ai fait allusion. En résumé, à l'hémostase produite par l'antipyrine, s'ajoute l'action antiseptique et peut-être même une action favorable à la cicatrisation.

— M. *Dastre* présente un travail de M. *Stammati* sur la digestion stomacale chez les crustacés. Cette étude a été faite au moyen de fistules gastriques pratiquées sur des écrevisses. Le suc gastrique de l'écrevisse étant alcalin, la digestion des matières albuminoïdes se fait chez cet animal grâce à la trypsine. Ce suc agit aussi très rapidement sur l'amidon.

M. Dastre montre une écrevisse ainsi opérée d'une fistule gastrique depuis deux mois et qui se porte très bien.

— M. *Dastre* a observé plusieurs fois sur des chiens anesthésiés et curarisés un gargouillement intestinal qui se produisait rythmiquement. L'asphyxie faisait disparaître ce bruit, qui reparaissait avec son rythme, dès qu'on rétablissait la respiration sur les animaux observés.

— M. *Guignard* est élu membre titulaire de la Société.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1887. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Sur le strophantus : M. Catillon. — Elections. — Renouvellement du Bureau.

M. *Catillon* regrette que M. Bardet n'assiste pas à la séance, car il croit devoir réfuter plusieurs des assertions précédemment émises par M. Bardet. — Il rappelle tout d'abord que, contrairement à ce qu'a dit M. Bardet, il a affirmé que la strophantine est un glucoside, dès ses premières recherches (voy. le compte rendu du 23 novembre 1887). — Il avait, dans une précédente séance, émis des doutes au sujet de la composition azotée de la strophantine extraite du strophantus kombé; aujourd'hui il peut être absolument affirmatif. Il a réussi, en effet, à débarrasser les cristaux de strophantine de la petite quantité d'eau mère qu'ils retiennent avec la plus grande facilité, et dès lors il

s'est assuré que la strophantine ne renferme pas d'azote. Comment admettre dès lors le dédoublement de cette strophantine en glucose et en un alcaloïde annoncé par M. Bardet? Un corps dépourvu d'azote ne peut fournir un alcaloïde qui doit en renfermer. D'ailleurs, M. Catillon n'a retrouvé, dans les produits d'ébullition de la strophantine avec l'acide chlorhydrique dilué, aucune des réactions des alcaloïdes signalées par M. Bardet, qui serait, sans doute, arrivé aux mêmes résultats s'il avait opéré avec des corps purs au lieu de se servir de macérations renfermant des produits complexes. Si la macération de semences de strophantus dans l'eau froide, lorsqu'elle est fraîche et parfaitement limpide, ne précipite pas par les réactifs des alcaloïdes, il n'en est plus de même après fermentation. C'est qu'en effet, à côté de la strophantine, glucoside non azoté, il existe dans les semences de strophantus un second glucoside azoté, pouvant fournir un alcaloïde par dédoublement, et qui se montre en abondance dans les macérations avec fermentation; on l'obtient en quantité très notable dans les extraits aqueux préparés avec les semences de strophantus préalablement épuisées par l'éther et l'alcool. En effet, ce glucoside est insoluble dans l'alcool fort, et n'existe pas dans les teintures ou extraits préparés avec l'alcool à 90 degrés. Jusqu'ici M. Catillon n'a pu obtenir ce glucoside azoté que sous forme d'un produit viqueux incristallisable. Il est facile de constater l'existence de ce glucoside et son dédoublement en alcaloïde, en soumettant à l'ébullition dans l'eau acidulée les semences épuisées par l'alcool et l'éther: la solution ainsi obtenue donne très nettement les réactions caractéristiques des alcaloïdes. En résumé, les semences de strophantus renferment deux glucosides: le premier, la strophantine, est un corps cristallisable non azoté, soluble dans l'alcool; le second, paraissant jusqu'ici non cristallisable, est un corps azoté, pouvant fournir un alcaloïde par dédoublement, et insoluble dans l'alcool fort. L'alcaloïde qui provient de ce glucoside azoté paraît avoir les plus grandes analogies avec l'inéine extraite directement des aigrettes du strophantus par Hardy. Le pouvoir toxique de la strophantine en aiguilles tirée du kombé paraît être notablement plus élevé que celui de la strophantine en lamelles; un demi-milligramme de strophantine en aiguilles a fait périr un lapin en deux heures; la même dose de strophantine en lamelles n'a amené la mort d'un animal de même espèce qu'au bout de quarante-huit heures; mais les poids des animaux étaient sensiblement différents, et ces expériences sont à reprendre. Enfin, M. Catillon a analysé la teinture de strophantus de Fraser: elle est préparée avec le strophantus kombé, c'est-à-dire avec les mêmes semences que les produits expérimentés à Paris dans les hôpitaux. On ne peut donc attribuer les dissidences dans les résultats observés, à une composition chimique différente des préparations employées. C'est une teinture au vingtième, mais qui correspond plus exactement comme titre au vingt-cinquième, par suite de sa teneur en extrait relativement minime: elle renferme, en effet, seulement 40 centigrammes d'extrait pour 100 grammes de teinture.

M. *Blondel* présente deux spécimens de flèches empoisonnées au moyen du strophantus, qui sont employées par les peuplades africaines. Le fer de lance qui forme la pointe de la flèche n'est pas muni de poison; celui-ci est disposé, sous forme d'un enduit noirâtre composé de semences de strophantus écrasées, autour de la tige de la flèche à deux centimètres en arrière du fer de lance terminal. On comprend donc que les expérimentateurs qui se sont bornés à piquer des animaux avec la pointe seule de l'arme n'ont obtenu aucun effet toxique; il est nécessaire d'enfoncer la flèche de plusieurs centimètres. Au delà du point où se trouve la bouillie de strophantus, la flèche présente une encoche, ou un ajutage en virole, disposition qui a pour but de laisser dans la plaie la partie empoisonnée lorsque, par des efforts de traction pour arracher l'arme, elle se brise au niveau de l'encoche ou se sépare en deux tronçons au niveau de la virole.

— ÉLECTIONS: Sont élus *membres titulaires:* MM. Hénocque, Bilhaut et Guelpa; *membres correspondants:* MM. Bailly (de Chamblis) et Chapiroff (de Saint-Pétersbourg).

— RENOUVELLEMENT DU BUREAU. Sont nommés, pour 1888: *président,* M. Créquy; *vice-président,* M. Fernet; *secrétaire général,* M. C. Paul; *secrétaires des séances,* MM. E. Labbée, J. Michel, Grellety; *trésorier,* M. Dupont.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

ANDRÉ PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Des propriétés ocytociques de l'ustilago maïdis, par M. DORLAND. — Ce champignon a été préconisé depuis longtemps comme un succédané de l'ergot de seigle. L'auteur l'a mis à l'essai dans des cas où les douleurs de l'accouchement s'étaient arrêtées et où le col était dilaté. Il a constaté que vingt à trente minutes après son administration les douleurs augmentaient d'intensité, de durée et de fréquence. Le spasme utérin avait la forme clonique, bien différent par conséquent de la contraction tonique provoquée par le seigle ergoté.

M. Dorland estime que son emploi ne présente pas les inconvénients du seigle ergoté et qu'on peut le prescrire impunément pendant la première période du travail de l'accouchement. Il est indiqué quand les douleurs sont lentes, que la dilatation utérine est complète et l'inertie de l'organe manifeste.

Il aurait sur le seigle ergoté la supériorité d'une toxicité moindre et d'effets plus fidèles, réduisant ainsi au minimum les inconvénient des ocytociques. C'est sous la forme d'extrait liquide et à la dose de 2 à 4 grammes que M. Dorland l'a prescrit. Cette dose peut être répétée plusieurs fois, mais à des intervalles convenables. Enfin cet observateur estime qu'on pourrait par la voie sous-cutanée l'administrer à la dose de cinq à quinze gouttes. (*Medical News*, 5 novembre 1887.)

Du phosphore dans la fièvre typhoïde, par M. AYCART. — C'est au double titre de tonique et de stimulant que l'auteur recommande ce médicament. Il emploie une solution éthérée contenant 2 centigrammes de phosphore pour 4 grammes de véhicule et prescrit cette dose en deux prises quotidiennes dans une verrée de vin de Malaga.

Dans deux cas où il en a fait usage, il en a obtenu, écrit-il, des effets satisfaisants. Le premier était caratérisé par l'élévation et l'irrégularité thermiques, par le délire et le collapsus. A cette phase extrême, l'activité du phosphore produisit une amélioration durable dans l'espace de deux heures, à savoir : régularité du pouls, sommeil, retour de la connaissance et finalement, les jours suivants, marche normale de la maladie.

Le second cas est celui d'un malade dont la stupeur était extrême, la fièvre élevée et à marche irrégulière. Vers le quatorzième jour, on constate une chute subite de 3°,8 de la température et des menaces de collapsus mortel. C'est alors que M. Aycart prescrit le phosphore. Quelques heures après, ces phénomènes avaient disparu; le lendemain le malade entrait en amélioration durable, puis en convalescence. Il guérit. (*Revista de Sanitad militar.*, juillet 1887.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies des pays chauds, par M. le docteur A. Corre, avec figures dans le texte. — Paris, Octave Doin, 1887.

Ce livre, particulièrement riche en renseignements importants, n'est pas susceptible d'être résumé sous la forme d'une pensée générale. On n'y relèverait peut-être, à ce point de vue, que la réserve dans laquelle se place l'auteur vis-à-vis de la doctrine parasitaire, qu'il se refuse à admettre *quand même*, lorsque les faits ne l'imposent pas. On ne saurait mieux penser, à notre avis. C'est surtout une œuvre de haute valeur par les détails qu'y rassemble l'auteur, après les avoir recueillis, pour la plupart, *de visu*, et les avoir appréciés ultérieurement par une réflexion pénétrante et judicieuse. Nous sommes heureux, en prédisant à ce livre le succès qu'il mérite, de penser que nous avons été nous-même, en pathologie exotique, un ouvrier de la première heure et que nous avons pu contribuer, par l'exemple, à la publication d'œuvres médicales de la valeur de celle dont nous rendons compte aujourd'hui. — Le traité clinique du docteur Corre ne comprend pas moins de huit cents pages, bien qu'il ne s'agisse de la première à la dernière feuille que de maladies absolument spéciales aux pays chauds. l'auteur s'étant maintenu exclusivement sur le terrain des endémies tropicales et sub-tropicales.

Le chapitre premier traite de trois maladies climatiques, le coup de chaleur, les fièvres climatiques, l'anémie tropicale : les deux premières sont la conséquence d'une impression calorique excessive, intense et subite dans le coup de chaleur, moins soudaine, se traduisant par une pyrexie qui incline parfois vers le typhisme, dans les fièvres climatiques; la dernière, l'anémie tropicale, est une résultante d'influences complexes à laquelle l'action climatique vient donner son appui. L'auteur n'expose, d'ailleurs, que sous une forme succincte la question des fièvres climatiques des pays chauds, ce sujet ayant déjà été étudié à fond par lui dans un *Traité des fièvres bilieuses et typhiques*, publié en 1883. — Dans le chapitre II, on est en présence du choléra, de la fièvre jaune et de la dengue, réunis dans un même chapitre, en raison du caractère épidémique qu'elles revêtent toutes trois. On lira, avec le plus grand intérêt, les aperçus nouveaux relatifs au typhisme, qui est souvent la seconde période du choléra, « comme si l'infecteur cholérique lui-même, au contact des tissus et de leurs éléments dérivés, éprouvait une modification moléculaire qui le transforme en un autre principe de la série zymotique. Il n'est point rare que l'atteinte aboutisse à une fièvre typhoïde des plus franches, donne naissance à des éruptions varioliformes ou à la diphthérie, et ces faits, rapprochés des éclats infectieux de noms divers qui précèdent et semblent préparer souvent les épidémies, viennent à l'appui de la doctrine d'étiologie chimique et de la mutabilité des formes pathologiques, son corollaire immédiat. » Nous souscrivons très volontiers à cette façon d'envisager l'étiologie de la plupart des maladies infectieuses, transmissibles ou non, pour réagir contre cette fâcheuse tendance à se déclarer microbien à tout propos, qui retarde le progrès scientifique. — Le chapitre III a pour sujet l'étude du béribéri, de la maladie du sommeil, du tétanos, affections que l'auteur nous paraît n'avoir rapprochées qu'en raison de la difficulté de leur interprétation pathogénique et de leur localisation anatomique. Il a particulièrement fouillé la question du diagnostic différentiel du béribéri, isolant avec le plus grand soin cette affection de l'hydrorachis, de l'hydromyélie, de la myélite diffuse, des myélites systématiques, etc., ce qui lui permet de conclure à une affection *sui generis*, spéciale malgré ses affinités, infectieuse par-dessus tout.— Une étude très complète des maladies palustres fait le sujet du chapitre IV : l'auteur ne s'y montre pas partisan de la doctrine microbienne; mais, en vérité, que d'arguments à invoquer contre elle, même au nom du microscope! — Le chapitre V traite de la lymphathexie endémique et de l'éléphantiasis. La lymphatexie, mot nouveau créé par l'auteur, comprendrait un certain nombre de manifestations de même ordre résultant d'une influence constitutionnelle et d'influences propres à certains milieux. Ces manifestations, lymphocèles, thromboses et œdèmes lymphatiques, épanchements lymphoïdes divers, etc.. coïncident souvent, dit l'auteur, avec le parisitisme filarien et ne sont pas, cependant, nécessairement caractérisées par ce parasitisme. Dans cette question, que nous avons traitée autrefois sous le nom de lymphoses, nous inclinerions plus volontiers vers les idées parasitaires, tout en estimant qu'il n'est pas possible de se prononcer aujourd'hui d'une manière catégorique. — Le pied de Maduré, maladie franchement parasitaire et bien caractérisée par la présence du chionyphe Carteri, la lèpre dont la contagiosité et la nature microbienne restent encore en question, et l'aïnhum, font le sujet du chapitre VI. Pour le docteur Corre, l'aïnhum serait « une trophonévrose de nature et de siège particuliers ». En fait, la question de l'aïnhum a été l'objet de nombreux travaux depuis 1880. L'opinion, qui paraît dominer aujourd'hui sur la nature de cette singulière affection, c'est qu'elle est décidément spéciale aux races de couleur, qu'elle est héréditaire, qu'elle se localise exclusivement aux extrémités des membres, surtout aux petits orteils, et qu'elle a pour point de départ une lésion des centres trophiques dans un siège non déterminé de la moelle. Da Silva Lima, cependant, ne paraît pas disposé à admettre une trophonévrose, car il insiste sur la curabilité de la maladie par le seul procédé des incisions pratiquées perpendiculairement au sillon de l'aïnhum. Mais, au-dessus du fait de l'amélioration ou de la guérison par ce procédé, ne doit-on pas mettre ceux de l'hérédité, de la consanguinité, du développement spontané, même dans l'utérus, et le fait des douleurs lombaires du début? Fontan conclut carrément à la non-existence de l'aïnhum, en tant que maladie spéciale aux races colorées. C'est, dit-il, une affection que l'on constate aussi dans la race blanche et qui débute, en général, dès l'époque congénitale : elle appartient cependant à la classe des trophonévroses et doit porter le nom de sclérodermie annulaire. Nous sommes, pour notre part, tout à fait opposé à cette dernière manière de voir. Rien n'autorise, quant à présent, une assimilation entre les sclérodermies ou les reliquats d'amputations congénitales et les lésions de l'aïnhum. Le processus de cette maladie nous paraît bien spécial : ce n'est pas, à notre sens, une sclérodermie, mais bien un trouble trophique d'origine centrale, aboutissant surtout à une dégénérescence graisseuse des parties profondes du doigt ou de l'orteil, avec épaississement de l'épiderme. D'où provient cette dégénérescence? c'est ce qu'il reste à trouver.— Les dermites exotiques, les accidents produits par certains animaux parasites dans les tissus extérieurs, l'ulcère des pays chauds, les diarrhées, la dysenterie, les parasites intestinaux et les maladies du foie, tous sujets traités dans les trois derniers chapitres avec le plus grand soin, complètent le travail considérable du docteur Corre.

L'auteur se recommande de lui-même par des travaux antérieurs nombreux qui se rapportent presque tous à la pathologie exotique; il prépare, en outre, nous sommes heureux de l'annoncer, un ouvrage important de géographie médicale et diverses autres publications de même nature. Il nous adresse aujourd'hui un ouvrage consciencieux, basé à la fois sur l'observation personnelle et sur l'étude des travaux français et étrangers qui concernent la pathologie des pays chauds : c'est dire que ce livre sera le bienvenu dans la pratique et dans la science.

Maurice Nielly.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Le Conseil général des Facultés de Paris a voté lundi dernier, à l'unanimité, le maintien de la chaire de pathologie expérimentale, laissée vacante par suite du décès de M. le professeur Vulpian.

BOURSES MUNICIPALES. — Par délibérations en date des 31 décembre 1886 et 28 décembre 1887, le Conseil municipal de Paris a alloué à la Faculté de médecine une subvention annuelle de 6000 francs, applicable à la fondation de bourses d'études. Le montant de la bourse est de 1200 francs. Ces bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves pouvant justifier, par leur famille ou par eux-mêmes, d'un séjour de cinq années à Paris ou dans le département de la Seine; les autres conditions d'attribution sont établies par un règlement qui sera déposé au secrétariat de la Faculté avant le jeudi 12 janvier courant.

HÔPITAUX. — M. Marchant, chirurgien des hôpitaux, qui devait passer de Saint-Antoine à Lariboisière, en remplacement de M. Benjamin Anger, conserve son service de Saint-Antoine. M. Peyrot, auquel ce service était échu, passe, en conséquence, à Lariboisière.

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR DE L'INTERNAT. — La Commission de revision du règlement sur le service de santé dans les hôpitaux de Paris vient de proposer, sur le rapport de M. Horteloup, les modifications suivantes au concours de la médaille d'or de l'internat :

Dorénavant, il y aurait deux médailles d'or, une pour la médecine, une pour la chirurgie et les accouchements. Il y aurait également deux médailles d'argent pour les deux candidats classés après le premier. Les médailles d'or auraient une année d'internat supplémentaire. Les lauréats continueraient à avoir les bourses de voyage. Il avait été question de les donner à des médecins ou chirurgiens du Bureau central, mais cette proposition a été rejetée, et à juste titre, parce que l'on a pensé que les jeunes médecins ou chirurgiens du Bureau central ayant généralement une clientèle, la bourse de voyage serait pour eux un inconvénient bien plutôt qu'un avantage. Seuls les internes de quatrième année pourront concourir. Chaque jury sera composé de cinq juges: quatre médecins et un chirurgien pour la médaille de médecine; trois chirurgiens, un accoucheur et un médecin pour la médaille de chirurgie et accouchement.

Sur la proposition de M. Grancher, la Commission a adopté un amendement d'après lequel le lauréat pourra continuer à choisir le service qu'il voudra pour son année supplémentaire, mais l'interne ou les internes désignés déjà pour le service choisi resteront dans ce service, qui aura de la sorte un interne de plus.

Quant aux épreuves, elles consisteront en :

1° Un mémoire coté 30 points, comme par le passé, et qui serait la première épreuve du concours; 2° une épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne ou externe suivant la nature du concours (un quart d'heure de réflexion, un quart d'heure d'exposition, 20 points ont été accordés pour cette épreuve); 3° épreuve écrite d'anatomie, de physiologie, et de pathologie interne ou externe, suivant le concours. Trois heures sont accordées pour cette composition qui est cotée 20 points.

En attendant l'approbation de ces mesures par le Conseil de surveillance et leur ratification par le préfet de la Seine, nous croyons savoir que, dès cette année, le service hospitalier où sera admis l'interne médaillé d'or aura également un autre interne.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Sont nommés médecins de deuxième classe : MM. les docteurs Le Roy, Baignée, Pinard et Comte-Lagauterie.

PRIX CHATEAUVILLARD. — Le jury du concours du prix Chateauvillard a décidé de partager ce prix, d'une valeur de 2000 francs, de la manière suivante : 1° un prix de 1200 francs à M. le docteur L.-H. Petit pour son livre intitulé : *Essais de bibliographie médicale;* 2° un prix de 800 francs à M. le docteur Ozanam pour son ouvrage intitulé: *La circulation et le pouls.*

PRIX. — L'Académie des sciences a nommé la Commission chargée d'arrêter le programme de concours pour le prix de 50 000 francs fondé par le gouvernement en vue d'arriver à déterminer, par un procédé sûr et usuel, la présence dans les liquides alcooliques de substances ou alcools autres que l'alcool éthylique. Cette Commission de douze membres est composée de MM. Becquerel, Berthelot, Bouchard, Debray, Dehérain, Fremy, Friedel, Mascart, Pasteur, Péligot, Schlœsing et Troost.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret, en date du 27 décembre 1887, M. le docteur Chautemps, conseiller municipal de Paris, est nommé membre du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, en remplacement de M. le docteur Robinet, décédé.

ADMINISTRATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le jour de la rentrée du Parlement on a distribué à ses membres un rapport de M. Chamberland sur la proposition de loi précédemment déposée par M. Jules Siegfried et cinquante de ses collègues et tendant à l'organisation de l'Administration de la santé publique en France. Ce rapport conclut à l'adoption des dispositions essentielles de cette proposition, notamment à la création d'une direction de la santé publique, comprenant le service d'hygiène et d'assistance, à la réorganisation du Conseil supérieur d'hygiène publique, des Conseils et Commissions d'hygiène publique et à la création d'un service d'inspection de la santé publique.

HÔPITAL FRANÇAIS DE LONDRES. — Le gouvernement français vient d'accorder au Comité de l'hôpital français de Londres une subvention de 50 000 francs, payable par cinq annuités de 10 000 francs, et destinée à la construction d'un nouvel établissement dont les travaux de fondation vont bientôt commencer. Le nombre considérable de Français et d'étrangers que cette institution secourt chaque année rendait depuis longtemps insuffisant l'hôpital actuel, aménagé dans des conditions très défectueuses. Les sommes que le Comité a actuellement à sa disposition pour ériger ce nouvel établissement ne pourraient couvrir les dépenses, s'il ne lui est pas venu en aide. Il est peu d'œuvres charitables plus méritantes et qui fassent plus d'honneur à la France et à l'étranger.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le docteur de Lostalot-Bachoué, médecin sanitaire français et vice-consul à Djeddah, qui vient d'être assassiné, ainsi que tout le personnel du consulat, dans des conditions encore mal connues; de MM. les docteurs Mittre (de Marseille); Bodélio (de Lorient); Brugnier (de Mostaganem); Rageot de la Touche (de Douardenez); Souvenkalb, professeur de médecine légale à Leipzig.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS. — La Société tiendra désormais ses séances au *Palais des Sociétés savantes*, 14, rue des Poitevins. Les séances ont lieu à trois heures et demie, le deuxième jeudi de chaque mois.

MORTALITÉ A PARIS (52e semaine, du 25 au 31 décembre 1887.—Population : 2 260 945 habitants). — Fièvre typhoïde, 60. — Variole, 3. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 37. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs : cancéreuses, 41; autres, 5. — Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 58. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 16. — Maladies organiques du cœur, 69. — Bronchite aiguë, 42. — Bronchite chronique, 43. — Broncho-pneumonie, 34. — Pneumonie, 49. — Gastro-entérite : sein, 15; biberon, 32; autres, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 39. — Suicides, 12. — Autres morts violentes, 19. — Autres causes de mort, 181. — Causes inconnues, 10. — Total : 1070.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

13027. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Chaque numero de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 18 janvier 1888.

Académie de médecine : **Traitement de l'anthrax et des furoncles : M. Verneuil. — Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac : M. G. Sée.** — *Société de chirurgie :* **Séance publique annuelle.** — *Académie des sciences et Société de biologie :* **La toxicité de l'air confiné : MM. Brown-Séquard et d'Arsonval.**

Les deux communications faites à l'Académie de médecine par MM. Verneuil et G. Sée, avec un talent oratoire qui sollicite et retient toujours l'attention, méritent bien l'intérêt avec lequel elles ont été écoutées. En continuant la série de ses études, qui tendent à substituer aux grandes et dangereuses opérations chirurgicales des moyens de conservation ou de traitement basés sur les conditions étiologiques de la maladie, M. Verneuil rend aux praticiens les plus éminents services. Que les pulvérisations phéniquées appliquées au traitement des furoncles et des anthrax ne réussissent pas toujours et dans toutes les circonstances, nul ne le nie. Ce qu'il importe de constater et de dire bien haut, c'est qu'elles ont toujours un excellent résultat et que, le plus souvent, elles rendent inutiles les délabrements déterminés par les vastes incisions *en roses de vents*, si préconisées jadis et parfois si dangereuses.

Voici plusieurs années déjà que, pour combattre les éruptions furonculeuses du cou si fréquentes chez les jeunes gens, nous faisons usage cinq ou six fois par jour de pulvérisations à la liqueur de Van Swieten, remplacées durant la nuit par l'application d'une pommade boriquée. Nous pouvons affirmer que ce traitement arrête fréquemment la marche progressive de l'éruption de furoncles et prévient, par conséquent, les anthrax qui en sont parfois la terminaison. Cette méthode diffère peu de celle que recommande M. Verneuil; les observations si probantes que notre éminent maître a résumées devant l'Académie en démontrent la valeur.

Le travail lu par M. Germain Sée a trop d'importance aux points de vue physiologique et pratique pour qu'il soit possible d'en faire ressortir en quelques lignes les principales conclusions. Les recherches du savant et ingénieux clinicien méritent d'être mises en regard des travaux du même genre déjà publiés sur ce sujet si intéressant. Mieux vaut donc, ce nous semble, en faire le sujet d'une prochaine revue critique.

A l'Académie des sciences nous avons à relever aussi deux communications intéressantes. La première est appréciée ci-dessous, et le travail qui sert de texte à la seconde est publié *in extenso* (p. 35) avec les remarques qu'a bien voulu y ajouter M. Verneuil.

Le défaut d'espace nous empêchant de reproduire la notice sur la vie et les œuvres du professeur Gosselin, lue à la séance annuelle de la Société de chirurgie, par M. Chauvel, secrétaire général, nous devons au moins signaler le succès si mérité, obtenu devant ses collègues, par notre savant et laborieux ami.

— Les effets nocifs de l'air confiné ont été constatés longtemps avant d'être devenus l'une des préoccupations les plus graves des hygiénistes; mais on ignorait absolument la cause de cette toxicité de l'air confiné, ainsi que le prouve une phrase de Haller, citée par Ch. Richet : « Cristallos, ex mero halitu, absque unguine putredinoso, parari posse minus probabile est ». Lorsque l'on connut l'acide carbonique et les échanges gazeux qui s'opèrent dans la respiration, l'on fut tenté d'attribuer à l'excès d'acide carbonique dans l'air confiné, les phénomènes toxiques dont les exemples sont devenus classiques. Faut-il encore rappeler les assises d'Oxford, les 260 prisonniers autrichiens suffoqués dans une cave après la bataille d'Austerlitz, et les 123 détenus du fort William? En définitive les recherches de Lavoisier sur l'acide carbonique de l'air des hôpitaux et des théâtres, les études de Percy, de Leblanc, Lassaigne, Dumas et Péclet, et tant d'autres encore avaient

démontré que dans les accidents produits par l'air confiné, en dehors des produits divers de la perspiration cutanée, il fallait admettre deux facteurs principaux, la diminution de l'oxygène avec l'augmentation d'acide carbonique, et aussi l'influence des produits de l'exhalation pulmonaire, c'est-à-dire la vapeur d'eau chargée d'une matière organique spéciale, « les vapeurs animalisées » d'Orfila. Les symptômes de l'intoxication par l'air confiné avaient été décrits chez l'homme, et cette théorie était devenue classique. Il suffisait d'ailleurs de constater l'action de l'air expiré sur l'acide sulfurique qu'il noircit, pour admettre la présence d'une matière organique. Celle-ci n'était pas définie, on la faisait rentrer dans les « miasmes », cet ancien *caput mortuum* des hygiénistes; en outre la facilité de putréfaction du liquide de condensation de la vapeur d'eau de l'air expiré, et enfin son odeur si caractéristique semblaient assez démonstratives pour qu'on n'essayât pas cette toxicité expérimentalement. Rabuteau cite bien le fait d'un lapin qu'un architecte avait exposé à une bouche d'appel de la salle du Corps législatif et qui fut bientôt asphyxié non par l'acide carbonique, mais par les miasmes dégagés de la salle de l'Assemblée.

La question semblait donc résolue provisoirement, et ce ne fut pas sans quelque étonnement qu'on eût connaissance des expériences de Lister, puis de celles de Tyndall, que celui-ci formulait par cette expression souvent répétée depuis : « L'air expiré est optiquement pur », ce qui signifie simplement que l'air expiré est privé de toute particule en suspension capable de diffuser la lumière.

Enfin divers observateurs parmi lesquels MM. Grancher, Charrin et Karth et, récemment, MM. Straus et Dubreuih, constatèrent que l'air expiré ne contient pas de microbes, et en particulier les bacilles de la tuberculose ou ses spores, d'où cette conclusion « que les hommes ou les animaux réunis dans un espace confiné, loin de souiller l'air par leur respiration, tendent au contraire *à le purifier en ce qui concerne les microbes* ».

A bien les examiner, ces recherches montrent seulement que l'air expiré ne renferme pas de microbes quand il est recueilli avec certaines précautions méthodiques, mais elles n'infirment nullement la toxicité de l'air confiné ou même de l'air expiré ; néanmoins la question se trouvait exposée sous un jour nouveau, et il était nécessaire de l'étudier plus complètement.

Pour démontrer que l'air expiré est toxique, il suffisait de rechercher expérimentalement son action sur les animaux, c'est ce qu'ont fait MM. Brown-Séquard et d'Arsonval.

Il est inutile d'insister sur le modus faciendi, sur la technique des recherches qui ont été décrites à l'Académie des sciences et à la Société de biologie ; on admettra sans peine que les précautions nécessaires ont été prises dans le dispositif des appareils pour obtenir le liquide de condensation provenant de l'air expiré, soit chez l'homme, soit chez le chien. Il nous suffira de dire que ce liquide était injecté dans les artères carotides de lapins, et aussi sous la peau; enfin plusieurs expériences furent faites avec un liquide obtenu de la manière suivante : de l'eau était injectée dans la trachée d'un chien et aussitôt aspirée avec une seringue, c'était en quelque sorte l'eau de lavage de la trachée et des bronches.

Or, dans ces expériences, on observa toujours des phénomènes toxiques, mais à des degrés et à des moments divers.

Ces phénomènes ont été immédiats ou consécutifs. Le premier degré d'intoxication est caractérisé par la dilatation pupillaire, l'abaissement de la température, le ralentissement de la respiration, une faiblesse paralytique surtout aux membres inférieurs. 4 à 8 grammes de liquide de condensation suffisent à produire ces phénomènes, qui s'exagèrent les jours suivants; en effet, les mouvements du cœur prennent une fréquence considérable (300 à 360 battements par minute), tandis que la respiration est à peine modifiée ; la température varie peu, mais il survient de la diarrhée et l'animal meurt en huit ou quinze jours. A dose plus forte (20 à 25 grammes), on observe une constriction pupillaire excessive, des tremblements, quelquefois des convulsions, une paralysie générale plus ou moins considérable marquée surtout aux membres postérieurs et une diarrhée blanchâtre. Les animaux maigrissent rapidement et meurent en deux ou trois jours sans présenter de fièvre intense. Enfin l'action toxique peut être plus rapide, immédiate, rappelant tous les effets des irritations violentes de la base de l'encéphale, de façon que l'animal meure en une minute, phénomène qui s'est produit chez un lapin à la suite d'une injection artérielle de 15 centimètres cubes.

Les autopsies ont donné comme lésions spéciales d'abord de l'emphysème pulmonaire, de la congestion et même des noyaux d'apoplexie pulmonaire, congestions du foie, de la rate, des reins, puis une congestion vive de la base de l'encéphale. Enfin les deux cœurs sont dilatés et renferment du sang rouge, ou bien, dans le cœur droit et dans les veines caves, un sang moins noir que le sang veineux habituel, caractères qui se retrouvent dans la mort par échanges. C'est en effet un affaiblissement progressif de ceux-ci qui domine dans la scène finale.

Ces caractères de toxicité, par leur constance et leur intensité, ne peuvent être attribués qu'à la nature même du liquide injecté ; de l'eau ne la produirait pas avec une quantité injectée si faible. D'autre part nous savons que l'air expiré ne contient pas de microbes, surtout lorsqu'il vient d'être recueilli; mais de plus, on a eu soin de répéter les expériences avec le liquide de condensation bouilli, et avec de l'eau ; quel peut donc être l'agent toxique? C'est ce que MM. Brown-Séquard et d'Arsonval cherchent à déterminer, ils savent que l'agent toxique est soluble dans l'eau, qu'il résiste à la température de l'eau bouillante, mais en définitive, pour le moment, ils le connaissent surtout par sa « réaction physiologique ». Il est inutile de faire des hypothèses; on se rappelle bien que Robin et Verdeil avaient découvert une substance spéciale dans le poumon, l'acide pneumique, le pneumate de soude, mais en dehors de ces auteurs nous ne croyons pas que personne ait étudié ces substances mal définies, et encore moins leur action. D'ailleurs nous n'aurons peut-être pas longtemps à attendre pour être édifiés. En effet, par une de ces coïncidences heureusement fréquentes à notre époque où les diverses branches des sciences biologiques se prêtent un concours mutuel, un chimiste distingué, M. Wurtz, est venu annoncer à la Société de biologie et à l'Académie des sciences, hier, qu'il avait découvert une base fixe, particulière, dans le liquide provenant de la condensation de l'air expiré, cette base existant aussi dans le sang. L'avenir nous fera connaître la nature de cette substance; nous saurons alors

si elle doit être rapprochée des leucomaïnes, et si elle est l'agent toxique ; mais, on le voit dès maintenant, la question de la toxicité de l'air expiré a subi une transformation considérable et du plus haut intérêt pour l'hygiéniste et pour le médecin. En effet, les conséquences en sont évidentes pour la thérapeutique préventive, et MM. Brown-Séquard et d'Arsonval les avaient, dès le début de leurs recherches, mises en lumière en imaginant, pour purifier l'air, un ventilateur très simple, d'une adaptation facile au-dessus du lit dans les chambres à coucher, et au moyen duquel on se débarrasse complètement de l'air expiré pendant le sommeil. On peut donc dire que l'application à l'hygiène de la doctrine qu'ils soutiennent en a précédé la démonstration physiologique et chimique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Observation de tétanos chronique, par M. le docteur Buisson (d'Auberchicourt) (1).

Obs. — Le 13 novembre 1887, je fus appelé chez un négociant d'Aniche, Delille (François), âgé de soixante ans, qui se plaignait de douleurs, dans la gorge et dans la joue, surtout à droite. Cet homme jouit d'une bonne santé habituelle, mais il est sujet à de fréquents maux de gorge, qui ne durent que quelques jours.

Il raconte que vingt-trois jours auparavant, le 20 octobre, il vint à son magasin un chariot, attelé de deux chevaux, et chargé de carreaux à paver. On détela aussitôt les deux chevaux qui furent conduits à une auberge voisine, et Delille, sans les avoir touchés, se mit à décharger la voiture, en commençant du côté de l'attelage.

Pendant cet acte accompli, dans une cour exposée à un vif courant d'air, par un jour pluvieux, le malade ressentit un violent refroidissement. Cependant il dîna avec le conducteur des chevaux. Le lendemain, 21 octobre, grand malaise, avec mal de gorge, surdité et douleurs dans les oreilles, surtout à droite; ce malaise dura, en augmentant un peu, jusqu'au 13 novembre, sans que je fusse appelé.

A la première visite, je ne constate aucune inflammation du pharynx, ni des amygdales, quoique le malade continue à se plaindre du mal de gorge. Surdité presque complète à droite, moins forte à gauche; douleurs vives dans la joue droite; la joue gauche est presque insensible aux piqûres d'une épingle ; dans l'acte de fermer les yeux, la paupière supérieure gauche recouvre incomplètement le globe oculaire: dans le rire, le côté droit se contracte énergiquement, tandis qu'à gauche il y a une immobilité relative; le malade peut ouvrir largement la bouche. Je diagnostique une paralysie *a frigore* du nerf facial gauche, et fais quelques prescriptions hygiéniques, puis, comme au village on ne prodigue pas les visites, je déclare que je ne reviendrai pas.

19 novembre. — Le malade me rappelle : il se plaint toujours de la gorge et des oreilles, mais ne peut plus ouvrir la bouche ; pas de sommeil; agitation; suffocation dans la position horizontale: pouls, 80. Je crois à un abcès de la gorge n'ayant aucun rapport avec la maladie première. Prescriptions : gargarisme borique, alimentation liquide.

21 novembre. — Pouls, 80 ; même état. Au moment où j'essaie d'introduire une cuillère dans la bouche, il se produit un violent trismus. Le malade est agité, n'a pas dormi. La face pâle, d'une expression singulière, devient rouge, turgescente, profondément ridée pendant les accès de trismus. Plus de doute, c'est le tétanos. 1 gramme de chloral toutes les trois heures, boissons alimentaires; on profite d'une absence de quelques dents pour introduire, dans la bouche, une paille, qui sert à aspirer les liquides.

(1) Cette observation a été sommairement communiquée à l'Académie des sciences, par M. Verneuil, dans la séance du 16 janvier.

22 novembre. — Pouls, 92. Le chloral n'a pas été pris; pas de sommeil. Impossibilité d'avaler les boissons, ni d'introduire une cuillère dans bouche. Haleine fétide; fréquents accès de trismus : 8 grammes de chloral en deux lavements.

23 novembre. — Pouls, 80. Le malade a dormi sur une chaise, les lavements ayant été conservés. Pendant la visite, accès d'opisthotonos, avec douleur violente, s'irradiant dans la région de l'omoplate gauche et durant toute la journée. Impossibilité d'ouvrir la bouche; alimentation impossible. Haleine très fétide. Une selle avec le grand lavement qui précède le lavement de chloral; fréquentes injections d'eau tiède boriquée dans la bouche, par le vide d'une dent.

24 novembre. — Désirant contrôler mon diagnostic, je prie mes amis, les docteurs Delbarre, chirurgien de l'hôpital de Cambrai, et Sockeel, chirurgien de l'hôpital de Douai, de venir voir le malade. L'examen le plus complet ne leur fait découvrir aucune plaie, et le diagnostic tétanos spontané leur paraît, comme à moi, indubitable. J'en préviens alors notre maître, le professeur Verneuil, qui m'engage à prendre l'observation et à rechercher soigneusement la porte d'entrée du virus.

Il y a, ce jour-là, une amélioration sensible : pouls, 80; température axillaire, 37°,8. La contracture du masséter plus forte à droite qu'à gauche a diminué; elle permet l'introduction d'une cuillère, mais, si on avance celle-ci trop loin, il survient un spasme tellement violent que les dents s'impriment profondément sur l'étain de la cuillère. Une forte congestion de la face se montre en même temps.

Le malade a pu boire, devant nous, deux gorgées de café, mais, à la troisième, violent trismus. Il existe toujours un peu de gêne dans les mouvements du cou, mais, sans opisthotonos, du moins devant nous.

Odeur très fétide de l'haleine; langue saburrale; on pense à un abcès de la gorge, bien qu'il n'y ait aucune adénite cervicale. Blépharite des deux côtés, avec œdème palpébral, depuis quelques heures. Pas de rétention de l'urine, qui est colorée ; pas d'albumine; constipation. Continuation des deux lavements de chloral, qui sont bien absorbés.

25 novembre. — Pouls, 92. D... a dormi assis huit heures consécutives; il peut boire des boissons chaudes. Si elles sont froides, il survient un trismus immédiat. Haleine fédide. Continuation des lavements chloralés et des injections boriquées dans la bouche.

26 novembre. — Pouls, 92. Sommeil, haleine moins fétide : mouvements du cou plus faciles. Une selle. Même prescription.

27 novembre. — Pouls, 82. Blépharite à peu près guérie, sans traitement; haleine très fétide; surdité très forte; constipation. Le malade ne s'est pas couché depuis le 20, la position horizontale amenant du trismus et des accès de suffocation; lavement purgatif; lavements chloralés.

28 novembre. — Pouls, 88. Quatre selles; un peu d'appétit; le trismus ne revient plus. D... a pu, pour la première fois, boire du bouillon *froid* et dormir quelques heures dans son lit. Comme je prolongeais l'examen avec une cuiller, pour voir la gorge, violente attaque de trismus avec raideur du cou. Mêmes prescriptions.

30 novembre. — Pouls, 82. A peu dormi; une selle; haleine moins fétide. Pendant un accès de trismus, le malade expulse devant moi un crachat *sanguinolent*, visqueux. Chloral, 10 grammes en deux lavements.

1er décembre. — Pouls, 100. Pas de sommeil. Nouveau crachat sanguinolent; douleurs dans les articulations du maxillaire inférieur. D... ouvre encore fort difficilement la bouche; les dents laissent à peine pénétrer le dos de la cuillère, mais on ne provoque plus de spasme; mêmes prescriptions.

3 décembre. — Pouls, 104. Peu de sommeil; plus de trismus, excepté dans les efforts d'expuition. Douleurs articulaires dans tous les membres. Agitation. Les lavements de chloral n'ont pas été gardés; les injections boriquées, faites dans la bouche, sortent sanguinolentes.

4 décembre. — Pouls, 108. N'a pas dormi ; les lavements de chloral n'ont pas encore été gardés. Dans la nuit, de deux à cinq heures, violentes contractions dans le thorax; vives douleurs, dyspnée extrême. Le malade continue cependant à boire, après que la crise est passée. 1 gramme de chloral, à prendre par la bouche, toutes les trois heures. Boissons alimentaires.

5 décembre. — Pouls, 108. On n'a pu prendre que 3 grammes de chloral. De minuit à cinq heures et demie, nouvelle attaque de contracture du thorax; véritable emprosthotonos; pas de

trismus. On craint la mort prochaine, le malade s'affaiblit beaucoup. 10 grammes de chloral en lavements.

6 décembre. — Pouls, 112. Les lavements ont été gardés; sommeil dans la journée d'hier et *toute la nuit*. Le malade a même pu se gargariser sans qu'il soit nécessaire de faire des injections: le liquide sort encore parfois teinté de sang.

7 décembre. — Pouls, 124. Nuit mauvaise. Constipation. Agitation extrême des membres inférieurs; contracture de la paroi abdominale, ni trismus, ni emprosthotonos. Huile de ricin, 40 grammes. Le soir, injection sous-cutanée de 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

8 décembre. Pouls, 124. Nuit assez bonne; plusieurs selles. Moins d'agitation. Le soir, injection de 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Teinture de digitale, 20 gouttes.

10 décembre. — Pouls, 112. Même état. On continue la morphine et la digitale.

11 décembre. — Pouls, 96. Insomnie. Le malade ouvre facilement la bouche ce qui permet l'examen de la gorge. Le pharynx est un peu rouge, mais on ne voit trace ni d'abcès, ni de plaie expliquant la présence du sang dans les crachats et les gargarismes. La cuiller dans la bouche détermine encore une contracture des mâchoires. Le soir, injection morphinée.

12 décembre. — Pouls, 92. N'a pas dormi. État général satisfaisant. On revient au lavement contenant 5 grammes de chloral.

13 décembre. — Pouls, 80. Lavement gardé; sommeil toute la nuit. Mais dans la journée, contractions douloureuses des aines et des cuisses, qui ont duré plus d'une heure. Lavement chloralé le soir.

15 décembre. — Pouls, 76. Le malade a pu manger un œuf à la coque. Etat général très bon.

18 décembre. — Pouls, 76. Repas substantiel; aucune contracture. Lavement de chloral le soir.

21 décembre. — Pouls, 88. Le lavement de chloral ayant été supprimé le malade n'a pas dormi. Légère agitation. Un nouvel examen très minutieux de la gorge ne révèle rien.

25 décembre. — Pouls, 70. Le malade peut être considéré comme guéri. Il ne souffre plus, a bon appétit, et dort la nuit. Mais la face est restée pâle; la joue gauche semble paralysée, tandis que la droite est très mobile. La physionomie générale est changée; les sillons naturels sont plus profonds et il existe de nombreuses rides, principalement au front.

RÉFLEXIONS.

Cette observation, quoique bien incomplète, puisque l'on n'a pu prendre chaque jour la température non plus que noter tous les symptômes, présente cependant quelque intérêt.

Notons d'abord la longue durée de la période prodromique: que la cause de la maladie soit *équine* ou *à frigore*, il est évident que c'est le 20 octobre que l'affection a été contractée, puisque le lendemain apparurent les premiers symptômes. Vingt-trois jours après, à la première visite, le malade pouvait encore ouvrir largement la bouche. Ne croyant pas à l'existence du tétanos spontané, dont notre maître, M. Verneuil, avait nié l'existence (Académie des sciences, 3 octobre 1887), je fis une erreur de diagnostic et crus avoir affaire à une paralysie faciale à son déclin; mes excuses sont : la facilité du malade à ouvrir largement la bouche, la difficulté de fermer la paupière supérieure gauche, la contracture unilatérale du masséter droit, et l'absence de toute espèce de blessures (1). Il est évident que, dès ce jour, le tétanos existait déjà, puisqu'il y avait contracture du masséter droit.

Cependant, six jours après, à ma seconde visite, et vingt-neuf jours après le début du mal, les symptômes du tétanos sont encore tellement vagues, que je fais une nouvelle erreur de diagnostic jusqu'au lendemain où j'assiste au premier trismus, qui me fait enfin reconnaître la nature de la maladie. Je ne crois pas qu'on ait souvent rencontré une période prodromique aussi longue.

Un second point intéressant est l'amélioration rapide, survenue après l'emploi du chloral à haute dose, en lavements, et la recrudescence du mal dès que ceux-ci ne sont plus gardés.

Mais l'enseignement principal est qu'il ne faut pas se hâter de nier une lésion servant de porte d'entrée au virus, parce qu'on ne la découvre pas. En effet, sans les deux crachats sanguinolents qui furent expectorés en ma présence, je me serais cru en droit d'affirmer qu'il n'y avait aucune plaie; car le malade et les villageois peu intelligents qui l'entouraient, n'auraient pas pensé à me signaler ce fait, ni la coloration rouge des injections intra-buccales.

Quoique, ni avant la période grave du mal, ni pendant la convalescence, quand le malade pouvait largement écarter les mâchoires, je n'aie aperçu, ni dans la bouche, ni dans la gorge, aucune trace de plaie, il est évident qu'il y en a existé une. La présence du sang dans les crachats et les injections, en est une preuve péremptoire.

Cette observation n'a aucune valeur, ni pour, ni contre l'origine équine du tétanos, car, si le malade a été, le jour où il a pris le mal, en contact avec un homme qui conduisait des chevaux (1), et surtout a travaillé à une place qui venait d'être occupée par des chevaux, il a été aussi soumis à un froid *vif, brusque et humide*, ce qui, d'après la plupart des auteurs, est une des causes principales du tétanos, dit spontané; mais elle démontre que ce tétanos peut être occasionné par une plaie que le médecin ne parvient pas à découvrir.

M. Verneuil ajoute à son tour les quelques remarques suivantes :

Ce qui fait l'intérêt principal de cette observation, c'est que pendant quelques jours plusieurs médecins instruits et attentifs crurent avoir affaire à un cas avéré de tétanos spontané.

En effet, le 25 novembre, quatre jours après l'apparition du trismus, M. Buisson m'écrivait pour me reprocher, doucement d'ailleurs, de l'avoir induit en erreur.

« Confiant, me disait-il, dans votre déclaration du 3 octobre sur la non-existence du tétanos spontané, j'ai méconnu pendant plusieurs jours un cas de ce genre, mais aujourd'hui le doute n'est plus permis. La maladie est nettement caractérisée par le trismus, l'opisthotonos, les contractions douloureuses, et pourtant ni moi, ni deux confrères distingués venus à mon aide n'ont pu découvrir la moindre blessure. »

Je répondis à mon cher correspondant, en lui indiquant les précautions minutieuses à prendre pour découvrir la porte d'entrée du virus et en le remerciant de mettre ma négation à l'épreuve.

Un mois plus tard, M. Buisson m'envoyait cette observation complète et bien prise, qui me donnait entière satisfaction et faisait docilement rentrer le fait dans la règle commune. Sans le soin minutieux avec lequel ce malade a été examiné, son cas, au lieu de servir la bonne cause, aurait contribué à entretenir la vieille erreur de la spontanéité du tétanos.

Quant à l'entrée du tétanos par la voie gutturale avec lésion pathologique antérieure, elle ne paraît pas très rare, puisque je la trouve notée déjà deux fois (obs. de MM. Cagniat et Maurel), dans la série de 26 tétanos prétendus spontanés que j'ai publiée dans le *Bulletin médical* de novembre dernier; avec le cas nouveau, nous atteignons la proportion de 3 sur 27.

Je ne saurais être de l'avis de M. Buisson en ce qui touche l'origine équine. « Le fait de M. Delille, suivant lui, n'a aucune valeur ni pour ni contre l'origine équine du tétanos, car si le malade a été le jour de l'invasion du mal

(1) Je sais que pareille chose est arrivée à Gosselin (*Gazette des hôpitaux*, 1880), mais l'erreur n'a duré quelques heures.

(1) D'après les renseignements pris près du propriétaire des chevaux, ceux-ci étaient sains, et n'ont pas été malades depuis.

en contact avec un homme qui conduisait des chevaux, et surtout travaillé à une place qui venait d'être occupée par des chevaux, il a été aussi soumis à un froid vif et humide, qui d'après les auteurs est une des causes principales du tétanos. »

A quoi je réponds qu'on ne saurait, au point de vue étiologique, mettre sur le même plan les contacts directs ou indirects avec le cheval et l'exposition au froid; les premiers étant vraisemblablement capables de créer l'infection tétanique, tandis que la seconde pourrait tout au plus favoriser cette infection. Il faudra pourtant bien se décider à reconnaître que si les variations de la température peuvent aider la pénétration, la généralisation, la multiplication des microbes spécifiques, elles ne sauront jamais les créer de toutes pièces, et que si une maladie virulente apparaît à la suite d'un refroidissement, c'est qu'elle existait déjà à l'état latent.

Aussi je compte sans hésiter le fait de M. Buisson à l'actif de mon hypothèse.

M. Buisson dans une lettre du 14 janvier me raconte un fait qui prouve bien la nécessité de revenir sur cette question du tétanos spontané pour convaincre les dissidents.

« Je fus appelé, me dit-il, le 11 janvier auprès d'une fille de dix-sept ans, très forte, ni hystérique, ni névropathe, qui, le 28 décembre, étant au premier jour de ses règles, subit un froid très vif qui supprima l'écoulement sanguin.

« Les 29, 30 et 31 décembre grand malaise, malgré lequel elle reste le 1er janvier une heure et demie à la messe. Rentrée chez elle en grelottant elle est forcée de s'aliter.

« Depuis cette époque, douleurs de tête très violentes avec raideur du cou, simulant l'opisthotonos. Un confrère pense à un abcès du cerveau, un autre, ancien interne des hôpitaux de Paris, diagnostique un *tétanos rhumatismal*, affirmant que pendant sa pratique de trente ans il avait rencontré au moins vingt cas de tétanos spontané qui tous avaient guéri.

« Voici donc un médecin non sans valeur qui admet le tétanos sur la constatation d'une simple contraction symptomatique du cou, et qui s'est mis à rire quand je lui appris que vous mettiez en doute l'existence du tétanos spontané.

« Si l'on admet aussi aisément la maladie, il n'est pas surprenant qu'on croie la guérir facilement ou toujours. »

Cette note intéressante peut se passer de commentaires.

Clinique médicale.

Ganglion sus-claviculaire gauche cancéreux dans un cas de cancer de l'utérus. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 11 novembre 1887, par M. le docteur André Petit, ancien chef de clinique de la Faculté.

Dans la séance du 8 octobre 1886, M. Troisier appelait l'attention de la Société des hôpitaux sur l'existence de l'adénopathie sus-claviculaire, et en particulier de l'adénopathie sus-claviculaire gauche, chez un certain nombre de malades atteints de cancer de l'estomac; il a fait ressortir, avec juste raison, l'importance que peut avoir ce renseignement clinique pour le diagnostic de ces cas si embarrassants auxquels on a donné le nom de *faux cancers* gastriques: la présence d'un ganglion sus-claviculaire venant affirmer la nature cancéreuse de la lésion stomacale (voy. *Bulletins de la Soc.*, n° 16, 20 novembre 1886). Un fait du même genre était rapporté par M. Millard dans la séance suivante.

Enfin, à la date du 12 novembre 1886, M. Raymond faisait insérer dans les *Bulletins* de la Société une intéressante observation de ganglion sus-claviculaire gauche cancéreux, dans un cas de cancer du col de l'utérus, et présentait les pièces anatomiques recueillies à l'autopsie de sa malade, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine.

Les cas de ce genre sont évidemment exceptionnels, et nos recherches, peut-être insuffisamment étendues, ne nous ont pas permis jusqu'ici d'en rencontrer un autre semblable dans la littérature médicale; aussi avons-nous pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rapporter une observation personnelle qui vient se ranger à côté de celle de M. Raymond.

Obs. — Mme B..., âgée de quarante-huit ans, a reçu mes soins à diverses reprises depuis trois ou quatre ans pour différentes affections, entre autres, au mois de janvier dernier, pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius, et quelque temps après, au mois de mars, pour des troubles dyspeptiques que j'avais rapportés à des défectuosités dans son régime alimentaire.

La mère de Mme B... est morte à soixante et onze ans d'un « squirrhe du pylore »; son père, à quarante-cinq ans, d'accidents pulmonaires de longue durée, qui paraissent pouvoir être rapportés à la tuberculose.

Un frère de la malade est mort de tuberculose pulmonaire à vingt-sept ans. Six autres frères ou sœurs sont vivants, et de bonne santé habituelle.

Mme B..., ordinairement bien réglée, a eu un fils, aujourd'hui âgé de vingt-huit ans et d'une santé assez délicate, bien que son apparence extérieure soit celle d'un homme robuste. Elle a eu deux autres enfants, l'un mort en bas âge, l'autre ayant succombé, l'an dernier, à des accidents puerpéraux. La ménopause s'est établie sans accidents à l'âge de quarante-six ans; et depuis deux ans que les époques menstruelles ont cessé, le flux sanguin s'est reproduit deux ou trois fois seulement et en minime quantité.

Le 24 août 1887, Mme B... vient me consulter pour des douleurs siégeant à l'hypogastre et s'irradiant principalement vers la région lombaire: douleurs spontanées, persistantes, accompagnées d'élancements, de sensations pénibles, de pesanteurs vers le fondement; ces phénomènes douloureux remontent à deux mois environ et, depuis cette époque, est apparu un écoulement blanc roussâtre assez abondant, offrant une odeur putride manifeste. L'appétit est supprimé; les forces notablement diminuées.

L'examen des organes génitaux par le toucher vaginal et l'exploration au spéculum ne laisse aucun doute sur l'existence d'un épithélioma du col assez étendu et propagé à une partie du cul-de-sac vaginal postérieur. Pas de métrorrhagies; à peine un léger suintement sanguinolent provoqué par l'examen.

Traitement. — Injections antiseptiques. Lavements laudanisés. Liqueur de Fowler. Quinquina.

Je revois Mme B... le 7 octobre, à son retour de la campagne; les accidents ont persisté sans grand amendement, la perte des forces s'est accentuée; le teint est pâle, jaunâtre; l'état de cachexie est manifeste. L'examen local donne des résultats sensiblement identiques; l'écoulement vaginal possède une odeur caractéristique très prononcée. Mme B... attire mon attention sur une tumeur située au-dessus de la clavicule gauche, qui serait apparue assez brusquement dans les premiers jours du mois de septembre. La malade a vu se développer à ce moment une « enflure » douloureuse dans la région sus-claviculaire; cette enflure a diminué de volume au bout de peu de jours, laissant une tumeur oblongue, presque indolore, du volume d'un œuf de pigeon, offrant la consistance de la pierre, peu mobile, située en arrière et au-dessus de la clavicule gauche vers son tiers antérieur, manifestement sous-aponévrotique, et paraissant composée d'un seul ganglion. Le bord supérieur de la clavicule semble la partager en deux portions à peu près égales.

Le médecin qui a soigné Mme B... à la campagne lui a dit qu'il s'agissait d'une « glande », et, de fait, cette tumeur offre tous les caractères d'un ganglion cervical cancéreux.

Aucune adénopathie cervicale du côté opposé; aucun ganglion analogue dans les régions axillaires ou inguinales. La palpation abdominale ne permet pas de constater l'augmentation de volume des ganglions lombaires.

Il n'existe ni syphilis, ni tuberculose; aucun trouble pulmonaire; aucun accident pouvant faire songer à un cancer gastrique ou œsophagien. Aucune tumeur du sein.

Telle est, aussi résumée que possible, l'observation de

notre malade. Si nous n'avons pas cru devoir attendre davantage pour la publier, c'est que le contrôle nécroscopique nous sera refusé à quelque moment que survienne la terminaison fatale, malheureusement assez prochaine.

Nous ne pensons pas, du reste, qu'il puisse subsister le moindre doute dans l'esprit en présence d'un cancer de l'utérus aussi typique et d'une adénopathie cervicale offrant des caractères aussi tranchés; c'est bien là le ganglion cancéreux avec sa dureté pierreuse, sa délimitation nette, son indolence relative. Telle a été également l'opinion de notre excellent maître et ami le docteur Reclus, auquel nous avons conduit Mme B... sur les instances de son fils qui désirait prendre un avis chirurgical relativement à la possibilité d'une intervention opératoire. M. Reclus confirma de tous points notre diagnostic au sujet de la nature de la lésion utérine et de l'adénopathie sus-claviculaire, trouvant le fait d'autant plus intéressant qu'il n'en connaissait pas de semblable. Il fut, d'ailleurs, comme nous l'avions été précédemment, très affirmatif à l'égard de l'inopportunité de toute tentative opératoire: la propagation assez étendue du cancer utérin au cul-de-sac postérieur et à la portion contiguë du rectum, l'état cachectique et l'engorgement ganglionnaire lui ont paru des raisons suffisantes pour justifier son abstention.

Comment s'est faite la propagation du néoplasme jusqu'au ganglion sus-claviculaire? Existe-t-il chez notre malade une chaîne de ganglions abdominaux et thoraciques comme dans le fait rapporté par M. Raymond, ou bien la tumeur ganglionnaire que nous constatons à la région cervicale est-elle isolée? Nous ne pouvons évidemment nous montrer affirmatif à cet égard, tout en regardant comme fort probable l'existence de ganglions pelviens et lombaires, ces derniers ayant peut-être quelque part à la production des douleurs que la malade éprouve dans la région des reins.

Nous pouvons, par contre, affirmer que l'apparition du ganglion sus-claviculaire a été postérieure à celle de l'épithélioma du col utérin, puisque nous avons constaté ce dernier au mois d'août, époque à laquelle il avait déjà pris un développement assez notable, et que la malade n'offrait encore à ce moment aucune tumeur ganglionnaire appréciable.

Ajoutons qu'aucun traumatisme, aucune cause locale n'est venu créer au niveau du ganglion, aujourd'hui induré, une sorte d'état d'opportunité pour le développement, en ce point, d'un néoplasme secondaire.

De tels faits nous semblent, d'ailleurs, être surtout des curiosités anatomo-pathologiques, car ils sont trop rares pour être d'une grande utilité au clinicien dans le diagnostic des lésions utérines suspectes, d'autant que, si l'on s'en rapporte à l'observation de M. Raymond et à la nôtre, l'apparition de l'adénopathie sus-claviculaire est un phénomène tardif de la période de cachexie, et qu'il vient donner au diagnostic une confirmation dont il n'est plus besoin depuis longtemps déjà.

Quoi qu'il en soit, peut-être pourrait-on trouver dans l'existence d'une adénopathie semblable, alors que l'état général des malades ne serait pas encore aussi gravement compromis, un renseignement de valeur, imposant au chirurgien de ne point tenter une opération radicale.

Il resterait enfin à déterminer la cause de la localisation plus fréquente de l'adénopathie sus-claviculaire secondaire au côté gauche. Le fait a été signalé par presque tous les observateurs, mais M. Raymond est le seul jusqu'ici, à notre connaissance, qui ait essayé d'en fournir l'explication. Invoquant le transport d'un embolus cancéreux apporté par les lymphatiques pelviens dans le canal thoracique, il se fonde sur le trajet anatomique de ce canal qui vient se jeter dans le confluent des veines jugulaire et sous-clavière gauches, en arrière de la clavicule de ce côté, et dont la crosse terminale se trouve, par suite, située peu au-dessous du groupe des ganglions sus-claviculaires.

Il semble, en effet, au premier abord qu'on doive trouver dans cette disposition d'anatomie topographique une facile explication du fait clinique; mais, si l'on y réfléchit de plus près, on s'aperçoit que la chose est moins simple qu'elle ne le paraissait. Pour que l'embolus cancéreux parvenu dans la crosse du canal thoracique, au niveau de l'abouchement des vaisseaux lymphatiques provenant des ganglions sus-claviculaires, s'engage dans l'un de ces vaisseaux et arrive ainsi jusqu'au ganglion qu'il va rendre cancéreux, il faut admettre que cet embolus, après avoir parcouru le canal thoracique dans le sens du courant lymphatique, remonte ensuite dans les vaisseaux sus-claviculaires en sens inverse de ce courant, et en dépit des valvules dont ils sont munis. C'est peut-être douteux. On pourrait, il est vrai, invoquer la propagation non plus par le courant liquide, dont le sens n'aurait pas dès lors grande importance, mais par la *voie* lymphatique elle-même, par les vasa-vasorum de la paroi, ou par la zone lacunaire, qui entoure le vaisseau; toutes ces hypothèses sont possibles, mais il n'y a rien de démontré à cet égard.

Nous avouons du reste n'avoir pas à proposer d'explication qui soit plus satisfaisante; la disposition anatomique du canal thoracique par rapport aux ganglions sus-claviculaires gauches semble bien devoir jouer quelque rôle dans la propagation plus fréquente du cancer gastrique ou utérin à ces ganglions, mais le mécanisme intime de cette propagation nous échappe.

Dans les cas où les adénopathies sont multiples et disposées sur divers points du système lymphatique périphérique, comme dans l'observation de M. Millard, l'interprétation devient encore plus difficile, car le transport par les veines, invoqué sous forme d'hypothèse par M. Raymond, ne saurait non plus, croyons-nous, satisfaire pleinement aux conditions du problème. Que l'embolus cancéreux pénètre directement dans le système veineux au niveau du néoplasme primitif, ou qu'il y soit déversé après avoir parcouru le canal thoracique jusqu'à sa terminaison, comment parviendra-t-il jusqu'aux ganglions axillaires par exemple? Ne faut-il pas qu'auparavant il traverse le cœur droit, puis les capillaires pulmonaires? Sans doute les choses se passent ainsi pour le transport des micro-organismes dans le cas de dissémination et de généralisation des lésions de certaines maladies infectieuses, ou encore dans le cas d'absorption et de diffusion d'un virus liquide ou soluble; mais les conditions sont quelque peu différentes dans le cas qui nous occupe et l'obstacle du réseau pulmonaire semble devoir être presque toujours suffisant pour arrêter l'élément cancéreux migrateur. Certes un noyau secondaire ainsi développé dans le poumon pourrait à son tour devenir l'origine d'embolies artério-capillaires et d'une propagation aux ganglions ou aux autres viscères, mais l'existence de ce noyau pulmonaire n'est nullement constante dans les observations qu'il s'agit d'interpréter.

D'ailleurs, s'il est vrai que l'embolie cancéreuse puisse se faire en remontant le cours de la lymphe, ou en suivant la voie lymphatique d'une façon quelconque, ne serait-il pas plus simple d'admettre que c'est encore en pareil cas le canal thoracique qui a conduit l'embolie jusqu'à l'abouchement des vaisseaux lymphatiques dépendant, soit directement, soit par anastomose des ganglions indurés?

Mieux vaut reconnaître que, jusqu'ici, le mode précis de ces généralisations à distance nous échappe, surtout dans les cas où elles paraissent se faire soit en sens inverse du courant lymphatique, soit au delà d'obstacles qui sembleraient devoir s'opposer à une propagation plus éloignée.

L'Adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer abdominal. Rapport lu à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 13 janvier 1888, au nom d'une commission composée de MM. Bucquoy, Raymond et Troisier, par M. Troisier, médecin de la Pitié, rapporteur.

M. André Petit nous a communiqué, dans la séance du 11 novembre 1887, une observation intitulée : *Ganglion sus-claviculaire dans un cas de cancer de l'utérus.* C'est un nouvel exemple de propagation d'un cancer abdominal aux ganglions sus-claviculaires gauches, particularité sur laquelle j'ai attiré l'attention de la Société, dans la séance du 8 octobre 1886 (*Les ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac. — Bull.*, 1886, p. 394).

I

A l'époque où je fis ma communication, je n'avais rencontré cette adénopathie secondaire que dans le cancer de l'estomac. Mais peu de temps après, je pus observer avec M. Raymond, à l'hôpital Saint-Antoine, une femme atteinte de cancer de l'utérus, chez laquelle apparut un ganglion cancéreux dans le creux sus-claviculaire gauche. Cette observation a paru dans nos *Bulletins* (1886). L'observation de M. A. Petit présente une analogie frappante avec celle de M. Raymond.

Sans diminuer la valeur de l'adénopathie sus-claviculaire pour le diagnostic nosologique d'une affection gastrique, ces faits permettent d'affirmer qu'un cancer encore plus éloigné que le cancer de l'estomac peut retentir sur les ganglions du cou. Si l'on envisage la question à ce point de vue, on pourrait peut-être avancer que *tout danger de la cavité abdominale peut se propager à distance aux ganglions sus-claviculaires gauches.*

A l'appui de cette proposition, je peux dès aujourd'hui apporter de nouvelles preuves. Une femme de quarante et un ans était entrée à la Pitié, le 8 décembre 1886, pour un cancer du col de l'utérus, dont il était difficile de préciser le début. Elle présentait tous les signes d'une cachexie avancée. Vers le milieu de janvier 1887, on constata dans l'aine gauche une petite masse ganglionnaire qui se reliait à une masse plus volumineuse, siégeant dans la fosse iliaque correspondante. Trois semaines plus tard, les ganglions de l'aine droite se prirent à leur tour. J'explorais chaque jour les creux sus-claviculaires; le 17 janvier, je sentis nettement trois petits ganglions au-dessus de la clavicule gauche; l'un était situé entre les deux faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien, les deux autres à peu de distance du bord antérieur du trapèze. De nouveaux ganglions apparurent dans la même région, les uns superficiels, les autres profonds; au bout de quinze jours, le triangle sus-claviculaire était tout entier occupé par une masse ganglionnaire qui augmenta peu à peu de volume, et qui acquit par la suite les dimensions d'un œuf de poule; en même temps, l'adénopathie s'étendit à toute la partie latérale gauche du cou; là, des ganglions échelonnés derrière le sterno-mastoïdien formaient une chaîne qui remontait jusqu'à l'angle de la mâchoire; d'autres s'étaient développés sur le trapèze. Le côté droit du cou resta toujours indemne. Le 3 février, on constata les premiers signes d'une pleurésie du côté gauche; la quantité de liquide épanché augmenta peu à peu; elle était de 2 litres 1/2 environ au moment de la mort; ce liquide était légèrement sanguinolent. La malade mourut le 17 mars, deux mois après l'apparition des ganglions sus-claviculaires. L'autopsie fut faite; l'utérus était atteint d'épithélioma (la lésion portait sur le col et sur une partie du corps), les ganglions iliaques et inguinaux, ainsi que les ganglions lombaires, présentaient les mêmes altérations; les médiastinaux postérieurs et les trachéo-bronchiques n'étaient pas altérés; mais les ganglions de la partie supérieure du médiastin étaient atteints, ils ne formaient qu'une masse avec les ganglions sus-claviculaires. Il n'y avait pas de noyaux secondaires dans les poumons. Tous les organes du petit bassin étaient recouverts par une nappe cancéreuse. Les deux muscles psoas étaient infiltrés de nodules cancéreux reliés les uns aux autres par des traînées lymphatiques. Le foie était parsemé de masses cancéreuses. L'estomac ne présentait pas de lésion.

Un fait de même genre m'a été communiqué par M. Hutinel, qui l'a observé à l'Hôtel-Dieu annexe en 1881. Dans ce cas, il s'agissait encore d'un cancer utérin; notre collègue constata, plusieurs semaines avant la mort, la présence de ganglions indurés, gros comme des châtaignes, dans les deux creux sus-claviculaires, particulièrement à gauche. On vit à l'autopsie que le néoplasme utérin faisait, dans le cul-de-sac péritonéal, une saillie bourgeonnante du volume d'un petit œuf. Une chaîne de ganglions dégénérés existait le long de la colonne vertébrale; il y avait plusieurs noyaux sur le péritoine, et l'on trouvait à la base des poumons des traînées de lymphangite cancéreuse. Les ganglions du médiastin étaient dégénérés comme ceux de l'abdomen.

Ces deux faits sont absolument comparables au cas publié par M. Raymond et à celui que M. A. Petit nous a communiqué; on peut les résumer de la façon suivante : cancer utérin, altération secondaire des ganglions iliaques et des ganglions prévertébraux, apparition consécutive de ganglions dans le creux sus-claviculaire gauche.

Voici maintenant un cas de cancer de l'ovaire, que j'ai observé récemment chez une femme âgée de cinquante-six ans, et dont j'ai fait l'autopsie avec mon interne, M. Ménétrier. L'ovaire gauche était représenté par une masse ovoïde, à surface lisse, grosse comme une tête de fœtus à terme; cette tumeur était formée par un tissu blanc jaunâtre, mou, friable, avec des cavités remplies d'une bouillie grisâtre. L'ovaire droit et l'utérus étaient sains. Les ganglions iliaques des deux côtés et les ganglions lombaires présentaient la même altération que l'ovaire gauche. Les ganglions du médiastin n'étaient pas altérés. A la partie interne du creux sus-claviculaire gauche, on trouva trois petits ganglions indurés du volume d'une noisette, formés d'un tissu blanc grisâtre, et dont le suc, examiné au microscope, contenait des cellules épithéliales; ces ganglions, quoique non volumineux, étaient donc bien dégénérés. Les ganglions sus-claviculaires droits étaient sains; le cœur, les poumons, le foie et la rate ne présentaient pas d'altération appréciable. Les reins étaient un peu sclérosés; les bassinets renfermaient du pus, ainsi que la vessie.

Dans ce cas, je tiens à le faire remarquer, l'altération des ganglions sus-claviculaires gauches était isolée; ces trois ganglions n'étaient pas reliés à une chaîne prévertébrale s'étendant de l'ovaire à la région cervicale; j'ajoute que cette adénopathie n'était pas sous la dépendance d'un noyau secondaire du poumon.

Voici donc la question élargie; ce n'est plus seulement le cancer de l'estomac qui s'accompagne d'une altération secondaire des ganglions cervicaux; le cancer de l'utérus, le cancer de l'ovaire et vraisemblablement tout cancer abdominal peut déterminer cette adénopathie sus-claviculaire, qu'on avait considérée jusqu'à présent comme l'indice d'un cancer intrathoracique (œsophage, ganglions médiastinaux, poumons).

On comprend, sans qu'il soit nécessaire d'insister, quelle est l'importance clinique de cette altération ganglionnaire à distance; on ne devra jamais négliger de la rechercher; elle sera d'une grande utilité dans les cas douteux, et elle permettra d'écarter, comme M. A. Petit l'a justement fait remarquer, une intervention chirurgicale qui ne pourrait être que désastreuse.

L'adénopathie sus-claviculaire apparait habituellement à une période avancée de la maladie; mais ce n'est pas toujours un signe tardif; elle peut précéder l'état cachectique. Dans un cas de cancer de l'estomac, que j'ai observé à l'hôpital Tenon en 1884, l'adénopathie sus-claviculaire s'est montrée deux mois environ après les premiers symptômes de l'affection gastrique (1). Il ne s'agit donc pas là d'une simple curiosité anatomo-pathologique.

Je me hâte d'ajouter que les ganglions sus-claviculaires ne sont pas les seuls ganglions périphériques qui peuvent subir cette altération à distance. M. Jaccoud insiste beaucoup dans son enseignement sur l'état des ganglions inguinaux pour le diagnostic des néoplasmes de l'abdomen (1). Dans d'autres cas, comme celui de M. Millard (*Bulletins*, 1886), ce sont les ganglions axillaires qui traduiront à l'extérieur un cancer viscéral plus ou moins éloigné. M. Belin, interne de M. Jaccoud, nous donnera prochainement un travail complet sur ce sujet.

II

J'arrive maintenant à l'interprétation des faits. Pourquoi cette localisation du cancer secondaire dans les ganglions sus-claviculaires du côté gauche? Quelle est la raison de cette adénopathie à distance? M. André Petit cherche à résoudre ce problème, qui se rattache à l'étude de la généralisation du cancer, et il en fait bien voir toutes les difficultés.

Lorsque tous les ganglions prévertébraux sont atteints, comme cela est noté dans l'observation de M. Raymond et dans celle de M. Hutinel, on peut admettre que la propagation s'est faite de proche en proche, l'adénopathie sus-claviculaire représente le dernier ganglion de la chaîne qui s'étend de la région primitivement atteinte à la partie inférieure du cou. Dans d'autres cas, la formation d'un noyau secondaire dans le poumon produira une adénopathie médiastine, qui sera suivie d'une adénopathie sus-claviculaire.

Mais la difficulté n'est pas là. Ce qu'il faut déterminer, c'est le mode de transport d'un cancer abdominal aux ganglions sus-claviculaires sans que les ganglions intermédiaires soient atteints. Nous possédons plusieurs faits où la nécropsie a démontré que l'adénopathie sus-claviculaire était isolée et ne paraissait avoir aucune relation anatomique avec le foyer d'origine. C'est ce que j'ai noté, avec M. Ménétrier, dans le cas de cancer de l'ovaire relaté plus haut; même remarque à propos de l'un des faits cités dans ma communication de 1886 (l'autopsie avait été pratiquée par notre collègue A. Gombault). Enfin j'ai assisté cette année à l'autopsie d'une malade qui était atteinte de cancer en nappe de l'estomac et chez laquelle il existait un ganglion sus-claviculaire gauche sans que les ganglions du médiastin fussent intéressés. Cette autopsie a été pratiquée à la Pitié par M. Lancereaux, qui m'a autorisé à en parler; M. Belin la publiera dans tous ses détails.

Le fait est donc bien établi. Ne peut-on pas en trouver la clef dans les rapports anatomiques qui unissent les ganglions cervicaux inférieurs avec la terminaison du canal thoracique? Ce conduit vient s'ouvrir dans le confluent formé par la veine jugulaire interne et la sous-clavière gauche, après avoir décrit une sorte de crosse à convexité supérieure; c'est au niveau de cette anse que s'abouchent les troncs lymphatiques venant des ganglions sus-claviculaires, troncs extrêmement courts, mettant ces ganglions en rapport presque immédiat avec la cavité du canal.

Si des cellules cancéreuses se trouvent déversées dans la cavité du canal thoracique, pourront-elles pénétrer dans les ganglions sus-claviculaires en passant par les troncs lymphatiques efférents dont je viens de parler? Pour cela, elles devraient remonter le courant de la lymphe et franchir les valvules. Telle est la principale objection à cette hypothèse.

Mais un certain nombre de conditions nous permettent de supposer qu'il existe au niveau de la crosse du canal thoracique sinon un reflux, du moins un arrêt de la lymphe. Ce liquide se déverse dans un point du système veineux sujet à de continuelles variations de pression. Chaque expiration, chaque effort détermine un reflux du sang dans les veines caves et dans les veines innominées, et peut-être même un reflux de la lymphe dans le canal thoracique, qui, d'après M. Sappey, n'est pas toujours pourvu de valvules à son embouchure. J'ajoute que, d'après Bonamy, les vaisseaux lymphatiques de la tête et du cou seraient dépourvus de valvules (voy. Sappey, *Anatomie*, t. I, p. 618, 1re édition).

Après tout, la présence de valvules constitue-t-elle un obstacle insurmontable pour la propagation du cancer dans les lymphatiques? N'est-il pas commun d'observer l'envahissement des ganglions dans un sens contraire au cours de la lymphe? Je citerai seulement, à titre d'exemple, la propagation d'un cancer de l'estomac, du foie ou du pancréas aux ganglions lombaires et même aux ganglions iliaques. Au reste, ce transport des cellules cancéreuses dans les lymphatiques est-il absolument passif? Ces cellules ne posséderaient-elles pas des mouvements propres, amiboïdes, semblables à ceux dont sont doués les leucocytes? C'est ce qu'admet Valdeyer, que je cite d'après M. Raymond (article EMBOLIE du *Dictionnaire encyclopédique*, p. 644). Le fait incontestable, c'est la réalité et même la fréquence de cette infection par voie rétrograde.

C'est probablement de la sorte, et par l'intermédiaire du canal thoracique que se fait la propagation d'un cancer abdominal aux ganglions sus-claviculaires gauches. En dehors de cette hypothèse, que je ne présente bien entendu que sous toutes réserves, je ne vois aucune explication basée sur les données de l'anatomie et de la physiologie.

(1) Je n'ai pas relaté cette observation dans ma communication faite en 1886, et puisque l'occasion se présente, j'en dirai ici quelques mots. Il s'agissait d'une femme de quarante et un ans qui souffrait de l'estomac depuis le mois de septembre 1883; elle avait perdu l'appétit depuis cette époque; ses digestions étaient devenues difficiles; elle était prise assez souvent de vomissements, généralement formés de matières alimentaires; une fois elle vomit un liquide noirâtre, et elle eut des garde-robes melaniques pendant deux ou trois jours.

Vers le 25 décembre elle s'aperçut d'une tumeur dans le creux sus-claviculaire droit. Inquiète du développement de cette tumeur, elle se présente le 20 janvier 1884 à la consultation de M. Gillette, qui reconnut une adénopathie secondaire à un cancer viscéral, dit à la malade qu'elle ne pouvait pas être opérée et lui conseilla d'entrer dans un service de médecine.

A ce moment on constatait à la région épigastrique une tumeur du volume du poing, dure, non adhérente à la peau, mobile. Cette femme est amaigrie et présente une teinte jaunâtre des téguments. Dans le creux sus-claviculaire droit on voit et l'on sent une petite tumeur du volume d'un marron, dure et bosselée, indolente, non adhérente à la peau, et qui paraît s'enfoncer profondément derrière l'articulation sterno-claviculaire.

Dans le courant du mois d'avril on vit se développer de petits ganglions durs, indolents, dans le creux sus-claviculaire gauche.

Au mois de mai cette malade arrivée à un extrême d'émaciation et de cachexie demande à sortir de l'hôpital.

Quoique l'autopsie n'ait pas été faite, il n'est pas douteux qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac avec propagation aux ganglions sus-claviculaires des deux côtés. (Rédigé d'après les notes M. Ménétrier, interne du service.)

(1) Voy. surtout *Leçons de clin. méd.* 1888, p. 256.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE POISON DÉCOUVERT DANS L'AIR EXPIRÉ. Note de MM. *Brown-Séquard* et *d'Arsonval*. — Dans la dernière séance, ces deux savants physio-

logistes ont montré qu'en condensant les vapeurs aqueuses exhalées des poumons de l'homme et des mammifères en parfaite santé, on obtenait un liquide toxique extrêmement puissant et capable de déterminer un empoisonnement généralement mortel.

Depuis lors, ils ont fait de nouvelles expériences qui non seulement confirment les premières, mais, de plus, montrent que le poison qu'ils ont découvert est un alcaloïde organique, et non pas, comme on aurait pu le supposer, un microbe ou plutôt une série de microbes.

Voici les nouveaux faits qu'ils ont étudiés : en injectant le liquide provenant de la condensation des exhalaisons pulmonaires sous la peau d'un lapin, MM. Brown-Séquard et d'Arsonval ont vu se produire les mêmes phénomènes toxiques que ceux qu'ils avaient observés à la suite de l'injection de 4 à 30 grammes de ce même liquide dans une artère ou dans une veine.

Ils ont également constaté que la mort survient tout aussi rapidement quand le poison est injecté sous la peau que lorsqu'il est directement introduit dans les vaisseaux sanguins. De plus, les phénomènes qui précèdent la mort, dans le cas d'injection sous-cutanée du poison pulmonaire, concourent, avec les particularités révélées par l'autopsie, à prouver que l'animal est soumis, pendant les dernières heures de sa vie, à ce que M. Brown-Séquard a étudié sous le nom d'arrêt des échanges entre les tissus et le sang.

L'animal meurt sans convulsions, et l'on remarque, en examinant les cavités thoracique et abdominale, que le cœur et les gros vaisseaux, la veine cave notamment, contiennent beaucoup de sang rougeâtre au lieu de ne renfermer (comme dans la mort ordinaire) qu'une médiocre quantité de sang noirâtre dans le côté veineux du cœur, en même temps que le ventricule gauche et les artères ne contiennent que des traces de sang de couleur noire.

Les autres constatations nécropsiques montrent que le poison pulmonaire est un irritant des plus violents de la base de l'encéphale.

Enfin, MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, cherchant ce que devenait la puissance toxique du liquide pulmonaire, si on le soumettait à l'ébullition en vase clos, ont constaté que, après avoir subi une température de 100 degrés centigrades, ce liquide, loin d'avoir perdu de sa puissance toxique, paraît, au contraire, plus susceptible encore de produire des effets délétères. D'où ils concluent que l'influence pernicieuse du liquide de condensation des vapeurs pulmonaires n'est pas due à des microbes, mais qu'elle appartient à une substance organique sécrétée par les poumons. D'autres recherches des mêmes auteurs montrent aussi que cette substance organique est un alcaloïde volatil, comparable, sous plusieurs égards, aux substances si bien étudiées par M. Gautier sous les noms de leucomaïne et de ptomaïne.

En résumé, la principale conclusion de cette note est qu'il existe dans l'air confiné un principe volatil, meurtrier, provenant des poumons et bien plus dangereux que l'acide carbonique qui s'y rencontre aussi. Enfin l'haleine de l'homme contient aussi, de même que celle des animaux, un poison des plus puissants.

Du tétanos spontané. Note de M. *Verneuil* (voy. aux *Travaux originaux*).

E. Rivière.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le ministre du commerce et de l'industrie consulte l'Académie sur la question du plâtrage des vins.

Mme veuve *Bernutz* envoie un travail inédit de son regretté mari sur *les affections syphilitiques de l'utérus*.

M. le docteur *Bompaire* adresse le relevé des *vaccinations* qu'il a pratiquées en 1886.

M. le docteur *Lecorre* envoie un rapport sur *les vaccinations* qu'il a faites à la Nouvelle-Calédonie.

M. le docteur *Janrès* (à Dourgne, Tarn) adresse un *rapport sur une épidémie de variole*.

M. le docteur *Bottey* envoie une brochure intitulée : *Étude physiologique et thérapeutique sur l'action et la réaction en hydrothérapie* pour le concours du Prix Desportes en 1888.

M. le docteur *Marfan* adresse une brochure ayant pour titre : *Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire* pour le concours du Prix Godard en 1888.

M. le docteur *Jullien* envoie un *Traité pratique des maladies vénériennes* pour le concours du Prix Itard en 1888.

M. le docteur *Goubert* adresse un mémoire sur *le traitement de l'épilepsie par le bromure d'or* pour le concours du Prix Barbier en 1888.

M. le docteur *Bois* envoie un mémoire manuscrit sur *la distribution des eaux à Aurillac* pour le concours du Prix Vernois en 1888.

MM. les docteurs *Filleau* et *Petit* adressent un *Rapport sur les hôpitaux de phthisiques en Angleterre* pour le concours du Prix Monbinne en 1888.

M. le docteur *Antonin* (de Bucharest) envoie un ouvrage, en langue roumaine, sur *le traitement de la pneumonie par la digitale*.

M. *Constantin Paul* dépose une brochure de M. le docteur *Lejard* sur *la physiologie pathologique et le traitement des anémies*.

M. *Tarnier* présente, au nom de M. le docteur *Jules Simon*, le tome II de ses *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants*.

M. *Villemin* offre un mémoire de M. le docteur *Strœbel*, médecin-major au 137e d'infanterie, sur *la vaccination animale*.

M. *Montard-Martin* dépose deux publications de la Société française d'hygiène : 1° *Une colonie scolaire de vacances en* 1887, par M. le docteur *Blayac*; 2° un *Rapport sur l'Exposition d'hygiène de Varsovie en* 1887, par M. le docteur *Monin*.

Traitement du furoncle et de l'anthrax par la pulvérisation phéniquée. — Pour M. *Verneuil*, le furoncle et l'anthrax ne sont que des degrés d'une même maladie infectieuse et sont justiciables des mêmes moyens thérapeutiques. Ceux-ci consistent en actes chirurgicaux et en applications topiques : les premiers semblaient autrefois indispensables ou pour le moins applicables à la majorité des cas; les seconds, efficaces tout au plus dans les cas légers, ne jouaient dans le traitement qu'un rôle adjuvant et fort secondaire. C'est l'inverse qui doit être accepté aujourd'hui ; l'intervention opératoire devient de moins en moins nécessaire et sera réservée pour des cas tout à fait exceptionnels; au contraire, les topiques antiseptiques — au premier rang desquels il faut placer les solutions phéniquées et boriquées sous forme de pulvérisations phéniquées et réitérées — jouissent d'une efficacité remarquable, en même temps qu'elles sont d'une bénignité absolue et d'un maniement des plus simples. Les pulvérisations font, à bien peu d'exceptions près, avorter rapidement les furoncles et les petits anthrax; elles arrêtent la marche du mal dans les cas les plus graves, font d'ordinaire cesser très vite les douleurs, la fièvre et les accidents généraux, désinfectent les foyers purulents et gangreneux, hâtent leur détersion et favorisent la formation d'une belle couche de bourgeons charnus. Elles sont applicables dans toutes les régions, à toutes les formes et à toutes les périodes du mal; elles ne sont jamais nuisibles et à elles seules amènent la guérison dans la grande majorité des cas; elles aideront puissamment d'ailleurs au succès des moyens chirurgicaux au cas où ceux-ci deviendraient nécessaires. Enfin elles tendent à prévenir les auto-intoxications extérieures et les phénomènes d'infection générale. M. Verneuil s'appuie, pour recommander le traitement du furoncle et de l'anthrax par la pulvérisation phéniquée, sur un nombre assez considérable d'observations, dans lesquelles il a obtenu facilement la guérison grâce à ce moyen.

MALADIES DE L'ESTOMAC. — M. *Germain Sée* appelle l'attention sur un nouveau réactif chimique propre à diagnostiquer les maladies de l'estomac. Il fait en effet observer que, seule, l'analyse des liquides contenus dans cet organe permet de reconnaître les altérations chimiques qui constituent ces maladies, en sont la cause ou l'effet, en particulier pour le cancer de l'estomac. Jusqu'ici on a employé, comme réactifs, soit les sulfates d'aniline et le violet de Paris, suivant la méthode classique de M. Laborde, soit la tropéoline, le sulfocyanure de potassium, le perchlorure de fer, etc. Comme c'est surtout l'acide chlorhydrique qu'il convient d'examiner, on a obtenu d'excellents résultats avec une solution de 2 grammes de phloroglucine et de 1 gramme de vanilline; une goutte de ce mélange, en présence d'une trace d'un acide minéral concentré, se colore aussitôt d'un rouge vif en même temps qu'il se dépose des cristaux d'un beau rouge.

Ce procédé a été découvert à Francfort par M. le docteur Gunzbourg. M. Germain Sée l'utilise de la manière suivante : il fait d'abord prendre au malade ce qu'il appelle un déjeuner d'épreuve, qui consiste en un ou deux œufs durs et une petite quantité d'eau ; quarante-cinq minutes après, une petite quantité de suc gastrique est recueillie à l'aide de l'aspirateur Potain et l'essai est aussitôt fait avec le réactif. Ayant fait ainsi de nombreuses recherches sur des cas différents, M. Germain Sée estime qu'avant de se prononcer sur l'existence d'une dyspepsie il ne suffit pas de constater un suc gastrique non chlorhydrique; avec un suc dépourvu d'acidité vraie et efficace, la digestion se fait surtout dans l'intestin, tandis qu'avec un suc chlorhydrique normal il ne faut pas toujours croire à une digestion parfaite, car il peut y avoir des troubles intestinaux qui simulent entièrement la dyspepsie gastrique; enfin, avec ce même suc normal il peut y avoir des phénomènes pathologiques qui répondent à un simple ralentissement, à une bradyspepsie stomacale qui aboutit finalement à des produits parfaits. En tout cas, si l'acide chlorhydrique fait défaut dans le suc gastrique, on est en présence d'un cancer et d'une dyspepsie par inanition.

Passant ensuite aux indications thérapeutiques qui ressortent de ces recherches, M. Germain Sée remarque que trois médications sont ici en présence : la chlorhydrothérapie, l'alcalinothérapie et les évacuants mécaniques et physico-chimiques. La première de ces médications est surtout efficace contre la dyspepsie avec peu d'acide ou contre la dyspepsie où prédominent les acides organiques et volatils, c'est-à-dire dans la dyspepsie, la gastrite de ce genre ou dans les dilatations où il y a une surproduction d'acides organiques. L'alcalinothérapie est généralement employée à dose trop faible ; il s'agit de neutraliser l'excès d'acide ; cinq à six grammes de sel basique sont au moins nécessaires et cette prescription doit souvent être répétée deux fois dans les trois heures de la digestion et continuée pendant plusieurs jours. Quant aux évacuants, ils s'appliquent à tous les cas d'affections atoniques de l'intestin et de l'estomac. Quelle que soit la médication employée, on voit combien la recherche préalable de l'acide chlorhydrique du suc gastrique s'impose pour établir le traitement sur des bases rationnelles. Pour le régime, M. Germain Sée fait observer que l'usage exclusif du lait, si vanté pour toutes les maladies de l'estomac, presque à l'exclusion de tout autre, n'est guère en réalité applicable qu'aux cas d'ulcère, car il détermine fréquemment des dilatations et de l'inanition. Il en est de même avec le régime des viandes légères et tendres, sans végétaux ni gros pain ni amylacés ni graisses. Il vaut mieux recommander pour les cancers où l'acide chlorhydrique manque totalement les substances amylacées et azotées ; inversement, dans les dyspepsies hyperchlorhydriques, c'est l'usage de la viande et du poisson, même en abondance, qu'il faut préférer.

M. *Laborde* fait observer que son procédé pour analyser le suc gastrique dont M. G. Sée vient de parler est bien connu des physiologistes, mais beaucoup moins des cliniciens.

M. *Constantin Paul* s'étonne que M. Germain Sée ait refusé aussi absolument, au cours de sa communication, de reconnaître une valeur diagnostique à la diminution de l'urée dans les cas de cancer de l'estomac. Il a pu maintes fois se convaincre de l'intérêt de ce signe pathognomonique.

Voulez-vous faire la contre-partie? objecte M. *Germain Sée;* si vous trouvez plus d'urée chez les dyspeptiques que chez ceux qui sont atteints de cancer, je serai convaincu.

— L'Académie se forme en comité secret afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Gariel* sur les candidats au titre de correspondant national dans la quatrième division. La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Moitessier, 2° M. Engel, 3° M. Barnsby, 4° M. Charpentier, 5° M. Soubeiran, 6° M. Lacour-Eymard.

AVIS. — Le délai de la remise des mémoires pour les prix de l'Académie, concours de 1888, expire le 29 février 1888.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

A propos d'un cas de farcin chronique : M. Féréol. — Allocution de M. Féréol. — Allocution de M. Cadet de Gassicourt. — Pathogénie du mal de Bright : M. E. Gaucher. — Traitement de la diarrhée verte infantile par l'acide lactique : M. Hayem (Discussion : M. Sevestre). — Sur un cas de névrite : M. Raymond (Discussion : MM. Rendu, Hayem). — L'adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer abdominal (Rapport sur une note relative à un cas de ganglion sus-claviculaire gauche cancéreux dans le cancer de l'utérus par M. André Petit) : M. Troisier.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Féréol* donne des renseignements complémentaires sur l'observation du malade dont il a parlé et chez lequel on pouvait songer à l'existence du farcin chronique. Tout d'abord les inoculations pratiquées à Alfort par M. Nocart sur divers animaux et même sur l'âne sont restées absolument négatives; il ne s'agit donc pas d'un cas de farcin, en dépit de la constatation dans le pus d'un bacille analogue d'aspect à celui de la morve. D'ailleurs, M. Bouchard ayant bien voulu examiner cet individu et ayant appuyé le diagnostic d'abcès consécutifs à des piqûres de morphine pratiquées clandestinement, on prit le parti de fouiller séance tenante les effets du malade; celui-ci se décida alors à avouer et à remettre entre les mains de M. Féréol la seringue de Pravaz et la solution de morphine qu'il avait jusque-là réussi à dissimuler. Cet individu se faisait, en cachette, depuis quatre ans, des piqûres de morphine, et en était arrivé au chiffre de six injections, renfermant chacune 33 milligrammes de morphine, répétées trois fois par jour, c'est-à-dire qu'il absorbait près de 60 centigrammes de morphine chaque jour. C'est surtout à l'état d'intoxication profonde et ancienne qu'il faut sans doute attribuer la production des abcès, car la seringue était en bon état et la solution limpide; d'ailleurs, le malade pratiquait le plus souvent ses injections d'une façon défectueuse dans l'épaisseur même du derme.

— M. *Féréol*, président sortant, prononce l'allocution d'usage et appelle au fauteuil M. Cadet de Gassicourt, vice-président, en l'absence de M. Siredey, président pour 1888, empêché d'assister à la séance par un deuil de famille.

M. *Cadet de Gassicourt* prend la présidence, par inté-

rim, de la Société, et remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en le choisissant pour vice-président.

— M. *E. Gaucher* donne lecture d'une note sur la *pathogénie du mal de Bright*. (*Sera publiée.*)

— M. *Hayem* a continué ses expérimentations sur l'efficacité thérapeutique de l'acide lactique dans le cas de diarrhée verte des jeunes enfants. Cette médication fournit d'excellents résultats dans les diarrhées dont l'origine microbienne a été étudiée par son interne M. Lesage, et grâce à elle la mortalité a notablement diminué parmi les nourrissons de la crèche de Saint-Antoine. Il convient d'employer l'acide lactique en solution à 2 pour 100, édulcorée avec du sirop de sucre, mais il est souvent utile de dépasser les doses que M. Hayem avait précédemment indiquées ; au lieu de trois à six cuillerées à café dans les vingt-quatre heures, il faut donner jusqu'à douze, quinze et vingt cuillerées à café dans le même temps : environ une toutes les demi-heures en dehors des tétées. On obtiendra ainsi la guérison des cas qui paraissaient rebelles à une moindre dose. Un des premiers effets du médicament est de faire cesser les vomissements. Depuis quelque temps M. Hayem a traité de la même façon un certain nombre de diarrhées chroniques rebelles chez des adultes. Dans la plupart des cas d'entéro-colite ou d'irritation intestinale ancienne due à un régime défectueux et accompagnée de dyspepsie gastrique, l'acide lactique a amené la guérison rapide des accidents. On doit évidemment s'attendre à quelques insuccès ; il n'est pas de médicament pouvant guérir à coup sûr toutes les diarrhées. Jusqu'ici il est assez difficile de spécifier les cas dans lesquels l'acide lactique peut réussir et ceux dans lesquels il doit échouer. M. Hayem emploie chez l'adulte la même solution, à la dose de trois cuillerées à soupe par jour. Comment agit l'acide lactique en pareil cas : certes, ainsi que l'a démontré M. Lesage, il empêche le développement du parasite de la diarrhée verte infantile, mais il faut reconnaître que le sublimé possède le même pouvoir et cependant ne réussit pas à enrayer les accidents. Il est plus probable que l'acide lactique a une action antidyspeptique et modifie les réactions gastro-intestinales.

M. *Sevestre* confirme les assertions de M. Hayem relatives aux heureux effets de l'acide lactique dans le traitement de certaines diarrhées infantiles. Mais il convient en effet de l'administrer à forte dose ; dans son service de l'hospice des Enfants assistés, M. Sevestre emploie l'acide lactique, mais à doses encore plus élevées et plus rapprochées que ne l'indique M. Hayem : il donne une cuillerée à café toutes les dix minutes, ou même toutes les cinq minutes dans les cas graves. Certaines diarrhées bilieuses qui résistent à ce médicament sont au contraire promptement supprimées par l'emploi de doses énormes de bicarbonate de soude : environ $1^{gr},50$ de bicarbonate par kilogramme du poids de l'enfant, soit 4 grammes à $4^{gr},50$ pour un enfant de 3 kilogrammes. Cette médication ne détermine aucun accident.

M. *Hayem* fait remarquer que dans la diarrhée verte les selles sont neutres, tandis qu'elles sont acides dans la diarrhée bilieuse ; c'est là peut-être ce qui explique l'heureuse action des alcalins dans ce dernier cas. Il est probable que l'on retrouve du bicarbonate de soude dans les selles, comme cela a lieu chez les adultes soumis au traitement du rhumatisme par le bicarbonate à doses massives.

M. *Sevestre* a constaté que les selles restent acides ; d'ailleurs le traitement ne dure pas plus d'un jour ou deux, les accidents cédant très vite.

— M. *Raymond* rapporte l'observation d'un malade, alcoolique et saturnin, qui entra dans son service avec tous les symptômes classiques de la néphrite interstitielle, et présenta au cours de cette affection, terminée par la mort dans le coma, une paralysie des membres inférieurs avec prédominance du côté des extenseurs des orteils et du jambier antérieur, hyperesthésie, abolition des réflexes tendineux, et légère atrophie musculaire. Ces phénomènes sont ceux que l'on attribue à une névrite périphérique, localisée dans ce cas aux deux nerfs sciatiques poplités externes, et, en effet, à l'autopsie on constata l'existence de lésions de névrite sur ces rameaux nerveux ; mais on découvrit en même temps une leptomyélite superficielle de la région lombaire de la moelle, avec névrite radiculaire, surtout postérieure, à forme primitivement interstitielle et secondairement parenchymateuse. C'est évidemment à cette lésion méningo-médullaire qu'il faut rapporter l'origine de la névrite des membres inférieurs, et à ce propos M. Raymond croit devoir réagir contre la tendance, un peu trop accentuée peut-être, qui s'est manifestée dans ces derniers temps, à admettre l'existence des névrites périphériques dites spontanées, et indépendantes de toute lésion des centres nerveux. De ses recherches, en collaboration avec M. Arthaud, il arrive à conclure que « les névrites périphériques spontanées sont à peu près toujours le résultat d'une lésion constante, la méningite radiculaire postérieure et antérieure ». Les névrites consécutives à cette lésion radiculaire offrent une évolution que l'on peut diviser en trois stades : le premier caractérisé par les troubles sensitifs, anesthésie, hyperesthésie ; le second, ou période d'état, accompagné des phénomènes d'incoordination ; enfin le dernier, ou stade d'atrophie, pendant lequel l'innervation est totalement compromise. Il est vraisemblable, d'ailleurs, que dans les cas où l'autopsie a montré des névrites périphériques sans méningite radiculaire, celle-ci avait disparu par guérison et restauration alors que les nerfs périphériques étaient encore en pleine dégénérescence. Ce fait est d'accord avec les expériences de Pitres et Vaillard, d'Arthaud, et avec l'évolution de certaines maladies nerveuses centrales. Il faut, avant de se prononcer d'une façon absolue, de nouvelles recherches et de nouvelles autopsies ; mais M. Raymond a la conviction qu'elles tendront à confirmer l'opinion qu'il défend aujourd'hui, c'est-à-dire que *la méningite médullaire est le facteur le plus fréquent des névrites périphériques.*

M. *Rendu* partage cette manière de voir. Il a observé un individu qui présentait, lors de son entrée dans son service, les symptômes typiques de la paralysie radiculaire brachiale de Erb, et chez lequel il diagnostiqua une névrite périphérique *a frigore ;* mais bientôt tous les muscles du bras, puis de l'autre bras furent intéressés et atrophiés, ensuite ceux des membres inférieurs et le malade est aujourd'hui presque immobilisé. Il doit évidemment exister ici des lésions de méningo-myélite radiculaire ayant simulé la polynévrite primitive, et c'est là, sans doute, le cas le plus fréquent. Il importe de toujours rechercher l'origine de ces névrites dans une lésion centrale.

M. *Raymond* a constaté souvent des névrites périphériques cutanées à l'autopsie de vieillards, surtout lorsque ces individus succombaient à quelque cachexie, ou étaient atteints de rein sénile.

M. *Hayem* fait observer que chez les vieillards, les cachectiques et en particulier les tuberculeux, on trouve des lésions d'atrophie dégénérative de tous les tissus, des muscles aussi bien que de la peau ou des nerfs. Les névrites rencontrées par M. Raymond font sans doute partie d'un ensemble de lésions dégénératives attribuables à la sénilité ou à la cachexie.

M. *Raymond* reconnaît l'exactitude de ces faits, mais les altérations nerveuses lui ont paru, dans un certain nombre de cas, plus considérables que celles des autres tissus. Il a voulu précisément faire remarquer que l'on a mis sur le compte de la névrite périphérique essentielle des lésions nerveuses qui sont du fait de l'âge ou de la cachexie.

— M. *Troisier* donne lecture, au nom d'une commission composée de MM. Bucquoy, Raymond et Troisier, de son rapport sur une note de M. André Petit relative à un cas de *ganglion sus-claviculaire gauche cancéreux dans le cancer de l'utérus*, et étudie à cette occasion l'*adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer abdominal*. (Voy. p. 37 et 39.) André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

Antisepsie et ovariotomie : MM. Terrier, Terrillon, Polaillon. — Occlusion intestinale : M. Ovion (de Boulogne-sur-Mer), M. Berger, rapporteur. — Autoplastie par la méthode italienne modifiée : M. Poncet (de Lyon), M. Berger, rapporteur. — Élections.

M. *Terrier* a demandé à M. Pasteur ce qu'il pense de l'asepsie de l'eau bouillie. Il en résulte qu'on peut à peu près se fier à l'eau bouillie, passée au filtre Chamberland et bouillie. C'est ce que M. *Terrillon* avait dit. M. *Polaillon* préfère additionner l'eau bouillie d'acide phénique à 1 pour 100.

— M. *Berger* lit un rapport sur une observation de M. *Orion* (de Boulogne-sur-Mer) : garçon de douze ans et demi, atteint d'accidents qui au début simulèrent une indigestion; M. Ovion ne fut appelé que tard, alors qu'il y avait déjà de la péritonite. Il opéra cependant et put détordre un volvulus, mais la péritonite évolua et emporta le malade. M. Berger pense seulement qu'en pareil cas un lavage du péritoine n'eût pu être que bon.

— M. *Poncet* (de Lyon) a lu à la Société une observation de *greffe par approche* pour une plaie ne se cicatrisant pas de la région malléolaire externe; le lambeau fut pris à la fesse (voy. *Gaz. hebd.*, 1887, p. 252). M. *Berger*, à ce propos, fait un rapport sur l'*autoplastie par la méthode italienne modifiée* et relate d'abord une nouvelle observation de M. Poncet: un homme eut le coude pris dans une courroie de transmission et il lui resta une vaste plaie qui, entourée de cicatrice, ne tendit plus à se fermer. Après avivement à la cuiller tranchante, M. Poncet combla la perte de substance avec un lambeau pris au tronc. Les deux fois, M. Poncet coupa le pédicule en deux séances, le neuvième et le treizième jour. La sensibilité du lambeau transplanté fut vite parfaite dans le premier cas; dans le deuxième, au bout de six mois, elle n'est pas encore bien revenue, mais il n'y a pas de troubles trophiques.

La méthode italienne proprement dite est constituée par la rhinoplastie de Tagliacozzi; ce dernier l'avait probablement apprise de Branca et de Bojani. Un pont cutané est d'abord isolé sur la région bicipitale et il n'est sectionné à son pédicule inférieur, avivé sur les bords et suturé à la place du nez que lorsque la face profonde est cicatrisée. Puis venaient des manœuvres extrêmement complexes dont la fidèle observance conduisait Tagliacozzi à des succès, succès révoqués en doute au siècle dernier par Dionis, par Lafaye, car ces pratiques minutieuses étaient tombées dans l'oubli et de là des échecs constants. Nous ne reviendrons pas sur le principe de l'opération modifiée en un seul temps (voy. *Gaz. hebd.*, 1887, p. 779 et 860). Il a été proposé au dix-huitième siècle par Renaulme de la Garanne, qui probablement ne l'appliqua pas, et il n'est mis nettement en pratique que depuis 1816, par de Græfe (après que cet auteur eût refait un fort beau nez par la méthode de Tagliacozzi). Les élèves de de Græfe parlèrent alors de « méthode allemande » ; cette modification ne mérite pas d'être érigée en méthode. Après les six à sept succès de de Græfe vinrent des insuccès ; après de nombreux échecs, Diffenbach, Szymanoswki, Sigmundi, Wutzer, condamnent ce procédé. L'autoplastie italienne en une séance était ainsi partout oubliée quand en 1879 M. Berger y eut recours pour une blépharoplastie très complexe. Peu de temps après, il répara de même un moignon conique de cuisse avec la peau de la jambe opposée. Puis vinrent des observations de Socin, d'Adams, de Maas; et, dans ces derniers temps, des travaux nombreux (voy. *Gaz. hebd.*, p. 860). Il est certain que ce procédé ne se substituera pas aux autres, plus simples, mais souvent il sera applicable là où les autres sont inapplicables ou ont échoué. Quelles en sont donc les indications? Deux ressortent des faits de M. Poncet: 1° plaie entourée partout de cicatrice et greffes de Reverdin échouant; 2° région où toute cicatrice est mal supportée (olécrâne) et où il y a grand intérêt à reconstituer une surface cutanée. Mais ce n'est pas tout : souvent on pourra parer ainsi à des cicatrices vicieuses causant des rétractions que la section simple est impuissante à amender (observations de M. Berger, voy. *Gaz. hebd.*, 1887, p. 779 et 794; de M. Lannelongue, voy. p. 860). A la face encore ne sera-ce pas une méthode précieuse pour une région où l'économie de cicatrice est si importante? Tagliacozzi, d'ailleurs, ne faisait pas que des nez, mais aussi des lèvres et des oreilles.

Dans tout cela la seule difficulté est dans la nécessité d'immobiliser absolument les deux régions suturées. M. Poncet a pu une fois appliquer le pied contre la fesse et quatorze jours de cette flexion forcée ont été supportés; c'est un cas exceptionnel. Il faut d'ailleurs toujours chercher avec soin quelle position sera le mieux supportée et tailler le lambeau en conséquence. Et alors on se prémunira à l'avance de valves plâtrées bien soignées; M. Poncet a réussi avec le simple bandage roulé, mais mieux vaut ne pas s'y fier. Ces précautions préalables minutieuses sont indispensables. La suture pourra être faite au crin de Florence (Berger); au fil d'argent (Poncet), mais non au catgut, trop tôt résorbé. Malgré la pratique de quelques chirurgiens allemands, les points de suture de matelassier sont inutiles; la compression est ce qu'il y a de mieux pour assurer le contact des surfaces. M. Berger diffère d'avis avec M. Poncet sur les points suivants: 1° il ne dégraisse pas la surface profonde des lambeaux; 2° il conseille de réunir autant que possible la plaie créée près du lambeau (ce que les chirurgiens allemands ne font pas non plus); 3° il préfère l'avivement au bistouri. Il approuve la section du pédicule vers le treizième ou quatorzième jour.

M. *Lucas-Championnière* présente un malade guéri d'un anévrysme *artério-veineux du creux poplité* par la ligature des deux bouts de l'artère.

ÉLECTIONS. — *Membre titulaire :* M. Reynier.

Associés étrangers : MM. Bryant (de Londres) et Holmes (de Londres).

Correspondants étrangers : MM. Ceccherelli (de Parme) et Gory (d'Amsterdam).

Correspondants nationaux : MM. Poncet (de Lyon); Bousquet (de Clermont-Ferrand); Cauchois (de Rouen); Houzel (de Boulogne-sur-Mer).

A. BROCA.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 11 JANVIER 1888. PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. *le Président* rappelle l'état des finances de la Société et ajoute que la Société ne quittera pas le local qu'elle occupe actuellement pour l'installation qu'on lui propose au Palais des Sociétés savantes.

— M. *le Secrétaire annuel* lit un rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1887.

M. *le Secrétaire général* lit une notice sur la *Vie et les travaux du professeur Gosselin.*

PRIX DÉCERNÉS EN 1887. — *Prix Duval.* — Ce prix est partagé entre MM. Francis Villar, pour sa thèse (Tumeurs de l'ombilic), et M. Métaxas-Zani, pour sa thèse (Anaplasties secondaires).

Prix Laborie. — La Société ne décerne pas de prix. La somme est partagée, à titre d'encouragement, entre : 1° M. Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son travail sur la guerre au Tonkin et à Formose; 2° M. Pousson, agrégé à la Faculté de Bordeaux, pour son mémoire sur le traitement chirurgical des exstrophies de la vessie; 3° M. L. H. Petit, bibliothécaire adjoint à la Faculté, pour un travail sur les tumeurs gazeuses du cou ou aérocèles.

Prix Demarquay. — Le prix est partagé entre M. A. Demars, interne des hôpitaux, et M. le docteur Ménard, pour leurs mémoires sur la pathogénie et le traitement des kystes hydatiques du foie.

Prix Gerdy. — M. Barraud, interne des hôpitaux, pour son mémoire sur les hernies adhérentes au sac, accidents et thérapeutique.

PRIX DÉCERNÉS EN 1888. — 1° Prix Duval; — 2° Prix Laborie.

PRIX A DÉCERNER EN 1889. — 1° Prix Duval; 2° Prix Laborie; 3° Prix Gerdy; 4° Prix Demarquay.

Les travaux destinés au concours doivent être déposés à la Société avant le 1er novembre.

Société de biologie.

SÉANCE DU 14 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Un cas d'allochirie auditive : M. Gellé. — Toxicité de l'eau exhalée par les poumons: MM. d'Arsonval et Brown-Séquard. — De l'état des forces chez les épileptiques : M. Féré. — Phénomènes électriques chez les hystériques: M. Féré. — Alcaloïdes contenus dans le sang : M. Würtz. — Influence du système nerveux sur la nutrition: M. Leven. — Des dents chez les mammifères diphiodontes: M. Lataste.

M. *Gellé* rapporte un cas d'allochirie auditive qu'il a eu occasion d'observer.

— M. *d'Arsonval* a continué d'étudier avec M. *Brown-Séquard* la toxicité de l'eau exhalée par les poumons. Il décrit l'appareil qui leur sert à condenser la vapeur d'eau sortant des poumons du chien et de l'homme. Quant au principe toxique lui-même, il est probablement de nature alcaloïdique.

M. *Brown-Séquard* rappelle que les phénomènes présentés par les animaux auxquels on injecte une certaine quantité de cette eau, indiquent bien l'action d'un poison du système nerveux. Il insiste particulièrement sur le fait de l'arrêt des échanges chez ces animaux et sur cet autre fait, à savoir que, tandis que la respiration et la température ne se modifient pour ainsi dire pas, le cœur bat extrêmement vite.

— M. *Féré* a étudié l'état des forces chez les épileptiques et rapporte les résultats d'un certain nombre d'expériences qui montrent que, d'une manière générale, chez ces malades, la force musculaire est diminuée.

— M. *Féré* a observé une femme qui présentait des phénomènes électriques analogues à ceux que l'on peut constater chez certains animaux qui ont la peau très sèche. Cette femme, manifestement hystérique, est chargée d'électricité positive; il suffit d'une excitation sensorielle pour augmenter encore cette tension électrique, toujours plus forte d'ailleurs d'un côté. Elle a un fils d'une douzaine d'années qui depuis quelque temps présente les mêmes phénomènes. Quant à la peau de ces deux sujets, elle est très sèche, et cette sécheresse de la peau est encore plus marquée du côté où les phénomènes électriques prédominent.

M. *d'Arsonval*, qui a aussi examiné cette femme, fait observer qu'elle ne peut être considérée comme une source d'électricité; tandis qu'à l'état normal la peau humaine est un corps très bon conducteur, ce sujet, par suite de la sécheresse de la peau due sans doute à des influences nerveuses spéciales, est comparable à un corps isolant.

— M. *Würtz* a pu retirer du sang des bases volatiles dont il a commencé l'étude. Le sang contient d'ailleurs aussi des bases fixes que M. A. Gautier a isolées. Ces alcaloïdes ont sans doute des effets physiologiques qu'il sera très intéressant de déterminer.

— M. *Leven*, poursuivant l'exposition de ses idées sur l'influence du système nerveux sur la nutrition, s'attache à montrer que l'amaigrissement dépend toujours de troubles de ce système et que, celui-ci rétabli, l'amaigrissement disparaît.

— M. *Lataste* fait une communication sur le système dentaire chez les mammifères diphiodontes.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Du strophantus : M. C. Paul. — Des propriétés hémostatiques de l'antipyrine : M. Hénocque (Discussion : MM. Moutard-Martin, Catillon, Bilhaut). — Transfert de la Société au Palais des Sociétés savantes.

M. *C. Paul* présente à la Société des semences de strophantus d'une coloration verdâtre et dépourvues de poils et d'aigrette terminale; il existe actuellement dans le commerce des semences semblables à cet échantillon, aussi M. C. Paul pense qu'il serait utile de déterminer leur valeur et leur degré d'activité. — Il a continué ses expérimentations sur l'action thérapeutique du strophantus, et les résultats qu'il a obtenus viennent confirmer ceux dont il a précédemment entretenu la Société : le strophantus agit bien moins comme médicament cardiaque que comme diurétique. La diurèse qu'il détermine n'est pas considérable, mais elle est régulièrement soutenue pendant toute la durée de l'administration du médicament.

— M. *Hénocque* lit un travail sur les propriétés hémostatiques de l'antipyrine. (Voy. le numéro du 13 janvier, p. 29.)

M. *Moutard-Martin* demande à M. Hénocque s'il a expérimenté, soit sur les animaux, soit sur l'homme, les propriétés antihémorrhagiques de l'antipyrine administrée par la voie gastrique. Il a, pour sa part, essayé l'antipyrine, dans ce but, chez quelques malades et en particulier chez des phthisiques atteints d'hémoptysie, mais il n'en a jamais obtenu de résultats bien manifestes.

M. *Hénocque* n'a pas constaté d'effets appréciables en pareille circonstance; cependant il a cru remarquer une diminution du flux menstruel chez un certain nombre de femmes qui prenaient de l'antipyrine à l'époque de leurs règles. Il rappelle que M. Daremberg a signalé également l'inefficacité de l'antipyrine pour combattre l'hémoptysie ou l'hématémèse.

M. *Catillon* a vu récemment MM. Gley et Capitan faire cesser l'hémorrhagie résultant d'une petite plaie par instrument tranchant, au moyen d'une application d'antipyrine en poudre *loco dolenti*. Il tient, du reste, de ces deux médecins, que l'antipyrine n'a pas d'action hémostatique lorsqu'elle est administrée à l'intérieur.

M. *Bilhaut* fait remarquer que, si les propriétés hémostatiques de l'antipyrine, en applications externes, se confirment par l'expérimentation journalière, on peut se réjouir de posséder un moyen aussi simple et inoffensif de suspendre les hémorrhagies, car les hémostatiques connus jusqu'ici ne satisfont pas toujours à tous les cas de la pratique.

— La question du transfert de la Société de thérapeutique au Palais des Sociétés savantes, rue Serpente, 28, est soumise à la discussion et adoptée.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André PETIT.

Société anatomique.

SÉANCE DU 6 JANVIER 1887. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Chaput:* 1° *Fracture ancienne de l'astragale* avec énucléation du petit fragment persistant sous forme d'une tumeur osseuse sous la malléole externe;

2° *Cancer de l'utérus* avec lymphangite cancéreuse du canal thoracique.

M. *Delbet: Sur le mécanisme autoclave de l'érection du corps spongieux.*

M. *Reboul: Ankylose osseuse du genou subluxé;* suppuration prolongée; amputation de cuisse.

M. *Monprofit: Hémorrhagie placentaire avec formation d'hématomes pédiculés sous-amniotiques.*

M. *Dupré: Hydrocéphalie chronique ventriculaire*, et abcès volumineux, non diagnostiqué, entre le crâne et l'hémisphère gauche aplati.

M. *Michaut: Sillons diaphragmatiques du foie.*

SÉANCE DU 13 JANVIER 1887. — PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR CORNIL.

M. *Poirier* fait une communication sur l'anatomie de l'*articulation sterno-claviculaire* et sur la signification des méninges interarticulaires en général.

— M. *Leguen* présente une *tumeur du cervelet* diagnostiquée pendant la vie.

— M. *Dagron* montre des poches énormes de *salpingite suppurée bilatérale* enlevés par M. *J. Lucas Championnière*, qui insiste d'abord sur les difficultés du diagnostic, puis combat, à l'aide de cette observation, la théorie de Lanson Tait sur la menstruation.

— M. *Tuffier* décrit des *anomalies de l'artère obturatrice* dans leurs relations avec le débridement de la hernie crurale.

— M. *Klippel* : 1° Observation d'*hémorrhagie de la couche optique;* lésion des nerfs et de la moelle dans une *atrophie musculaire d'origine articulaire.*

— M. *Lejars : Fibrome diffus du sein* chez l'homme.

— M. *Picard : Hernie du cæcum* à sac incomplet.

PRIX GODARD POUR 1888. — Ce prix, de la valeur de 420 francs, sera décerné en janvier 1889 à l'auteur du meilleur mémoire sur l'anatomie normale ou pathologique ou sur la tératologie. Les mémoires imprimés ne doivent pas avoir plus de trois ans de date; ils seront envoyés en double exemplaire. Adresser les mémoires avant le 27 juillet 1888 à M. Broca, archiviste, 15, rue de l'École-de-Médecine. Les mémoires déjà récompensés sont exclus du concours.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE.

Tamponnement des plaies à la gaze iodoformée et suture secondaire, par T. BRAMANN. — L'auteur expose dans ce mémoire la pratique de Bergmann. Ce chirurgien ne fait la suture immédiate que lorsque l'hémostase est parfaite. Pour les plaies cavitaires, telles que les cavités osseuses, il est opposé à la méthode de Schede (cicatrisation sous le caillot sanguin). Sans doute, le caillot peut s'organiser; mais pendant longtemps il reste exposé à des infections qui deviennent alors graves et pour les affections tuberculeuses il est un milieu de culture et de dissémination. Aussi Bergmann fait-il, avec de la gaze iodoformée, un tamponnement qu'il laisse en place pendant un temps variable suivant le calibre des vaisseaux qu'il veut oblitérer. Puis, le plus souvent le deuxième ou le troisième jour, il fait la suture secondaire et la réunion manque rarement. Nous signalerons les statistiques d'extirpations du rectum (26, avec une seule mort); de la langue (20, une mort); du maxillaire supérieur (19 totales, une mort); trois observations de trépanation, dont une pour hémorrhagie de la méningée moyenne. Nous insisterons surtout sur les *affections tuberculeuses des articulations.* La résection n'y doit être faite qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la chirurgie conservatrice. 34 résections de la hanche n'ont donné aucun décès; 28 opérés ont été revus ou ont donné de leurs nouvelles et fournissent 21 guérisons, 4 fistules, 3 morts de tuberculose pulmonaire. Au genou, sur 20 opérés, 19 ont été retrouvés : 13 sont guéris; 3 sont morts de tuberculose (dont 2 tardivement); 3 ont été amputés pour récidive (une mort). Ces malades ont presque tous une ankylose osseuse ; un (garçon de onze ans) a eu une flexion consécutive ; un (fille de cinq ans) a eu un *genu varum* par accroissement du péroné, le tibia ayant été réséqué. Le cou-de-pied donne, chez l'adulte, de mauvais résultats: sur 8 opérés un seul est resté guéri; 3 ont dû être amputés; 4 sont morts de tuberculose pulmonaire ayant encore des fistules. Par résection du coude, sur 11 cas, nous trouvons : 1 inconnu ; 7 guérisons; 1 fistule avec bon résultat fonctionnel: 2 morts tardives (tuberculose). Donc pour les tumeurs blanches graves, les résultats sont bons : tous datent de six mois au moins. Il est plus contestable que la méthode « soit encore ce qui donne le plus de chances définitives » pour les abcès froids, car sur 28 cas, la guérison n'a été obtenue que 3 fois, les autres ont des fistules, ce que l'auteur attribue à leur origine osseuse : les résultats de Bruns prouvent que l'on peut avoir mieux. (*Ueber Wundbehandlung met. Iodoform tamponade*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 72.)

Périostite albumineuse. Kystes des os, par M. SCHLANGE. — L'auteur a observé trois cas d'inflammation osseuse aiguë ou subaiguë (deux identiques cliniquement à l'ostéomyélite infectieuse et un à marche plus lente) où l'on a bien trouvé le séquestre de l'ostéomyélite, mais pas de pus : il n'y avait que de la sérosité. Cette affection est décrite en France par Ollier, Poncet, Lannelongue, Terrier, Catuffe. La littérature allemande n'en fournit que trois observations (Albert, Laurent Magnus, Rosenbach). Ajoutant à cela un fait inédit de Riedel, Schlange réunit ainsi 15 observations qui lui servent à discuter la nature de l'affection, ce qui semble n'avoir encore guère été fait en Allemagne. Il conteste la nature tuberculeuse (Poulet et Bousquet) ; il n'admet pas la périostite externe (Duplay) et en somme en fait une ostéopériostite. La meilleure épithète est celle de « non purulente ». Quelles sont ses connexions avec l'ostéomyélite typique? La question est douteuse. L'auteur a trouvé une fois le staphylococcus pyogenes aureus dans l'exsudat, mais deux fois ses cultures sont restées stériles. Peut-être est-ce seulement une question de degré. C'est à la même conclusion que Schlange arrive pour un *kyste du tibia* dont il fait une ostéomyélite lente et qu'il rapproche ainsi des abcès des os. Cette opinion est

depuis longtemps classique en France, et il est juste de constater que Schlange cite les travaux de Gosselin et la thèse de Gregory. Aussi s'étonnerait-on chez nous de ces longues discussions sur la différence de ces « faux abcès » avec les kystes par ramollissement de tumeurs et surtout d'enchondromes tels que les a décrits Virchow. (*Ueber einige seltenere Knochenaffectionen*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 97.)

Cancer de la face, par M. Hugo Bonde. — Dans ce travail, qui vient de la clinique de Czerny (à Heidelberg), on trouvera des renseignements statistiques sur les cancers de la partie supérieure de la face : l'auteur élimine en effet la langue, la lèvre inférieure et le maxillaire inférieur. Il distingue avec soin le cancer de la peau et celui des muqueuses (maxillaire supérieur et fosses nasales). Ces renseignements statistiques compléteront l'article que nous avons publié dans la *Gazette* (1887, p. 645), sur les cancroïdes cutanés. Les régions sont, par ordre de fréquence : nez, 40 cas (21 hommmes et 19 femmes) ; joue, 30 (13 hommes et 18 femmes); tempe et front, 21 (12 hommes et 9 femmes); paupières, 13 (9 hommes et 4 femmes) ; oreille externe, 5 (3 hommes et 2 femmes) ; lèvre supérieure, 2 (1 homme et 1 femmes). De ces malades, 54,8 pour 100 n'ont pas eu de récidive après l'opération ; 9,4 pour 100 sont restés inconnus 5 pour 100 n'ont pas été opérés. On constate d'autant mieux cette bénignité relative que, pour les cancers des muqueuses, sur 12 cancers du maxillaire supérieur et des fosses nasales il y a eu 8 récidives et 2 morts opératoires ; sur 6 cancers de la muqueuse génienne, 4 récidives. (*Zur Statistik der Carcinome der oberen Gesichtsgegend*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 207 et 313.) A. B.

BIBLIOGRAPHIE

Étude des causes déterminantes de l'accouchement, par M. Garimond, agrégé de la Faculté de Montpellier.

Au temps voulu, l'accouchement se fit par la grâce de Dieu ; telle était l'opinion sur l'étiologie de l'accouchement du temps d'Avicenne.

Depuis cette époque, ce chapitre étiologique a été fouillé et considérablement augmenté. Les causes qu'on a invoquées pour expliquer l'accouchement à terme et aussi avant terme ainsi que l'avortement sont nombreuses, je n'ennuierai pas le lecteur de leur énumération.

Je veux simplement exposer ici les idées récemment émises par M. Garimond sur ce sujet. Le mémoire de cet auteur bien connu par d'autres travaux intéressants et en particulier par son étude si complète de l'avortement, m'a causé une véritable récréation scientifique, c'est certainement un des meilleurs exposés de cette question si peu compréhensible dans beaucoup d'auteurs.

Toutefois, M. Garimond ne m'en voudra pas si je discute ses opinions; je considère cette discussion chez les autres comme une preuve d'estime, j'espère qu'il en sera de même pour le sympathique professeur de Montpellier à mon égard.

Commençons par l'accouchement à terme : à ce moment l'utérus arrivé au summum de la distension dont il est capable, se révolterait contre son contenu, d'où la production de l'accouchement. Ce qui se passe pour l'utérus est identique à ce qui a lieu pour la vessie et le rectum, ces réservoirs qui sont ses voisins anatomiques. C'est l'ancienne théorie de Levret et surtout de Power, mieux expliquée, et sans l'intervention d'effacement du col qui ne serait plus un élément indispensable de la production de travail. A un moment donné, dit M. Garimond, l'œuf devient trop volumineux, l'utérus est au maximum de distension, il se contracte, et l'accouchement se produit. L'époque de l'accouchement, alors que tout est normal, dépendrait donc uniquement du volume de l'œuf, composé du fœtus, du liquide amniotique et des annexes. Or il suffit de prendre une série quelconque de parturitions (toujours parmi les cas normaux) pour voir qu'il n'en est pas ainsi. Telle femme accouche à terme d'un gros enfant, pesant 4000 grammes, par exemple, avec un gros placenta et entouré de beaucoup de liquide; telle autre, parfois la même à une grossesse ultérieure, accouchera également à terme d'un petit enfant de moins de 3000 grammes, baignant dans une faible quantité de liquide amniotique et avec un petit placenta. Avec la théorie de M. Garimond, toutes les grossesses gémellaires se termineraient avant terme, ce qui est loin d'avoir lieu, et toute femme atteinte d'hydramnios ferait un accouchement prématuré. M. Garimond compare l'accouchement à la défécation et à la miction, il y a dans l'acte même de nombreux et intéressants points de comparaison, mais non dans l'étiologie; sans m'attarder aux preuves qu'on peut donner de cette différence, je dirai simplement qu'il suffit de considérer que la miction et la défécation sont soumises en grande partie à la volonté, alors que l'accouchement en est indépendant. Sous l'influence de la volonté et de l'habitude, certaines personnes vont quotidiennement à la selle, d'autres deux fois par jour, d'autres seulement tous les deux ou trois jours. On sait que dans d'autres limites il en est un peu de même pour la miction. Si les choses se passaient de même pour l'accouchement, les femmes pourraient accoucher à volonté, soit à dix mois, soit plus tôt, à sept ou huit mois.

Une excellente preuve que le contenu utérin et la distension de l'organe gestatoire ne sont pour rien dans la déclaration du travail, c'est que dans le cas de grossesse extra-utérine, alors que l'œuf est en dehors de l'utérus, il existe à terme, au bout de neuf mois, un pseudo-travail analogue à celui qui se passe dans la grossesse régulière.

Pour l'avortement, M. Garimond distingue trois cas suivant que le fœtus est mort, l'œuf rompu, et qu'il y a une hémorrhagie.

Quand le fœtus meurt, l'œuf reste stationnaire, et il y a involution utérine. Cette involution agissant sur la fibre utérine, en amène le retrait, le contenant diminue alors que le contenu reste stationnaire, le résultat est le même que pour l'accouchement à terme; le contenu devenant relativement trop volumineux, l'expulsion s'ensuit. Pure hypothèse, répondrai-je, qui ne peut être émise qu'à la condition de reconnaître l'exactitude de la théorie émise par M. Garimond pour l'accouchement à terme, ce qui n'est pas le cas.

Dans l'avortement par rupture des membranes, dit M. Garimond, la contractilité s'exerce dès que la rétraction suivie de la diminution de volume de l'utérus a mis en rapport forcé le contenant et le contenu. Mais ce rapport n'est jamais détruit, il n'y a jamais ni vide, ni air entre l'œuf et la paroi utérine; il ne peut y avoir que du sang ou quelquefois du liquide amniotique. D'ailleurs la période de l'accouchement est très variable à la suite de l'écoulement de liquide amniotique ; telle femme perd une très grande quantité d'eau et n'accouche que quinze jours, trois semaines après; telle autre en perd quelque gouttes, et entre en travail trois ou six heures plus tard.

Dans le cas d'hémorrhagie, c'est le sang, dit M. Garimond, qui, séparant la paroi utérine de l'œuf, agit comme corps étranger et produit la contraction utérine. Je sais en effet que cette action excitante du sang est classique, mais je n'y crois pas pour les raisons suivantes : on voit nombre de femmes qui à la suite d'une hémorrhagie utéro-placentaire, n'accouchent pas prématurément. J'ai dans ce moment dans le service de la Charité, une femme enceinte de six mois, qui perd du sang en abondance depuis deux mois, ce sang vient certainement de la cavité utérine, et cepen-

dant il n'y a pas la moindre menace d'avortement. D'ailleurs si pendant la grossesse le sang était un excitant de la cavité utérine, pourquoi ne le serait-il pas pendant et après la délivrance. Or ne sait-on pas que dans les hémorrhagies de la délivrance, quand le placenta fait bouchon, la perte étant interne, que le sang distend l'utérus qui reste inerte, si l'on veut faire contracter la matrice, il faut introduire la main, *enlever tous les caillots*, et alors seulement l'utérus se contracte? Le sang, loin d'amener la contraction utérine, l'empêche au contraire. Or, pourquoi le sang agirait-il différemment avant et après l'accouchement?

On voit donc que la pathogénie invoquée par M. Garimond, la meilleure vraisemblablement parmi celles qui existent, est loin de satisfaire l'esprit; mais, si l'on me demande l'explication que je lui préférerais, j'avoue mon embarras; pour l'avortement, il faut se contenter d'enregistrer les causes sans pouvoir nettement expliquer le mécanisme de la mise en jeu de la contraction utérine; pour l'accouchement à terme, je crois que nous ne sommes guère plus avancés qu'au temps d'Avicenne. Au temps voulu l'accouchement se fait par la grâce de Dieu!

AUVARD.

MOYEN PRATIQUE DE PHOTOGRAPHIER LE FOND DE L'ŒIL, par M. le docteur Gustave PLANEL. — Brochure de 36 pages. A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.

L'appareil destiné à cette opération délicate n'est pas encore fait. La possibilité en paraît dès à présent hors de doute. L'auteur donne le plan de l'appareil, l'indication des conditions qu'il doit remplir. Cet appareil doit être d'une application facile et rapide, de telle sorte qu'il sera à la portée d'un médecin même peu expert, qui pourra obtenir une épreuve et l'envoyer à un spécialiste qui lui communiquera son avis sur la nature de l'affection et la conduite qu'il aura à tenir.

DE L'ÉLECTRICITÉ EN GYNÉCOLOGIE, par M. le docteur MUNDÉ (de New-York). — Traduction du docteur Ménière. O. Doin, 72 pages, 1888.

L'électricité, très peu employée en France dans la thérapeutique gynécologique, paraît jouir en Amérique d'une certaine faveur. C'est ordinairement dans les maladies chroniques qu'elle intervient. Les modes d'application : faradisation ou galvanisation ne sont pas indifférents; la faradisation convenant spécialement dans les maladies peu douloureuses : insuffisance de développement, aménorrhée, déplacements, fibromes interstitiels, tandis que la galvanisation s'adresse de préférence aux variétés chimiques : névralgies, dysménorrhées, en un mot aux cas où une stimulation trop vive serait contre-indiquée et où on se propose de faciliter la résorption des produits adventifs. Ces phlegmasies aiguës ou subaiguës contre-indiquent généralement l'emploi de l'électricité.

VARIÉTÉS

ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — A la suite de l'admission à la retraite du docteur Espiau de Lamaëstre, directeur, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, le ministre de l'intérieur a pris un arrêté par lequel les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard seront dorénavant séparées. La direction administrative et médicale de l'établissement se composera d'un directeur et de deux médecins en chef. Un des deux emplois de médecin adjoint existants est supprimé. Le docteur Pâté est nommé au poste de directeur de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, créé par ledit arrêté.

PRIX. — La Société française de tempérance met au concours pour 1889 les sujets suivants: *Prix Lunier* (1000 francs). Statistiques des débits de boissons, comparées dans les différents pays. — Déterminer les rapports entre le nombre des débits de boissons et le développement de la criminalité et de la folie. — Des moyens de restreindre le nombre de ces établissements et de combattre leur influence dangereuse.

Prix de la Société. — Le *Livre des mères*, manuel à l'usage des femmes désireuses de préserver leur famille de l'alcoolisme et de l'ivrognerie.

Les mémoires devront parvenir avant le 31 décembre 1888, à M. le docteur A. Motet, secrétaire général, 160, rue de Charonne, à Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 27 janvier). — *Ordre du jour:* MM. Huchard et Weber: Coronarite primitive avec dilatation partielle du ventricule gauche (avec présentation de pièces anatomiques). — M. Gaucher: Note sur quelques usages de l'acide borique. — M. Juhel Rénoy: La méthode des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde. — M. Hayem: Sur un cas de tumeur thyroïdienne.

MORTALITÉ A PARIS (1re semaine, du 1er au 7 janvier 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 5. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 48. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 24. — Tumeurs : cancéreuses, 50; autres, 5. — Méningite, 29. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 69. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 10.— Maladies organiques du cœur, 63. — Bronchite aiguë, 48. — Bronchite chronique, 55. — Broncho-pneumonie, 53. — Pneumonie, 73. — Gastro-entérite : sein, 17; biberon, 30; autres, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 32. — Sénilité, 43. — Suicides, 22. — Autres morts violentes, 22. — Autres causes de mort, 163. — Causes inconnues, 11. — Total : 1138.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Procès-verbaux, mémoires et discussions du deuxième Congrès français de chirurgie, tenu en octobre 1886 à Paris, sous la présidence de M. le professeur Ollier, viennent de paraître en un volume publié par les soins de M. le docteur Pozzi, secrétaire général du Congrès. Les questions à l'ordre du jour étaient: le tétanos, la néphrotomie et la néphrectomie, les résections orthopédiques et l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles. Ces questions, ainsi que les communications faites par les membres du Congrès sur divers autres sujets, ont donné lieu à des discussions approfondies qui se trouvent reproduites dans cet ouvrage, et qui marqueront exactement l'état de la science chirurgicale en l'année 1886. 1 fort vol. grand in-8°. Paris, F. Alcan. 14 fr.

Recherches microscopiques sur l'étiologie du paludisme, par M. le docteur E. Maurel. 1 vol. in-8° de 210 pages avec 202 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 6 fr.

Hygiène de l'enfance, conseils aux mères sur la manière d'élever leurs enfants, surmenage scolaire et ses conséquences, par M. T. Cruard. 1 vol. in-18 de 120 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

Traité pratique des maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne, par M. Morell-Mackenzie, traduit de l'anglais et annoté par MM. les docteurs E.-J. Moure, J. Charazac (de Toulouse). 1 vol. in-8° de 450 pages avec 82 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 10 fr.

Anévrysme traumatique jugulo-carotidien, par M. le docteur Bécouo. In-8°, 7 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 0 fr. 50

Les émotions chez les sujets en état d'hypnotisme, études de psychologie expérimentale faites à l'aide de substances médicamenteuses ou toxiques impressionnant à distance les réseaux nerveux périphériques, par M. J. Luys. 1 vol. in-8° de 80 pages avec 28 photoglyptics originales. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

Traité d'histologie pathologique, par M. le professeur E. Rindfleisch, traduit de la 6e édition allemande et amendé par MM. F. Gross et J. Schmitt. 1 vol. grand in-8° de XVI-369 pages avec 359 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 15 fr.

Processus histologique de l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque, par M. le docteur Jules Honnorat. 1 vol. grand in-8° de 103 pages avec 2 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

De la rage paralytique, par M. le docteur Ygouf. In-8°. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

13142. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numero de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 25 janvier 1888.

Académie de médecine : **Traitement de l'anthrax.**

M. le professeur U. Trélat nous a paru exprimer en termes excellents ce que devront retenir de la discussion soulevée par les observations de M. Verneuil la plupart des praticiens. Les conclusions de l'article qu'il écrivait en 1870 dans le *Dictionnaire encyclopédique*, n'ont point été jadis et ne peuvent être aujourd'hui contestées : « Il ne faut pas oublier d'ailleurs, disait en effet M. Trélat, qu'il n'y a pas de traitement invariable de l'anthrax, que toute méthode exclusive est mauvaise par cela même qu'elle est exclusive, qu'elle expose, suivant sa nature, à ne pas faire assez ou à faire infiniment trop. Comme le disait judicieusement Michon à l'Académie de médecine, il n'y a pas un anthrax, il y a des anthrax. Le traitement doit varier suivant la marche et la forme de la tumeur, et aussi suivant l'état général du malade. C'est par une observation inquiète et attentive, par une appréciation sagace des signes pronostiques que le praticien pourra réaliser le mieux possible le but de la thérapeutique. »

Aujourd'hui que les procédés d'antisepsie chirurgicale se sont multipliés et perfectionnés, que l'on peut, chez les sujets les plus débilités, parfois même chez les diabétiques, pratiquer les opérations les plus graves et obtenir cependant une cicatrisation rapide, il paraît certain que les incisions dans les cas d'anthrax volumineux, très douloureux, avec sphacèle étendu et tendance envahissante, ne seraient pas aussi désastreuses qu'elles l'ont été jadis. Toutefois l'intervention opératoire, qui était autrefois la règle, est devenue, dans le traitement des furoncles et de l'anthrax, une très rare exception. C'est ce progrès qu'il convient de signaler. La balnéation prolongée, que recommande M. Perrin, est souvent des plus utiles, et, comme l'a fait observer M. Trélat, les pulvérisations d'un liquide peu chargé d'acide phénique (2 pour 100) ne sont guère autre chose qu'une modification de ce pansement humide. Mais ce qu'il importe de signaler, c'est que tous les chirurgiens sont d'accord avec M. Verneuil pour condamner absolument les applications de cataplasmes de farine de lin, si nuisibles dans la plupart des affections chirurgicales, et surtout lorsqu'il s'agit de maladies cutanées. Peu importe donc, au point de vue pratique, que l'anthrax et le furoncle soient ou non d'origine microbienne. La conclusion du débat qui vient d'avoir lieu devant l'Académie est qu'il importe de les traiter *proprement* et de ne les ouvrir qu'en cas d'absolue nécessité. M. Verneuil a rendu service à ses confrères en le rappelant avec l'autorité que lui donne son expérience.

— La discussion sur le diagnostic des maladies de l'estomac par la recherche du suc gastrique s'est continuée par d'intéressantes remarques de MM. Dujardin-Beaumetz, C. Paul et Laborde. Nous avons déjà dit que la *Gazette hebdomadaire* consacrera très prochainement à ce sujet une revue critique spéciale.

— Enfin, l'Académie a accepté les nouvelles conclusions du rapport de M. Ollivier sur l'isolement des enfants atteints de maladies contagieuses. Il faut espérer que l'Administration tiendra compte des mesures reconnues nécessaires pour éviter la contagion.

— Deux savants de Montpellier, l'ancien doyen de la Faculté de médecine et l'un de ses plus jeunes et plus distingués professeurs, MM. Moitessier et Engel, ont été élus correspondants.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La réforme de l'Administration de la santé publique.

La réforme de l'Administration de la santé publique est enfin posée comme il convient devant le Parlement français. Le mardi 10 janvier 1888, jour de la rentrée des Chambres, leurs membres ont reçu le rapport déposé à la séance du 1er décembre 1887 par M. Chamberland, au nom de la Commission qui a été chargée d'examiner : 1° un

projet de loi du gouvernement relatif à l'organisation des services de l'hygiène publique; 2° une proposition de loi signée par M. Siegfried et cinquante de ses collègues concernant l'organisation de l'Administration de la santé publique. Cette Commission a étudié, pendant dix-huit mois, la question qui lui était soumise; elle s'est entourée de tous les renseignements qu'elle a cru devoir recueillir; elle a entendu un grand nombre de personnes compétentes, ainsi que les représentants du gouvernement. Son œuvre est donc l'expression de l'opinion qu'elle s'est faite après de mûres réflexions; à tous les titres, elle présente un grand intérêt pour le corps médical, qui est appelé à jouer un rôle prépondérant dans l'organisation projetée. C'est lui d'ailleurs qui a pris en main l'élaboration de cette réforme, pour laquelle des vœux ont été émis à maintes reprises par l'Académie de médecine, les Sociétés savantes et les Congrès scientifiques, en particulier par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris; la mise à l'ordre du jour du projet de la Commission parlementaire clôt une série d'efforts qui, pour certaines personnes, ont été presque ininterrompus depuis sept ans.

La proposition de loi qui termine le rapport de M. Chamberland a pour but d'organiser l'Administration de la santé publique et de définir ses attributions; elle organise cette Administration aussi bien auprès du pouvoir central que dans les départements; elle crée un service d'agents spéciaux, institue un laboratoire particulier auprès du gouvernement et édicte quelques mesures qui ont paru indispensables à la Commission pour assurer l'exécution des mesures d'hygiène, de salubrité et d'assistance. Car la Commission n'a pas eu à s'occuper de la réforme de notre législation sanitaire proprement dite; celle-ci comprend un certain nombre de lois, dont plusieurs sont l'objet de projets de réforme devant les Chambres et dont les autres ont avec notre organisation administrative générale des rapports tellement étroits, qu'il n'y aurait aucune utilité à vouloir chercher à y introduire en ce moment des modifications. D'ailleurs, comme le fait justement remarquer M. Chamberland, les lois sanitaires, fussent-elles parfaites, ne suffisent pas; il faut que leur mise à exécution soit assurée. Or, on a dit depuis longtemps, l'Administration de la santé publique, c'est-à-dire l'ensemble des services sanitaires organisés en vue de maintenir et de préserver la santé publique, doit réunir tout au moins : 1° des Commissions spéciales possédant des connaissances techniques variées, indiquant les solutions nécessaires; 2° un pouvoir compétent, chargé d'appliquer ces solutions et ne pouvant s'y soustraire.

La question s'est tout d'abord posée, pour la Commission, de savoir comment serait définie l'Administration de la santé publique et quelles attributions elle devrait réunir. L'hygiène publique comprend, au point de vue qui devait s'imposer à elle, l'ensemble des mesures ayant pour but de prévenir les maladies; l'assistance publique a pour objet de porter les secours nécessaires à ceux qui sont atteints de maladie. Mais, dans la pratique, ces distinctions sont loin d'être aussi tranchées. Si bien que la Commission s'est tout d'abord demandé s'il convenait de maintenir séparés les services d'hygiène et d'assistance, malgré les points de contact si nombreux qui existent entre eux, ou s'il n'était pas préférable de les réunir.

L'une des occupations principales d'une Administration de la santé publique consiste assurément à empêcher les maladies de se produire, et, lorsqu'elles ont éclaté, à en empêcher le développement. Or, c'est le plus souvent faire œuvre d'assistance, et, dans tous les cas, celle-ci intervient toujours forcément. N'est-ce pas par les mouvements des services hospitaliers, par les indications que fournissent les bureaux de bienfaisance et les divers services de médecine publique, que les manifestations épidémiques sont le mieux, sinon uniquement, révélées? Inversement, l'application des mesures sanitaires n'a-t-elle pas pour conséquence directe une intervention de l'assistance publique dans ses divers modes? De plus, n'y a-t-il pas un avantage évident à ne pas charger plusieurs services d'agir dans les mêmes circonstances et dans le même but? L'intérêt budgétaire exige que le nombre des personnes affectées à ces services soit aussi faible que possible, et il est ici complètement d'accord avec les nécessités d'une bonne et rapide exécution. Il est vraiment singulier, comme on le constate dans nos épidémies, que ce soit une administration qui ait à s'occuper du malade atteint dans son domicile et y demeurant, et qu'une autre administration, appartenant à un ministère différent, doive agir, avant ou après la première, lorsque le malade est hospitalisé ou qu'il dépend d'un service quelconque d'assistance. Il est non moins surprenant de voir, par exemple, que ce soit une administration qui soit chargée de constater l'état de santé d'un nourrisson, et que, si cet enfant est atteint d'une maladie qui provienne de l'état d'insalubrité du local où il se trouve, c'est une autre administration, qui pourra seule imposer remède à cet état d'insalubrité, etc. Que d'exemples nous pourrions citer qui montrent que, dans l'état actuel de notre administration sanitaire, presque toutes les questions intéressant la santé publique sont réclamées par plusieurs administrations et confiées à plusieurs agents différents. Vienne une épidémie grave, chacun s'ingénie à ne pas trop accuser les inconvénients résultant de cette situation; mais, en temps normal, c'est-à-dire alors que les mesures d'hygiène, de précaution, ont le plus d'utilité, il n'en est plus de même. Si des antagonismes, si des rivalités ne se produisent que rarement, on n'en constate pas moins cette inertie, ce mauvais vouloir qui découlent naturellement des conflits d'attributions derrière lesquels on cherche volontiers à abriter les négligences, et qui ont tout au moins pour conséquence d'annihiler les responsabilités. C'est pourquoi la Commission a décidé, à l'unanimité de ses membres, de spécifier, dans l'article 1er de sa proposition, que « l'Administration de la santé publique est chargée de provoquer les mesures d'assistance, d'hygiène publique et de salubrité prescrites par les lois, décrets et règlements spéciaux, et d'en surveiller l'exécution ». On remarquera qu'il ne s'agit de définir que l'objet de l'intervention administrative, et que celle-ci doit rester dans les limites de la législation, sans empiéter sur aucun autre domaine.

Les attributions énumérées dans l'article premier sont, pour la plus grande partie, celles que le législateur de 1848 a confiées aux Conseils d'hygiène et il n'y a été ajouté par la Commission que les attributions d'assistance et d'hygiène qui lui ont paru le plus indispensables. Cette énumération n'est d'ailleurs pas limitative, puisqu'elle n'est en quelque sorte qu'une indication des matières sur lesquelles peut et doit s'exercer tout au moins le mandat confié par le premier paragraphe de l'article à l'Administration de la santé publique. C'est pourquoi nous croyons

qu'il y aurait eu avantage à préciser la plupart de ces attributions d'une façon plus complète. Le Parlement, dans les discussions ultérieures, ne manquera pas sans doute de faire cette observation. C'est bien plutôt à un règlement d'administration publique qu'il conviendrait de laisser le soin de spécifier les attributions dont le paragraphe premier, seul maintenu dans son esprit sinon dans sa lettre, indiquerait légalement l'objet et les limites.

L'article 2 institue une Direction de l'Administration de la santé publique réunissant les divers services auxquels ressortissent les attributions énumérées à l'article précédent. L'adoption de cette disposition aurait pour effet de réaliser une création depuis longtemps demandée en France; c'est là l'un des points les plus importants de la proposition de loi, dans la pensée de ses auteurs, et aussi l'un des plus difficiles à réaliser, en raison des services administratifs actuellement existants, qu'il s'agirait de modifier. En effet, le ministère de l'intérieur a, dans ses attributions, l'assistance publique avec les services de protection de l'enfance et c'est au ministère du commerce et de l'industrie que ressortissent les services de la police sanitaire maritime, l'hygiène industrielle, le travail des enfants et des filles mineurs employés dans l'industrie. Une direction spéciale de l'Assistance publique et des Institutions de prévoyance a été créée depuis près de deux ans au ministère de l'intérieur; c'est à un bureau de la direction du commerce intérieur qu'appartiennent les services précités du ministère du commerce et de l'industrie.

Les affaires qui intéressent la santé publique étant essentiellement connexes, la Commission a pensé qu'il y a tout intérêt à ne pas laisser ces divers services séparés, ainsi que l'avait demandé à deux reprises la Commission du budget en 1880 et 1881. A l'unanimité de ses membres, elle a conclu qu'il y avait lieu de réunir les services d'assistance et d'hygiène de manière à en faire une Direction autonome; mais respectueuse de nos lois constitutionnelles, elle a laissé au pouvoir exécutif le soin de décider, après avis du conseil des ministres et après avoir consulté, s'il y a lieu, le conseil d'État, à quel ministère cette Direction sera tôt ou tard rattachée. Le gouvernement peut, du reste, créer dès maintenant ce service, pourvu qu'il se maintienne dans les limites budgétaires. En effet, sauf l'inspection du travail des enfants et des filles mineures employés dans l'industrie, que la loi du 19 mai 1874 a confiée au ministère du commerce et de l'industrie, toutes les autres attributions et tous les services qui intéressent l'hygiène publique n'appartiennent à celui-ci que par voie de décrets. Il va de soi, sans vouloir entrer dans des détails administratifs qu'il serait oiseux de reproduire ici, que de simples transformations de bureaux réaliseraient aussitôt cette administration centrale. Mais à quel ministère faudrait-il la rattacher? Diverses opinions, comme il fallait s'y attendre, se sont trouvées en présence; la Commission a tenu à entendre leurs représentants et finalement elle a émis le vœu que la Direction de la santé publique fût placée auprès du ministère de l'intérieur. Tout en reconnaissant que les mesures d'hygiène ont généralement une grande importance pour les intérêts économiques et industriels, elle n'a pas cru qu'il y eût nécessairement lieu de les subordonner administrativement à ceux qui ont la défense de ces derniers et, puisqu'elle admettait la nécessité primordiale de l'union de l'hygiène et de l'assistance, il lui a paru difficile de soustraire cette dernière à l'action du ministère de l'intérieur. Ce n'est pas tant d'ailleurs au point de vue de l'administration centrale qu'il importerait, a-t-elle pensé, de prendre cette détermination, qu'au point de vue de l'organisation des services de la santé publique dans les départements. En fin de compte, ce sont les maires et les préfets qui sont chargés de prendre les mesures intéressant la santé publique; ils exercent à cet égard une partie des attributions de police administrative qu'ils tiennent des lois organiques, si bien que c'est surtout le ministère de l'intérieur qui a autorité et compétence pour en provoquer et en contrôler l'exécution. On a vu le ministère du commerce exciper de cette situation pour charger l'intérieur d'affaires où, en vertu de ses attributions principales, il lui paraissait dangereux ou incommode de prendre parti. On sait aussi que l'intérieur, ayant parmi ses prérogatives le personnel des préfets et des sous-préfets et le contrôle des municipalités, sera toujours plus facilement et plus rapidement écouté lorsqu'il s'agit de mesures dont l'urgence est quelquefois assez grande et dont le mérite principal réside dans leur rapide exécution. De plus, il connait forcément de toutes les affaires qui concernent les finances des communes, si bien que, quel que soit celui des autres ministères auprès duquel serait placée la Direction de l'administration de la santé publique, les affaires de ce genre devraient toujours être instruites par lui. Il y a donc lieu, dans l'état de complexité si grand de notre administration publique, de s'efforcer de simplifier ses rouages le plus possible et il serait inutile et fâcheux que les mesures sanitaires puissent continuer à dépendre de ministères qui ne peuvent les terminer à eux seuls. Enfin, le très nombreux personnel que réunissent en province les services du ministère de l'intérieur, pour l'inspection des enfants assistés, le service de la protection des enfants du premier âge, les bureaux de bienfaisance, les établissements hospitaliers, le service de la médecine gratuite dans les campagnes, permettrait d'organiser l'administration de la santé publique sans avoir à créer de fonctionnaires nouveaux et en diminuant, au contraire, les cadres existants, souvent trop remplis. Or, il n'est pas d'épidémies pour lesquelles il ne faille s'adresser à tout ou partie de ces agents.

On a fait au rattachement de cette administration au ministère de l'intérieur une objection tirée du caractère spécialement politique de celui-ci; on craint que les nominations des agents ne soient faites sous certaines influences pour lesquelles la compétence technique pourrait avoir une importance bien relative; c'est là un mal dont on souffre aujourd'hui malheureusement dans tous les ministères et dans toutes les administrations sans exception, et avec lequel il faut bien compter. Quoi qu'il en soit, nous estimons que l'union des services d'hygiène et d'assistance s'impose par-dessus tout; car sans elle il faut bien reconnaître que les ressources budgétaires ne pourront permettre d'organiser en France ni l'un ni l'autre de ces services et que la prophylaxie aussi bien que la distribution des secours ne seront jamais assurés d'une façon régulière et continue. Aussi y aurait-il avantage à faire de l'Administration de la santé publique un service autonome pouvant, si la politique l'exigeait, être rattaché tantôt à un ministère, tantôt à un autre, suivant les changements ministériels et à l'exemple de la Direction des cultes; cette administration y gagnerait assurément d'avoir à sa tête un direc-

teur jouissant d'une autorité et d'une indépendance plus grandes, en même temps que le ministre qui l'aurait dans ses attributions l'aurait le plus souvent désirée. Cette opinion est partagée par un grand nombre d'hommes politiques et elle a été défendue à maintes reprises devant nous par plusieurs influents chefs de parti.

Ces principes une fois établis, il reste à modifier également l'Administration de la santé publique dans les départements. Ici le problème est encore plus complexe et plus difficile à résoudre. La République de 1848 avait cru pouvoir y parvenir par l'institution des Conseils d'hygiène; on sait que le succès est loin d'avoir répondu à ses espérances. Or, l'une des causes pour lesquelles les Conseils et Commissions d'hygiène n'ont pu rendre les services que le législateur se flattait d'obtenir de cette utile institution, c'est assurément l'absence d'intermédiaires autorisés entre eux et l'Administration. Sans doute, un certain nombre de fonctionnaires, tels que les médecins des épidémies, les inspecteurs du service des enfants assistés, ceux du service de protection des enfants du premier âge, les médecins cantonaux, les inspecteurs de la salubrité (où ils existent), etc., etc., peuvent renseigner les conseils et commissions et surveiller quelques-unes des mesures prises à la suite de leurs délibérations. Aucun lien commun n'existe entre eux, et leurs occupations, de même que leurs attributions, tendent trop souvent à se contrarier mutuellement. Aussi la Commission a-t-elle partagé l'avis depuis longtemps émis de créer un service d'agents de la santé publique, chargés de provoquer les diverses mesures à prendre en conformité des attributions conférées à l'Administration de la santé publique, de surveiller leur exécution et de centraliser les affaires sanitaires dans la limite de leurs circonscriptions et attributions respectives. Sous l'autorité du préfet, ils surveilleront l'exécution des lois, des règlements et des décisions de l'autorité administrative en matière d'hygiène et de salubrité publique. Ces agents comprendront un ou plusieurs inspecteurs généraux auprès de la direction de l'Administration de la santé publique; un inspecteur départemental auprès du préfet dans chaque département, et, s'il y a lieu, un ou plusieurs sous-inspecteurs départementaux sous les ordres de l'inspecteur départemental.

Assurément la multiplicité des Commissions et même des autorités qui ont actuellement à s'occuper des affaires de la santé publique, leurs dissemblances suivant les départements, rendront malaisée la création de ce service; il serait surtout difficile, dans l'état actuel, de l'organiser d'une manière uniforme sur tout le territoire. Mais cette régularité n'est pas nécessaire; il suffit que le service existe et fonctionne, c'est-à-dire que des agents spéciaux puissent, dans chaque département, surveiller les conditions de l'hygiène et les exigences de l'assistance, tenir à jour en quelque sorte le grand-livre de la santé publique, afin que peu à peu l'on sache quels sont les points vulnérables au point de vue des maladies transmissibles et des endémies et qu'en cas de danger le remède ou la prévention puissent être promptement appliqués, en parfaite et complète connaissance de cause. Certains départements déjà, tels que celui des Vosges, se sont préoccupés d'organiser leurs services sanitaires sur ces bases. Ajoutons aussi que rien n'empêchera les maires de nommer d'autres agents municipaux pour seconder ces inspecteurs; les maires conserveront tous leurs pouvoirs en matière de salubrité, d'hygiène et d'assistance, mais les services généraux fonctionneront, comme le veulent nos lois organiques, sous le contrôle de l'Administration centrale.

A.-J. Martin.

(*A suivre.*)

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Incompatibilité du tanin et des alcaloïdes.

La précipitation des alcaloïdes par le tanin est un fait connu, accepté, et sur lequel il semble qu'on ne doive jamais revenir. Cependant, en médecine, la question n'est pas si simple qu'elle en a l'air; et nous trouvons qu'il est très difficile à un praticien de connaître toutes les substances tanniques et surtout d'avoir la présence d'esprit de les écarter dans une formule où il entrerait un sel d'alcaloïde en dissolution.

Nous avons constamment sous les yeux les preuves de ce que nous avançons. Les pharmaciens en sont quittes pour ajouter l'étiquette : « Agitez avant l'usage ».

C'est ainsi que nous procédons pour les lavements à l'extrait de ratanhia contenant du laudanum. Dans ce cas-là, l'incompatibilité est presque sans inconvénient, la préparation étant administrée entièrement en une seule fois.

Mais il en est d'autres où la valeur du médicament est complètement modifiée. Comme exemple citons ce gargarisme :

Chlorhydrate de cocaïne..........	0gr,25
Sirop de fleurs d'oranger.........	50 grammes.
Infusion de feuilles de ronces....	100 —

Le tanin de la ronce précipite la cocaïne et le médecin est alors trompé dans son attente. Le médicament ne vaut certainement pas, comme calmant, celui où il n'entrerait que de l'eau. Et cette dernière proposition me fournit la conclusion de cet article : c'est qu'il faut éviter la présence des sels d'alcaloïdes dans les mélanges pharmaceutiques; il est presque impossible de les soustraire à une précipitation ou à une double décomposition. L'eau distillée est, de tous les véhicules, celui qui doit être préféré.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Sur la pathogénie du mal de Bright. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 13 janvier 1888, par M. E. Gaucher, médecin des hôpitaux.

Les faits que je vais avoir l'honneur de communiquer à la Société ne sont pas du ressort de l'observation clinique; ce sont des faits expérimentaux. Mais ces faits peuvent avoir des applications cliniques immédiates et même des applications thérapeutiques d'une certaine importance.

Je rappelle que, d'après les notions classiques, les néphrites chroniques épithéliales, englobées sous la dénomination commune de *gros rein blanc* (néphrite parenchymateuse ou mal de Bright parenchymateux), reconnaissent, suivant les cas, une pathogénie bien différente. Certaines de ces néphrites ont probablement pour cause un reliquat de maladie infectieuse antérieure : telle, la

néphrite syphilitique tardive; tel, peut-être, le mal de Bright qui succède à la scarlatine. Dans d'autres cas, bien qu'on ait beaucoup abusé du froid dans l'étiologie des maladies, le mal de Bright paraît lié à l'influence du froid et aux troubles des fonctions cutanées consécutives au refroidissement, comme l'enseigne M. Semmola. Dans d'autres cas encore, il est d'origine toxique; mais, à part la néphrite saturnine, qui est une néphrite chronique interstitielle de nature spéciale, les poisons minéraux donnent lieu le plus souvent à une néphrite aiguë.

Or, sans entrer dans la discussion des opinions que je viens de rappeler, le présent travail a pour but de montrer, comme je l'ai indiqué ailleurs, que le mal de Bright épithélial, le gros rein blanc, reconnaît aussi le plus souvent une origine toxique. Je veux parler du mal de Bright en quelque sorte primitif, qui se développe sourdement, insidieusement, sans qu'il soit possible de lui trouver une étiologie bien déterminée. Mais ici le poison, au lieu de venir du dehors, est produit dans l'organisme lui-même.

Ce poison, de nature complexe, se compose des diverses matières extractives qui résultent de l'oxydation incomplète des matières azotées. Ces matières extractives sont toutes très toxiques; à l'état normal, elles existent en très petite quantité dans l'économie. Mais quand, pour une raison ou pour une autre, elles s'accumulent dans le sang, leur élimination à travers le rein peut irriter les épithéliums sécréteurs et donner naissance à une néphrite épithéliale ou parenchymateuse. — C'est ce que j'ai entrepris de prouver par les expériences dont je soumets aujourd'hui le résultat à mes collègues.

L'animal que j'ai choisi pour mes expériences est le cobaye, dont le rein présente la plus grande analogie avec celui de l'homme. J'ai employé successivement toutes les matières extractives, la leucine, la tyrosine, la créatine, la créatinine, la xanthine et l'hypoxanthine. Voici le résumé d'une de ces expériences faite avec la créatine :

Le 20 octobre 1887, un cobaye, pesant 408 grammes, reçoit une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'une solution de créatine au cinquantième (créatine, 10 centigrammes; eau distillée, 5 centimètres cubes). Dans cette proportion, la créatine n'est soluble qu'à chaud, et il faut de nouveau faire chauffer la solution au bain-marie, chaque fois que l'on veut s'en servir.

Le 21 octobre, l'urine ne contient pas d'albumine.

Le 22 octobre, l'animal a rendu, dans les vingt-quatre heures, 20 centimètres cubes d'urine. Cette urine est légèrement albumineuse; elle présente une coloration très foncée. Je fais une deuxième injection de 1 centimètre cube.

Le 23 octobre, la quantité d'urine dans les vingt-quatre heures monte à 70 centimètres cubes. Je fais une troisième injection de 1 centimètre cube.

Le 24, quatrième injection de 1 centimètre cube.

Le 25, l'urine, toujours albumineuse, atteint la quantité de 95 centimètres cubes. J'injecte cette fois 2 centimètres cubes de la solution de créatine.

Le 26, sixième injection : 2 centimètres cubes.

Le 27, septième injection : 3 centimètres cubes.

La quantité d'urine, qui avait augmenté les premiers jours, diminue peu à peu les jours suivants, pour arriver, à la fin de l'expérience, comme on le verra tout à l'heure, à une anurie presque complète. L'urine devient de plus en plus foncée, elle est rougeâtre.

Les 28 et 29 octobre, huitième et neuvième injections de 3 centimètres cubes.

Le 30 octobre, dixième injection de 4 centimètres cubes.

Le 1er novembre, onzième injection de 6 centimètres cubes.

Le 2 novembre, l'animal est abattu, il se remue difficilement; il n'a uriné que 3 à 4 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures; cette urine est albumineuse comme les jours précédents.

Je fais une douzième injection sous-cutanée de 4 centimètres cubes de la solution de créatine; mais l'animal meurt une demi-heure après l'injection.

L'autopsie est pratiquée immédiatement. Le cobaye ne pèse plus que 380 grammes (il pesait 408 grammes au début de l'expérience). Le ventre est enflé et l'ouverture de l'abdomen montre que la cavité abdominale renferme une petite quantité de liquide ascitique. Il y a, dans le tissu cellulaire sous-cutané, un peu d'infiltration gélatiniforme au niveau des piqûres les plus récentes. Tous les organes (foie, rate, tube digestif, cœur) paraissent sains, à l'exception des reins dont l'altération est déjà visible à l'œil nu.

Ces reins présentent l'aspect du rein blanc; ils sont pâles, d'un blanc jaunâtre et striés de rouge. Préparés par les procédés habituels pour l'examen microscopique, ils montrent les lésions communes d'une néphrite épithéliale, et particulièrement une dégénérescence granulo-graisseuse très évidente des tubes contournés. Après le séjour, par petits fragments, dans l'acide osmique au centième, on voit les cellules épithéliales confondues, toutes noires: sur quelques-unes, le noyau est invisible.

La présence de la créatine en excès dans la circulation peut donc donner naissance à une néphrite épithéliale de même nature que le gros rein blanc. — On obtient des résultats semblables avec les autres matières extractives, la leucine, la tyrosine, la créatinine, la xanthine et l'hypoxanthine.

Or, toutes ces matières extractives sont, comme je l'ai déjà rappelé, des produits d'oxydation incomplète des substances albuminoïdes. Leur formation dans l'organisme est ordinairement minime à l'état de santé; mais, dans les affections du parenchyme hépatique, leur production augmente dans des productions plus ou moins notables, en même temps que diminue la quantité d'urée excrétée. C'est vraisemblablement à cette accumulation des déchets de la désassimilation azotée dans le sang, qu'il faut attribuer la fréquence de l'albuminurie dans la cirrhose du foie. Il est une autre maladie dans laquelle le parenchyme hépatique est encore plus profondément lésé, c'est l'ictère grave. Or, la néphrite de l'ictère grave est une néphrite épithéliale qui, à part l'imprégnation biliaire, présente tous les caractères du gros rein blanc; et l'on sait précisément que, dans l'ictère grave, la production des matières extractives est surabondante et que le chiffre d'excrétion de l'urée s'abaisse plus que dans toute autre maladie.

Mais, d'autre part, la production exagérée des matières extractives est-elle limitée aux affections du foie? N'est-il pas vraisemblable d'admettre que, dans beaucoup de maladies chroniques, sinon dans toutes, il existe des troubles de nutrition qui doivent entraîner la combustion complète des matériaux azotés? N'est-ce pas dans ces troubles de nutrition et dans leur conséquence, dans l'oxydation incomplète des déchets de la désassimilation, qu'il faut chercher la cause des néphrites, si fréquentes dans le cours des maladies chroniques, de causes et de sièges divers? Je sais bien que je ne puis raisonner ici que par analogie et que je ne puis pas fournir une preuve directe de cette pathogénie; mais, d'une part, la preuve expérimentale de l'action nocive des matières extractives sur le rein; d'autre part, la connaissance des troubles de nutrition inhérents aux maladies chroniques, — troubles de nutrition que personne ne met en doute, — et l'influence probable, sinon certaine, que ces troubles de nutrition exercent sur la transformation de la matière azotée, permettent, je crois, d'établir une relation de cause à effet entre la présence en excès des matières extractives dans l'organisme, résultant des troubles de la nutrition, et la production de la néphrite épithéliale.

Ce n'est pas tout encore, et l'influence des matières extractives sur le rein est encore plus étendue; elle peut s'exercer également à l'état de santé. On sait, en effet, que tous les aliments quaternaires renferment de ces substances azotées incomplètement oxydées; que le bouillon notamment, que le bouillon concentré surtout, les extraits de viande et les poudres de viande en renferment une proportion considérable; — c'est du bouillon que M. Chevreul a extrait chimiquement la créatine. — Dès lors l'introduction

de ces aliments, riches en matières extractives, peut être nuisible et très nuisible, particulièrement pour le rein. Elle l'est surtout dans le cas où le rein ne fonctionne déjà pas bien, et où l'élimination de ces substances toxiques se trouve entravée.

Dans toutes ces circonstances très diverses, l'influence nocive des matières extractives sur le rein n'est pas douteuse. Qu'il y ait introduction excessive ou production exagérée de ces matières dans l'organisme, ou, même avec une production normale, élimination insuffisante, ces matières extractives accumulées irritent le rein, produisent à la longue la néphrite, si le rein n'était pas encore malade, ou l'aggravent, si le parenchyme malade était déjà lésé. La production exagérée de matières extractives peut résulter de troubles de nutrition variés, qui entravent la transformation définitive de la matière azotée à l'état d'urée. L'élimination insuffisante des matières extractives est presque constante dans toutes les variétés de néphrites.

Donc, introduction excessive ou, sous l'influence de troubles de nutrition, production exagérée de matières extractives dans l'organisme; lésion rénale préexistante et défaut d'élimination de ces mêmes matières : telles sont, je crois, les conditions pathogéniques ordinaires du gros rein blanc.

L'introduction exagérée ou la production excessive de matières extractives suffisent à elles seules pour produire le mal de Bright épithélial; mais, si une néphrite chronique existe déjà ou se trouve en état d'évolution, du fait d'une autre cause antérieure, une affection ancienne, par exemple, le défaut d'élimination des matières extractives aggravera la lésion rénale. C'est probablement à l'irritation produite sur le filtre rénal par ces matières extractives, dont l'élimination se trouve entravée, qu'il faut attribuer les complications épithéliales de la néphrite interstitielle (sclérose artérielle du rein) et la production de ce qu'on a appelé la néphrite mixte.

De ces données expérimentales résultent aussi des enseignements thérapeutiques importants. C'est d'abord le danger du bouillon de viande dans les néphrites ; — pour les brightiques, le bouillon est une solution de poison. — C'est également, dans toutes les maladies et même chez les individus sains, le danger des extraits de viande, des bouillons concentrés, des poudes de viande, qui, en dehors des sels minéraux toxiques, principalement les sels de potasse, renferment de plus des poisons organiques et précisément toutes les matières excrémentitielles, dont nous venons de montrer l'action nocive. Dans les maladies chroniques, il y a des troubles de nutrition constants, dans les fièvres également; la transformation de la matière s'opère incomplètement; il y a production anormale de matières extractives. Si, par l'alimentation, on ajoute encore de ces substances toxiques à celles qui existent déjà dans l'économie, on crée un double danger, danger d'autant plus grand que la lésion du rein est une nouvelle cause d'accumulation par défaut d'élimination.

Telles sont les conséquences pratiques qui me semblent devoir découler des expériences que je vous ai soumises. Les faits que je viens de rapporter seront étudiés plus complètement dans un mémoire qui paraîtra prochainement; mais, avant toute autre publication, j'ai voulu communiquer à mes collègues le résultat de ces expériences, car c'est à votre jugement, Messieurs, que je tiens le plus.

Pathologie interne.

De la paraplégie dans la pneumonie, par M. le docteur Carre, ancien médecin en chef des hôpitaux d'Avignon.

La paraplégie se développe rarement dans la pneumonie. On trouve dans les auteurs anciens un assez grand nombre de cas de paralysies locales ou de voisinage qui ont été considérées comme dépendant de la pneumonie, telles que paralysie du membre supérieur, de la langue, l'amaurose, la surdité, etc.; on trouve également plusieurs observations de paralysies plus généralisées, où sont notées la faiblesse ou l'impotence des membres inférieurs; mais ces faits, tels que ceux de Huxham, de Maloët, de Portal, de Stork et Colin, etc., sont tellement diffus et disparates, qu'il faudrait les soumettre à une critique approfondie, qui nous entraînerait trop loin du but que nous nous sommes fixé aujourd'hui.

Je me bornerai aux observations récentes qui ont été publiées dans leurs détails et qui, ainsi, se prêtent mieux à un contrôle sévère. Ces observations sont au nombre de six seulement : deux appartiennent à Macario; Leudet, Révillout, Landry, Pidoux ont chacun observé un fait de ce genre, qui se trouve reproduit dans le mémoire de Gubler; enfin, l'observation qui nous est personnelle porte à sept le nombre de ces faits. Il est juste d'ajouter que Brown-Séquard dit avoir observé, en 1859, à l'hôpital de la Charité de Paris, un fait analogue; le malade guérit au bout de quelques semaines (*Paralysies des membres inférieurs*, 1861, p. 15).

Leyden, après avoir rappelé les observations propres à Boerhaave, Hoffmann, Huxham, Macario, Leudet, cite deux faits personnels : « Chez l'un, dit-il, nous avons noté une forte contraction dans le genou avec amyotrophie, absolument comme cela se voit après la fièvre typhoïde ; une autre fois, nous avons observé une paralysie ascendante subaiguë » (*Traité clinique des maladies de la moelle épinière*, 1879, p. 545). Ce sont les seuls que ce savant auteur ait observés, comme il résulte d'une lettre qu'il a bien voulu m'écrire.

Grisolle (*Traité de la pneumonie*) n'en a observé qu'un seul cas, sur lequel il ne donne aucun détail. « On peut, dit-il, voir survenir, pendant la convalescence de la pneumonie, une de ces paralysies musculaires parfois partielles, le plus souvent généralisées, *extensives*, presque toujours ascendantes. Cet accident, pourtant, est fort rare à la suite des phlegmasies thoraciques. Je n'en ai observé qu'un seul exemple. — .... Cette paralysie est si rare, si exceptionnelle, qu'il est bien permis de la considérer comme un fait accidentel, comme une complication purement fortuite, à la production de laquelle la pneumonie a pu avoir, sans doute, une certaine part, mais sans pouvoir établir pourtant un rapport étiologique spécial. »

Schneider (*Paralysies consécutives aux maladies aiguës*, Paris, 1877) relate également une observation consignée par le docteur A. Gomès de Valle dans l'*Eucholiaste medico*, n°s 122 et 123. La voici en résumé : Il s'agit d'un capitaine d'infanterie, âgé de quarante ans. En décembre 1859, il fut pris d'une pneumonie double. Entré en convalescence au mois de mars 1860, il fut pris, dans le courant d'avril, d'un affaiblissement des quatre membres avec crampes et fourmillements dans les membres inférieurs. La paralysie augmenta peu à peu, pendant quelque temps encore, puis tout à coup diminua et disparut enfin complètement dans le courant du mois d'août suivant.

Malgré leur rareté, ces exemples de paraplégie présentent de telles différences dans leur moment d'apparition, dans la succession de leurs symptômes, dans leur pronostic,

en un mot dans leur manière d'être, qu'on peut se demander encore si c'est là un accident ou une complication de la pneumonie.

La première manière de voir fut soutenue par Dechambre et Bergeron dès l'apparition du mémoire de Macario ; elle s'est imposée à presque tous ceux qui se sont occupés de la question. Grisolle y consacre à peine quelques lignes, comme d'ailleurs Walshe dans son *Traité des maladies de la poitrine* et Lépine dans le *Dictionnaire de Jaccoud*. Jaccoud, dans son *Traité des paraplégies*, et Landouzy. dans son *Mémoire sur les paralysies dans les maladies aiguës*, n'entrent pas dans de grands détails sur ce point de pathogénie et même s'élèvent contre l'interprétation de Macario.

Seul, Gubler, avec son incontestable talent, soutient, dans son mémoire bien connu (*Archives de médecine*, 1859) que la paraplégie est une complication de la pneumonie, au même titre que celle qui se montre dans la fièvre typhoïde, la variole et les autres maladies aiguës.

Je n'ai certes pas la prétention de trancher ce point litigieux; mais comme il n'est pas, en médecine, de quantité négligeable, j'ai pensé que l'observation qui m'est personnelle devait être livrée au public et qu'elle me permettrait de faire quelque agitation autour de cette question, d'autant plus que les lésions anatomiques étudiées par mon savant ami, le professeur Bouchard, me conduisaient à poser de nouveau la nature de cette paralysie, nature fortement discutée; considérée comme dynamique par beaucoup, dyscrasique par d'autres, réflexe ou par propagation par un certain nombre et qui pourrait bien être infectieuse comme la pneumonie.

OBSERVATIONS ET SYMPTOMATOLOGIE.

Pour échapper à la longueur et à la monotonie des observations, j'ai cru devoir les résumer dans un tableau d'ensemble qui permettra de mieux en saisir à la fois les points de contact et les dissemblances.

Obs. I (Macario).—Siège de la pneumonie : partie inférieure du poumon droit. Quarante-neuf ans. Apparition en pleine convalescence. Deux mois et demi après la guérison, la paralysie est complète. Les pieds et les mains furent presque simultanément envahis; mais la paralysie était plus marquée aux membres inférieurs. La marche en fut longue et progressive. Amyosthénie. Fourmillements. Sensibilité génésique conservée. Diplopie. — Durée : trois mois; elle reste un mois complète (vésicatoires). — Guérison.

Obs. II (Macario). — Pleuro-pneumonie double. Trente-cinq ans. Apparition deux mois après le début. Paralysie des quatre membres plus prononcée dans les membres pelviens. La succession des phénomènes paralytiques est mal indiquée. Paralysie des extenseurs des doigts. Amyosthénie. Trois jours après le début, douleurs épigastriques à l'épaule et au bras. Sensibilité conservée. — Durée : quinze jours (vésicatoires). — Mort.

Obs. III (Pidoux, cité par Gubler). — Pneumonie gauche. Cinquante-deux ans. Convalescence : vingt-deuxième jour du début. Marche descendante. Les membres supérieurs furent pris les premiers, puis les inférieurs. Conservation de la contractilité des cavités splanchniques du bassin. Insensibilité de la plante des pieds. Paralysie du moteur oculaire commun, du larynx et du pharynx. — Durée : cinq à six semaines. — Guérison.

Obs IV (Révillont, cité par Gubler). — Pneumonie double. Vingt-quatre ans. Convalescence : un mois après le début. Paralysie diffuse, hémiplégie croisée: jambe gauche et main droite; contracture des doigts de cette main. Fourmillements, engourdissements, froid dans les membres, analgésie-anesthésie. Affaiblissement de la vue, anaphrodisie. — Durée : deux mois (vésicatoires non diphthéritiques). — La guérison n'est pas complète.

Obs. V (Leudet, cité par Gubler). — Pneumonie double. Trente-deux ans. Apparition deux mois après le début de la pneumonie, un mois après celui de la convalescence. Marche ascendante; affaiblissement progressif, puis complet, des membres inférieurs; les mains, les épaules sont ensuite envahies; gène des mouvements respiratoires. Fourmillements, puis analgésie des membres inférieurs, puis supérieurs, sans anesthésie. — Durée : deux mois environ (vésicatoires). — Guérison.

Obs. VI (Landry). — Pneumonie double. Quarante-trois ans. Apparition deux mois après le début. Deux mois après le début, fourmillements dans les pieds et dans les doigts; un mois après; paralysie complète aux membres inférieurs; rigidité des doigts; marche ascendante; paralysie du diaphragme et des intercostaux qui gagne jusqu'aux joues; paralysie des sphincters des muscles intercostaux du diaphragme, du larynx et du pharynx. Irritabilité hallérienne conservée. Fourmillements aux mains et aux orteils; sensibilité tactile diminuée; sentiments d'activité musculaire abolis dans les doigts et les orteils. — Durée : huit jours (fièvre intermittente, rhumatisme). — Mort.

Obs. VII (personnelle). — Pneumonie double. Quatre-vingt-quatre ans. Paralysie ascendante, plus prononcée aux membres inférieurs. Contractilité hallérienne et électrique diminuée. Anesthésie, analgésie, sensibilité électrique, diminuée à la température abolie; variations dans la sensibilité; rachialgie. Incontinence d'urine et fécale; sens intacts. — Durée : vingt jours.— Mort.

Il existe dans Ollivier d'Angers deux observations dans lesquelles des phénomènes de paraplégie, combinée à d'autres accidents nerveux, se sont déclarés à la suite de la pneumonie; mais, dans ces deux cas, le malade avait eu, antérieurement à la phlegmasie pulmonaire, des accidents graves du côté du système nerveux. La pneumonie n'a fait ici que réveiller un état préexistant. Ces deux observations méritent une place à part.

Ainsi, dans la première de ces observations, il s'agit d'un enfant de deux ans et demi, qui avait eu antérieurement des coliques et de la diarrhée et en même temps des convulsions des membres inférieurs avec paralysie du mouvement, mais conservation de la sensibilité. — Plus tard, rechute et réapparition des mêmes accidents.—Enfin, trois mois après sa guérison, cet enfant fut pris d'une pneumonie. — Vers le quatrième jour de cette affection, il survint des convulsions des membres thoraciques et pelviens, avec raideur du tronc, trismus et contorsions de la face, puis une paralysie complète des membres inférieurs. Les mouvements convulsifs se montrèrent ensuite dans les quatre membres, disparaissant pour revenir ensuite. — Incontinence d'urine.

Mouvements réflexes exagérés. — Sensibilité conservée et même augmentée.

Le malade mourut vers le neuvième jour, et on trouva, à l'autopsie, un ramollissement de la région lombaire de la moelle jusqu'au renflement cervical. Poumon droit hépatisé dans sa partie supérieure et latérale.

La pneumonie n'en paraît pas moins avoir agi d'une manière directe sur le système nerveux, puisque l'enfant était guéri depuis trois mois, quand la phlegmasie pulmonaire a éclaté. L'enfant a succombé beaucoup plus tôt au ramollissement de la moelle et aux phénomènes inflammatoires qui ont frappé le cerveau qu'à la pneumonie, qui n'était que partielle. Mais il n'en est pas moins vrai que le système nerveux, ayant reçu une première insulte, était prédisposé à ressentir le contre-coup de toute maladie intercurrente.

Dans la deuxième observation d'Ollivier, nous voyons un homme de soixante ans atteint antérieurement d'une paralysie à marche ascendante et qui frappa les quatre membres. La paralysie, après avoir quitté les membres supérieurs, persistait encore dans les membres inférieurs, mais à un faible degré, quand survint une pleuro-pneumonie, et avec elle la paralysie reparaît, suivant la même marche ascendante que la première fois; le malade mourut par asphyxie, et, à l'autopsie, on trouva une pleuro-pneumonie droite et, de plus, une congestion méningo-rachidienne

générale, principalement évidente au niveau des trous de conjugaison. La moelle et le cerveau étaient sains.

Ce malade a été emporté par une congestion méningo-rachidienne, comme dans des exemples cités par Portal et J. Franck, qui considère cette complication comme fréquente dans la pneumonie.

Observation personnelle. — P..... (Jean), quatre-vingt-trois ans, ouvrier en soie, entre, le 21 janvier 1884, dans mon service à l'hôpital d'Avignon, pour une pneumonie double, principalement développée à droite. C'est un petit vieillard sec, d'une constitution nerveuse. Il ne sait préciser la cause de sa maladie; mais il est probable qu'elle s'est développée sous l'influence de la constitution catarrhale régnante et de la température humide coïncidant avec une grande fréquence des affections pulmonaires.

Ce petit homme très droit, marchant bien le jour de son entrée, ne paraît pas trop éprouvé par la maladie, dont l'oreille seule révèle l'étendue.

La pneumonie suivit son évolution normale; elle était entrée dans la période de résolution, quand, le 5 février, apparaît de la diarrhée, qui ne parut céder que le 10 aux moyens dirigés contre elle.

Dès le 8 février s'était montré un symptôme nouveau, insolite : l'incontinence d'urine; le 12, on nota l'incontinence des matières fécales. Le 11, à la visite du matin, le malade, qui avait conservé toute son intelligence et qui était en pleine convalescence de pneumonie, se plaint de ne pouvoir remuer ses jambes; et, en effet, il les fléchit à peine et a également beaucoup de difficulté à les étendre; la paralysie, cependant, n'est pas complète. La sensibilité a subi de profondes atteintes; une épingle traverse les muscles du mollet sans provoquer la moindre douleur. L'anesthésie est complète des deux côtés. Les sensations de contact et de température sont également abolies. Le soir, l'insensibilité était moins complète, et le malade perçoit l'introduction de l'épingle dans la profondeur des muscles. Mais deux jours après (le 13) l'anesthésie était redevenue complète, et non seulement elle occupait les jambes et les cuisses, mais elle remontait jusqu'au niveau de l'ombilic et en arrière, en un point correspondant. En même temps, la paralysie du mouvement, d'abord limité aux jambes, gagnait en étendue et suivait la modification de la sensibilité. A ce moment, la contractilité électrique et la sensibilité du même nom avaient diminué.

Dans la nuit du 16 au 17, le malade éprouve une vive douleur à la région lombaire et entre les deux épaules. La diminution de la sensibilité est plus évidente à gauche qu'à droite. La vue devient trouble, le malade aperçoit comme un nuage devant les yeux. Aucune céphalalgie, intelligence complète. Persistance de l'incontinence d'urine et de la diarrhée; apparition d'une légère eschare au sacrum.

Le 19, l'anesthésie a diminué dans les membre inférieurs, tant à droite qu'à gauche, mais elle est complète au-dessous du cou-de-pied des deux côtés; à la contre-visite, le pied gauche sent un peu la piqûre de l'épingle.

Le 20, au matin, le bas de la jambe gauche a recouvré sa sensibilité.

Du 20 au 25, état stationnaire, le malade s'amaigrit. Les troubles de la vue persistent, la paralysie est complète. Le cœur, plusieurs fois ausculté, ne présente rien d'anormal; la température, depuis la résolution de la pneumonie, n'a jamais été au-dessus de la normale.

Le 25, le malade commence à se plaindre de faiblesse dans les membres supérieurs, mais la sensibilité y est intacte. La faiblesse générale augmente; la diarrhée, après des alternatives de cessation et de réapparition, persiste encore cinq à six fois par jour. Le 26, la sensibilité diminue dans les membres supérieurs, mais à un degré léger. La faiblesse augmente.

Le traitement consista surtout en toniques : vin et quinquina, nitrate d'argent et teinture de noix vomique.

A partir de ce moment, l'état général alla en s'aggravant; la faiblesse générale fit des progrès et le malade s'éteignit, le 2 mars, à cinq heures du matin.

Autopsie le 2 mars dans l'après-midi.

Les poumons présentent quelques adhérences; mais nulle part des traces d'hépatisation. Ils sont souples dans leur presque totalité; en des points très limités un peu de congestion. On trouve des deux côtés et dans toute leur étendue, des amas de pigment noir assez semblables à ceux de l'anthracosis, sans la moindre caverne. Çà et là, disséminés dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire, des noyaux indurés, peu volumineux, de consistance scléreuse.

Le cœur est normal; le foie, de volume ordinaire, est jaunâtre, granité.

Canal rachidien. En sectionnant les muscles des gouttières, on tombe à gauche au niveau des premières dorsales sur un petit foyer purulent, isolé. A la partie supérieure et à la partie inférieure de la région dorsale, quand on a enlevé la moelle et ses enveloppes, on rencontre deux amas de pus concret siégeant à la partie antérieure du canal rachidien, entre celui-ci et la dure-mère. Il existe également deux plaques analogues de pus à la partie postérieure. Il existe en certains points, toujours à la région antérieure, une coloration brune lie de vin, tenant à une congestion intense du lacis veineux. En deux endroits, et entre ces points de congestion, existent deux saillies, comme cartilagineuses, formées probablement par le périoste des corps vertébraux. La pie-mère est injectée; la moelle paraît plus petite qu'à l'état sain.

Immédiatement après l'autopsie, la moelle, recouverte de ses enveloppes, fut placée dans un flacon d'alcool pour être adressée à M. le professeur Bouchard.

Voici le résultat de l'examen microscopique fait par M. le docteur Charrin, que nous remercions de son obligeance.

Les coupes de la moelle durcie dans l'alcool ont été colorées les unes par le picro-carmin et montées dans la glycérine; les autres colorées par le violet de méthyle en solution aqueuse concentrée, décolorées et déshydratées par l'alcool absolu et l'essence de girofle, puis montées dans le baume du Canada.

On a noté les détails suivants : La myéline a disparu en certains points; ailleurs elle paraît former des amas. Les cellules des cornes antérieures sont conservées; nulle part, d'ancien foyer de sclérose; toutefois, autour et dans la gaine d'un vaisseau, on trouve une certaine quantité de noyaux paraissant indiquer un début d'inflammation périvasculaire. Sur toutes les coupes, on note la présence d'un grand nombre de corps ovoïdes, très probablement des corps amyloïdes.

Sur des coupes colorées par le violet de méthyl on rencontre dans les cordons blancs postérieurs, en dehors des vaisseaux, assez près de la périphérie de la coupe, des bâtonnets soit rectilignes, soit légèrement recourbés, mesurant des longueurs variables de 2 à 4 ou 5 millimètres sur une largeur de 1 millimètre, à peu près fixes. Ils sont peu nombreux.

Les méninges ne présentent rien de spécial.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 16 JANVIER 1888.

RÔLE DE LA BILE DANS LA DIGESTION DES GRAISSES ÉTUDIÉ AU MOYEN DE LA FISTULE CHOLÉCYSTO-INTESTINALE. Note de M. *A. Dastre.* — L'auteur, après avoir rappelé l'ensemble de ses recherches sur la présence et l'action de la bile dans l'estomac, rappelé aussi qu'il est très vraisemblablement le premier qui ait pratiqué l'opération de la fistule cholécysto-intestinale; l'auteur, dis-je, montre aujourd'hui les résultats de cette opération exécutée dans un but physiologique, c'est-à-dire dans le but d'éclairer le problème de la digestion des graisses.

La conclusion de cette importante étude est la suivante : Si l'observation du lapin, chez qui la nature a réalisé pour ainsi dire l'expérience de la fistule cholécysto-intestinale, laquelle est la contre-partie de l'expérience faite par l'auteur sur le chien, nous apprend que la bile seule est en fait, chez le vivant, impuissante à réaliser la digestion et l'absorption complète des graisses; d'autre part, l'expérience nous enseigne que le sucre pancréatique seul est également impuissant. Leur mélange est nécessaire. La bile intervient aussi bien que le suc pancréatique dans la digestion des matières grasses. La bile paraît plus particulièrement pré-

posée à l'absorption des graisses en nature, le suc pancréatique à leur dédoublement.

SUR LA PRÉSENCE DE BASES VOLATILES DANS LE SANG ET DANS L'AIR EXPIRÉ. Note de M. *Robert Wurtz*. — Pendant le cours de recherches qu'il poursuit depuis longtemps sur les alcaloïdes du sang normal, recherches qu'il se propose de publier prochainement, M. R. Wurtz a réussi, à l'aide de la méthode de M. Gaulhier, à isoler des bases fixes et volatiles existant normalement dans le sang et qu'il a recueillies en quantité suffisante pour les caractériser et les étudier. Puis il a cherché la façon dont elles s'éliminaient. Grâce au procédé qu'il a employé et qu'il décrit dans sa communication, il est parvenu à obtenir des chlorhydrates, parmi lesquels il a isolé et séparé : 1° le chlorhydrate d'ammoniaque, qui semble prédominer; 2° le chlorhydrate d'une base organique qu'il a caractérisée par des réactions telles que : précipité par le réactif de Bouchardat; précipité par l'iodure double de potassium et de mercure; formation de chloroplatinate et de chloro-aurate solubles.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

SUR L'ANESTHÉSIE PROLONGÉE PAR LE MÉLANGE DE PROTOXYDE D'AZOTE ET D'OXYGÈNE SOUS PRESSION (MÉTHODE PAUL BERT). Note de M. *Claude Martin* (de Lyon). — On sait que l'inhalation prolongée ou répétée de vapeurs anesthésiques employées communément en clinique chirurgicale, détermine, au bout d'un temps variable, des accidents graves.

D'autre part, Paul Bert a démontré qu'on pouvait produire la mort par l'inhalation continue des mélanges de chloroforme et d'éther avec l'air, alors même que le titre de ces mélanges était insuffisant à déterminer l'état anesthésique, mais à la condition de prolonger l'action de ce mélange pendant un certain nombre d'heures.

En est-il de même pour le protoxyde d'azote mélangé à l'oxygène et administré sous pression d'après la méthode Paul Bert? C'est à l'expérimentation que l'auteur s'est adressé pour combler cette lacune.

A cet effet il a fait construire une cloche munie de hublots de 250 litres de capacité, pouvant supporter une pression de 1 1/2 atmosphère et disposée de manière à recevoir un chien.

L'animal est introduit dans la cloche à cinq heures du soir; celle-ci est remplie avec le mélange anesthésique de Paul Bert. On élève progressivement la pression à 110, 115 et 120 atmosphères. Le sommeil se produit au bout d'une demi-heure. On établit alors un débit d'environ 15 litres de mélange par heure.

Le lendemain matin, à six heures, le sujet est bien anesthésié, mais on constate de la dyspnée. On fait alors passer en quelques minutes 350 litres du mélange gazeux. La respiration se régularise. A partir de ce moment le débit est réglé à 25 litres par heure.

Douze heures plus tard, la respiration est toujours calme et se maintient ainsi jusqu'à la fin de l'expérience, dont la durée totale est de soixante-douze heures.

L'animal ayant été retiré de la cloche, on observe, au bout de quinze minutes, des mouvements des pattes antérieures; les yeux s'ouvrent, le regard est inquiet. Trente-cinq minutes après la sortie de l'appareil, il fait des efforts pour se relever, il tremble comme s'il avait froid. En effet on constate un notable abaissement de la température. Le poil est mouillé, le train de derrière n'obéit pas, malgré les efforts de l'animal pour se relever complètement. Cependant, si l'on pique les pattes, quelques mouvements se produisent.

Après cinquante-cinq minutes de séjour à l'air libre, il marche et obéit au commandement. Il refuse le lait qu'on lui présente. L'intelligence ne paraît nullement altérée.

On le laisse en repos et, le lendemain matin à sept heures, on le trouve debout; il est très gai et mange avec appétit. Il n'y a rien d'anomal.

Il convient de faire remarquer que si l'anesthésie n'a été produite qu'au bout d'une heure et demie, c'est qu'il a fallu éliminer progressivement l'air contenu dans la cloche.

L'anesthésie une fois obtenue, la pression a été amenée à 110 et maintenue à ce degré jusqu'à la fin de l'expérience.

Une bouillie de chaux avait été placée dans la cloche, pour absorber l'acide carbonique, lequel était d'ailleurs enlevé en majeure partie par le débit gazeux qui a été de 2500 litres pour la durée totale de l'expérience.

Il est donc démontré que sous l'anesthésie prolongée et continue par le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression, aucun produit toxique ne s'accumule dans l'organisme de manière à déterminer des accidents graves, même après un temps prolongé.

E. RIVIÈRE.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

L'Académie reçoit communication d'un testament de M. le docteur Saintour, décédé à Paris le 18 novembre dernier, contenant une disposition à son profit.

M. le docteur *Hanriot* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de physique et chimie médicales.

M. le docteur *Bertrand*, professeur à l'Ecole de médecine navale de Toulon, prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. (*Accepté*.)

M. *Mathis*, chef des travaux cliniques à l'Ecole vétérinaire de Lyon, envoie une *Note sur la dysenterie des jeunes chiens*. — (*Commission* : MM. *Goubaux*, *Leblanc* et *Trasbot*.)

M. le docteur *Betaillouloux* adresse une *Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire par l'acide sulfureux dissous dans l'eau, employé en pulvérisation*.

M. le docteur *Stieftel* envoie un mémoire sur *des cas de tumeurs du cou*. — (*Commission* : MM. *Siredey* et *Léon Le Fort*.)

M. le docteur *Mulette* adresse un ouvrage intitulé : *Contribution à l'étude de la pneumonie typhoïde* pour le concours du Prix Godard en 1888.

M. le docteur *Rivalz* envoie un mémoire manuscrit et une collection de dessins sur *les peintures de Pompéi* pour le concours du Prix Monbinne en 1888.

M. *Mathias-Duval* présente le 5e volume des *Mémoires d'anthropologie de Paul Broca*, publié sous la direction de M. le docteur *Pozzi*.

M. *Hayem* offre : 1° une *Notice sur Vulpian*; 2° au nom de M. le docteur *Assaky*, un mémoire sur l'*iodol*.

ÉLECTIONS. — M. *Moitessier* (de Montpellier) est élu correspondant national dans la 4e division (physique et chimie médicales, pharmacie), par 43 voix sur 55 votants; M. Barnsby (de Tours) obtient 7 voix, et M. Soubeiran (de Montpellier), 5.

M. *Engel* (de Montpellier) est également élu correspondant national dans cette même division par 38 voix sur 55 votants. M. Barnsby obtient 7 voix; M. Soubeiran, 7; il y a eu plus 1 bulletin blanc.

ISOLEMENT DES CONTAGIEUX A L'ÉCOLE. — Conformément à la demande qui lui en avait été faite, M. *Ollivier* donne lecture de son rapport modifié sur la durée de l'isolement des écoliers atteints de maladies transmissibles (voy. t. XXIV, p. 856). Les modifications apportées au précédent rapport consistent principalement dans l'addition, parmi ces maladies, de la coqueluche, pour laquelle l'Académie recommande de « n'autoriser la rentrée à l'école que trente jours après la disparition absolue des quintes caractéristiques. »

MALADIES DE L'ESTOMAC. — M. *Dujardin-Beaumetz*, revenant sur la communication faite à la dernière séance par M. Germain Sée, concernant le diagnostic des maladies de l'estomac, fait remarquer combien les savants français ont fait d'efforts depuis quelques années pour étudier la pathogénie de ces affections en ne se limitant pas, comme les médecins d'outre-Rhin, à l'étude chimique du suc gastrique; il rappelle à ce propos les travaux de MM. Bouchard,

Armand Gautier, Laborde, Debove, Quinquaud et les siens. C'est à tort qu'en Allemagne on a voulu considérer l'absence d'acide chlorhydrique dans l'estomac comme un symptôme exclusif du cancer de cet organe, car on l'a également constatée dans un grand nombre d'affections cachectiques; réciproquement on trouve dans certains cas de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique et cela jusqu'à la mort du malade. En outre, la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique du même individu subit des variations nombreuses, suivant les fonctions de la peau, celles des reins et suivant certaines perturbations nerveuses. Aussi ne tirera-t-on de la recherche de cet acide et de l'étude de sa composition chimique comme de son pouvoir digestif, que des indications d'une valeur relative et secondaire, permettant difficilement d'établir une thérapeutique rationnelle. La chlorhydrothérapie reposera toujours sur des bases bien fragiles.

Dans une autre partie de sa communication M. Germain Sée a soutenu de nouveau l'opinion qu'il a formulée en 1881, à l'égard de la dyspepsie considérée comme une perturbation apportée aux actes chimiques de la digestion stomacale. M. *Dujardin-Beaumetz* estime, au contraire, que toutes les parties constituantes de l'estomac peuvent concourir aux troubles fonctionnels de l'organe; le mot dyspepsie doit disparaître et ne plus constituer qu'un symptôme au même titre que le vomissement, par exemple; il faut abandonner la conception toute théorique d'une entité morbide appelée dyspepsie.

Sans doute, déclare M. *Germain Sée*, il existe à côté des dyspepsies chimiques une foule de troubles nerveux et nervo-moteurs de l'estomac et des intestins; mais ce qui domine toutes ces affections au point de vue du diagnostic surtout, c'est la composition du suc gastrique, dont l'acide chlorhydrique est la partie essentielle, les autres acides n'étant que d'une importance très secondaire. C'est pourquoi la découverte d'un réactif très sensible et en même temps très facile à manier, pour la recherche de cet acide, est-elle d'un grand intérêt; elle permet de reconnaître les dilatations avec dyspepsie ou avec atonie, et même de diagnostiquer les cancers, car l'absence de cet acide est dans la plupart des cas un indice de la présence d'un cancer; en tout cas, on peut y avoir plus de confiance que dans la diminution de l'urée, ce dernier symptôme étant seulement la conséquence de modifications graves dans l'alimentation avec ou sans lésion organique.

M. *Constantin Paul* confirme, comme il l'avait dit il y a huit jours, la valeur importante, relative mais non absolue, de la diminution de l'urée comme indice de cancer de l'estomac, ainsi que l'a observé M. Rommelaere (de Bruxelles). Étant donnée une affection chronique de cet organe, si le malade mange et que l'urée ait considérablement diminué, il y a de grandes probabilités pour qu'il soit atteint d'un cancer.

Au point de vue physiologique, fait aussi remarquer M. *Laborde*, c'est une erreur de croire que l'acide lactique soit d'une importance secondaire dans le suc gastrique. Dans un suc normal on le trouve facilement à l'aide de réactifs colorants tels que le méthyl violet, qui donne précisément les mêmes réactions que la phloroglucine-vanilline, alors que l'acide chlorhydrique peut très bien ne pas y exister.

C'est pourquoi, réplique M. *Germain Sée*, je recommande de ne recueillir le suc gastrique que quarante-cinq minutes après le repas; dans les deux premiers quarts d'heure de la digestion, on ne trouve en effet que de l'acide lactique, puis plus tard l'acide chlorhydrique apparaît.

TRAITEMENT DU FURONCLE ET DE L'ANTHRAX. — Comment agissent les pulvérisations phéniquées, préconisées mardi dernier par M. Verneuil pour le traitement du furoncle et de l'anthrax? Telle est la question posée par M. *Le Roy de Méricourt*. Faut-il y voir une action antiphlogistique et sédative, ou anesthésique, ou microbicide? Il serait intéressant de rechercher si l'emploi de la vapeur d'eau simple ne produirait pas les mêmes résultats. D'ailleurs, si la pulvérisation phéniquée agit par le désinfectant qu'elle contient, il serait plus logique de pratiquer des injections sous-cutanées antiseptiques. Il faut aussi reconnaître que les furoncles et l'anthrax se montrent sous l'influence de certaines conditions purement morales où les microbes n'ont que faire, comme des chagrins violents, des hypérémies générales de la peau dues à des modifications climatériques.

M. *Maurice Perrin* emploie, depuis huit ans, pour le traitement de ces maladies, la balnéation prolongée dans l'eau chaude; il a ainsi obtenu des résultats satisfaisants, plus ou moins rapides suivant la région et surtout suivant le degré de perméabilité des tissus. Il serait difficile d'admettre qu'avec cette méthode les colonies microbiennes ayant envahi la tumeur soient détruites, à moins que les échanges endosmotiques, qui sont très actifs pendant l'immersion, n'aient pour effet de purger complètement des microbes pathogènes le terrain envahi.

Pour M. *Léon Le Fort*, le soulagement qu'éprouve le malade vient de l'anesthésie provoquée par l'acide phénique et de l'humectation due à la pulvérisation. Mais il faut remarquer que les anthrax ainsi traités continuent à évoluer, sans qu'il semble que la durée en soit diminuée. Il importe de faire avorter le plus vite possible le furoncle aussi bien que l'anthrax, qui ont tant de rapports communs : bien des fois on y parvient, pour le premier, en plongeant la lancette dans le centre de l'aréole; de même, pour le second; sinon, des incisions périphériques en rayons faites avec le bistouri permettent d'obtenir très rapidement cet important résultat que la nouvelle méthode ne réalise pas encore. Quant à la nature microbienne de ces affections, c'est là chose encore obscure : l'arrêt immédiat du furoncle au début, en le perçant avec la lancette, ne saurait s'expliquer parce qu'on aurait été assez heureux pour détruire aussitôt le microbe pathogène.

M. *Constantin Paul* demande à M. Verneuil si sa méthode permet d'éviter cette succession de furoncles qu'il est si pénible pour le médecin de ne pouvoir empêcher chez les personnes qui commencent à se livrer à certains exercices, tels que l'équitation et le canotage.

M. *Verneuil* répond qu'il n'a pas encore observé de récidives chez les personnes qu'il a ainsi traitées. Passant en revue les objections et les questions qui viennent de lui être faites, il se déclare très nettement partisan de l'origine parasitaire de l'anthrax et du furoncle; aussi est-il convaincu que les pulvérisations phéniquées agissent comme microbicides, d'autant que l'on a guéri ces mêmes maladies par l'application de compresses d'eau phéniquée renouvelées de demi-heure en demi-heure; de plus, il ne saurait être douteux que les pulvérisations phéniquées agissent comme anesthésiques et par leur humidité. Elles doivent être préférées aux cataplasmes et à la balnéation continue, qui n'est pas applicable à toutes les régions et ne peut se faire avec n'importe quelles eaux. En tous cas, elles calment promptement les douleurs et elles peuvent être employées sans danger chez des malades où l'on se servirait difficilement d'autres méthodes, tels que les diabétiques. Elles peuvent enfin remplacer le fer et le feu dont on n'use plus guère aujourd'hui, ainsi que les topiques dont l'action est si lente et si peu efficace.

M. *Laborde* fait remarquer que l'acide phénique n'agit pas seulement sur le parasite, mais aussi sur la contractilité des vaisseaux capillaires.

Bien qu'étant de l'avis de M. Verneuil sur l'origine parasitaire du furoncle et de l'anthrax et bien que persuadé comme lui des avantages de la méthode antiseptique, M. *Trélat* pense que le traitement par les pulvérisations phéniquées ne doit pas être exclusif. Ce n'est pas à la dose de 2 pour 100 que les solutions phéniquées peuvent exercer une action antiseptique bien complète ni qu'elles peuvent produire une contractilité vasculaire importante. En cas de complications graves et septiques des anthrax, il n'en faudra pas moins opérer avec vigueur et vite, non pas pour débrider, mais pour faire l'antisepsie du foyer avec la rapidité indispensable.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Trasbot* sur les candidats au titre de correspondant national dans la troisième division (médecine vétérinaire). La liste de présentation est ainsi fixée : 1° M. Arloing (de Lyon), 2° M. Abadie (de Nantes), 3° M. Peuch (de Toulouse), 4° M. Signol.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Autoplastie : MM. Kirmisson, Berger, Le Fort, Le Dentu, Championnière. — Ligature au catgut : MM. Monod, Championnière, Kirmisson, M. Sée, Terrier. — Luxation de l'épaule : M. Le Fort. Discussion : M. Després. — Entérotome pour anus contre nature : M. Verneuil. — Salpingite : M. Championnière. — Kyste de la queue du sourcil : M. Larger.

M. *Kirmisson*, pour un ulcère malléolaire identique à celui que M. Poncet a guéri, a employé exactement le même procédé; mais une bonne moitié du lambeau s'est sphacélée. En somme, ce lambeau fessier oblige à une position difficile à garder : mieux vaut prendre la peau de ce membre du côté opposé, comme le fait, par exemple, Billroth. Dans un de ses voyages, M. Kirmisson a vu un enfant chez lequel, pour des cicatrices bilatérales du creux poplité, Hacker a fait une forte flexion des cuisses sur le bassin et a pris deux lambeaux pectoraux. Le résultat a été excellent. Pour la blépharoplastie, peut-être ne faut-il pas négliger le procédé employé en 1869 par M. Le Fort : la greffe d'un lambeau absolument isolé du corps. Sur la malade dont il a communiqué l'observation en 1880, M. Berger a opéré ainsi d'un côté et a vu, sans sphacèle, le lambeau se résorber peu à peu, ce qui n'a pas eu lieu du côté opposé, réparé par la méthode italienne modifiée. Et MM. Abadie et Panas en ont vu autant. C'est à rapprocher de ce qui se passe pour les greffes de Reverdin : elles provoquent la cicatrisation, mais elles-mêmes se résorbent ensuite. Il ne faudrait pas généraliser, pense M. *Le Fort*, dont une opérée a bénéficié d'un succès durable; peut-être faut-il, tout en dégraissant le lambeau, ne pas trop en racler la face profonde. En outre, on devra choisir la peau d'une région aussi semblable que possible à la région malade.

M. *Le Dentu* a eu recours quatre fois au procédé de M. Le Fort et trois fois les lambeaux, greffés en mosaïque, ont vécu, mais pour se rétracter ensuite. Une fois il avait greffé des lambeaux très étendus et il en est resté suffisamment.

M. *Championnière* a essayé ces greffes cutanées sur les ulcères de jambe et en particulier a plusieurs fois recouvert les surfaces de lambeaux multiples, en mosaïque, pris sur une jambe amputée. Ces lambeaux n'ont pas tardé à se résorber. Le mieux est de faire de petites greffes dermo-épidermiques prises sur le sujet lui-même.

— M. *Monod*, à propos de la ligature au catgut communiquée par M. Championnière dans la dernière séance, dit que Kocher vient de faire paraître une brochure intitulée : *A bas le catgut*. Il avait des accidents de suppuration qui ont cessé depuis qu'il a remplacé le catgut par la soie au sublimé. M. *Championnière* proteste. Le coupable n'est pas le catgut, mais le mauvais catgut. Il est vrai que celui du commerce est toujours mauvais ; mais il est facile de fabriquer soi-même sa provision. M. *Terrier* souscrit à cette manière de voir et pense que tout vient de la septicité. M. *Kirmisson* ajoute que la faute en est peut-être au pansement au sous-nitrate de bismuth, encore employé en 1886 par Kocher et lui donnant des résultats forts médiocres. M. *Marc Sée* revendique pour ce pansement.

— M. *Le Fort* a vu une *luxation sans cause appréciable des deux épaules successivement*, sur un homme qui se fit soigner au bout de vingt-quatre ans d'une syphilis contractée à dix-huit ans, après avoir eu quelques attaques épileptiformes. Le 25 novembre 1886 il se réveilla avec une luxation de l'épaule gauche et le 28 novembre c'était le tour de la droite. Il fut fort mal soigné au début et on l'envoya dans le Midi sans lui avoir réduit les luxations. Il fut enfin adressé à M. Le Fort qui réussit à coapter les surfaces luxées, puis prescrivit un traitement antisyphilitique sérieux. Il est bien possible que ce malade ait eu de petites attaques épileptiformes nocturnes, par syphilis cérébrale, et que là soit la cause du déboîtement. Il s'agit donc là d'un fait tout à fait insolite. En outre, M. Le Fort développe quelques considérations sur la réduction des luxations anciennes de l'épaule et du coude. Il a toujours observé — et dans l'espèce cela a été particulièrement net — qu'on ne peut pas réduire pendant les tractions. Ces tractions rompent les adhérences et mobilisent l'extrémité osseuse à réduire, mais en même temps elles créent une tension, surtout dans les muscles, tension qui est un obstacle à la réduction. Aussi doit-on faire ces mobilisations énergiques, puis, les cessant, réduire par la coaptation directe et douce. Enfin, dans le cas présent, il fallait rendre peu à peu le mouvement, ce qui a été parfaitement réalisé par une gymnastique spéciale et, de plus, éviter la récidive. M. Le Fort a, pour cela, un appareil particulier, limitant à l'horizontale le mouvement d'élévation et empêchant la rétropulsion du coude ; c'est dans ces mouvements, en effet, que la récidive a lieu. M. Le Fort a ainsi mis à l'abri, depuis deux ans, un jardinier qui l'a consulté à sa soixante-douzième luxation.

M. *Després* a soigné récemment un homme qui en était à sa cinquante-deuxième luxation et il a appliqué un appareil qui n'a nullement prévenu la récidive.

— M. *Verneuil* a quelquefois été frappé de la difficulté qu'il y a à appliquer l'*entérotome de Dupuytren* lorsque l'éperon, profond et mobile, fuit devant l'instrument. En 1876, pour un anus iléo-vaginal dont l'observation a été publiée par M. L.-H. Petit, il a saisi l'éperon dans une pince à polypes. Depuis, il a fait construire une pince spéciale, plus longue, se démontant et analogue à une pince à forcipressure. On l'applique entre deux petites pinces saisissant l'éperon, qu'elles amènent ensuite facilement sous l'œil de l'opérateur.

— M. *Championnière* présente des pièces de *salpingite bilatérale*, avec poches volumineuses, et à ce propos corrobore la théorie de Lawson Tait sur la menstruation d'origine tubaire. (Observation publiée par M. Dagron à la Société anatomique.)

— M. *Larger* montre un jeune homme porteur d'*un kyste de la queue du sourcil*, que le présentateur croit d'origine traumatique.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 21 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Cataracte causée par le menthol: MM. Charrin et Roger. — Sur la fermentation alcoolique du galactose: M. Bourquelot. — Analyse chimique d'un rein amyloïde: M. E. Lambling. — Examen histologique de la muqueuse nasale hypertrophiée : M. Chatellier. — Gargouillement intestinal rythmique: M. Vidal. — Toxicité de l'eau expirée par les poumons : MM. d'Arsonval et Brown-Séquard. — Appareil pour les inhalations gazeuses: M. Bardet. — De la dentition de lait : M. Lataste. — Allochirie visuelle: M. Magnin. — Sur la pneumonie contagieuse des porcs: M. Rietsch. — Des voies centripètes du réflexe de l'éternuement: MM. Surmont et Wertheimer. — Sur le centre respiratoire bulbaire : M. Brown-Séquard.

M. *Roger* a vu avec M. *Charrin* que sur les lapins empoisonnés par le menthol, donné à la dose de 6 à 7 grammes par kilogramme d'animal, il se produit après la mort, en deux ou trois heures, une véritable cataracte. Les expérimentateurs ne donnent d'ailleurs encore aucune explication sur la cause et la nature de ce fait intéressant.

— M. *Bourquelot*, continuant ses recherches sur la fermentation alcoolique du galactose, a vu que le lévulose et le maltose, tout comme le glucose, peuvent mettre en train cette fermentation, qui n'a pas lieu, il le rappelle, quand le galactose est laissé seul en présence de la levure. Quant à la fermentation même, elle s'établit d'abord pour le lévulose, par exemple, puis le galactose fermente et alors la fermentation des deux sucres continue simultanément. M. Bourquelot voit dans ce fait une nouvelle preuve en faveur de l'opinion qu'il a déjà soutenue, à savoir qu'il n'y a pas véritablement de fermentation élective.

— M. *Gley* présente une note de M. *E. Lambling* où sont rapportés les détails de l'analyse chimique d'un rein amyloïde. C'est la première détermination de ce genre qui ait été faite.

— M. *Chatellier* a étudié l'état de la muqueuse nasale chez un malade atteint d'une tumeur avec hypertrophie de la muqueuse. Il y avait là une production caractéristique de fibrilles nombreuses rapprochant cette tumeur des polypes muqueux; mais l'auteur la considère plutôt comme composée de tissu myxomateux infiltré en nappe.

— M. *Vidal*, à propos de la note récente de M. Dastre sur le gargouillement intestinal rythmique, rappelle qu'il a signalé à la Société, en 1879, des faits de ce genre qu'il avait observés sur des malades dans des cas de lésions intestinales.

— M. *Brown-Séquard*, en son nom et au nom de M. *d'Arsonval*, ajoute quelques faits à ceux qu'il a déjà présentés concernant la mort à la suite d'injections de l'eau exhalée par les poumons. Ces faits tendent à montrer que le mécanisme de la mort est bien celui de la mort par arrêt des échanges.

— M. *d'Arsonval* présente, de la part de M. *Bardet*, et décrit un appareil servant aux inhalations gazeuses par les poumons. Cet appareil, construit surtout dans le but de servir aux inhalations d'acide fluorhydrique (traitement de la tuberculose), est applicable à toutes les inhalations de substances médicamenteuses.

— M. *Lataste* fait une communication sur la dentition de lait des mammifères et sur la signification de cette dentition par rapport à la dentition dite permanente.

— M. *Magnin* rapporte plusieurs faits d'allochirie visuelle (pour les couleurs) qu'il a observés, il y a plusieurs années déjà, dans le service de M. Dumontpallier.

— M. *Vignal* présente, de la part de M. Rietsch (de Marseille), une note sur la pneumonie contagieuse des porcs (épidémie observée à Marseille).

— M. *Blanchard* présente, de la part de MM. *Surmont* et *Wertheimer*, une note sur les voies centripètes du réflexe de l'éternuement.

— M. *Brown-Séquard* montre que, d'après ses expériences, on ne peut admettre que le centre respiratoire bulbaire ait réellement l'influence qu'on lui attribue sur la respiration. Cette influence se ramène à un phénomène d'inhibition. Quand on a enlevé les parties de la moelle et du bulbe situées inférieurement et supérieurement à ce prétendu centre, on voit en effet que la piqûre de ce point ne détermine plus l'arrêt des mouvements respiratoires. D'une façon générale, on n'est en droit d'attribuer une fonction à un organe que si la perte de la fonction, après l'ablation de l'organe, est constante.

Société anatomique.

SÉANCE DU 20 JANVIER 1887. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Engelbach* présente une *hypertrophie prostatique* avec cystite et abcès de la vessie.

— M. *Brault* fait une communication sur l'*hypertrophie des glandes utérines dans la néphrite*.

— M. *Leudet :* sur un cas d'*endocardite puerpérale* limitée au cœur droit.

— M. *Ballet* insiste sur les *difficultés de diagnostic des kystes hydatiques du foie*, à propos d'un cas où, erreur tout à fait insolite, il a cru à une pneumonie caséeuse.

— M. *Peraire : fibrome du mésentère* pris pour une tumeur soit ovarienne, soit utérine.

— MM. *Letulle* et *Nicole* décrivent l'*état des fibres élastiques dans le cœur atteint de sclérose sénile avec athérome des coronaires*.

— M. *Leflaire* montre un cas d'*abcès cérébraux multiples* de cause inconnue chez une femme qu'on avait crue atteinte de méningite tuberculeuse. Il n'y a pas de bacilles.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

De l'action thérapeutique de la teinture de strophantus, par M. HOCHHAUS. — La préparation employée dans ces recherches était la teinture à 1 pour 20. Elle fut administrée à cinq individus en plein état de santé : deux d'entre eux n'éprouvèrent ni modification du pouls, ni augmentation de la diurèse. Chez les trois autres cette fonction fut augmentée temporairement.

La série des cardiopathes soumis à cette médication comprenait : 10 cas de lésions valvulaires non compensées, 18 cas de myocardite chronique sans lésions valvulaires, 2 cas de néphrite et 8 cas de maladies du cœur que l'auteur ne définit pas.

Pendant la période de compensation des cardiopathies valvulaires, la teinture de strophantus diminue la fréquence, augmente et régularise le rythme des battements du cœur. L'œdème et la dyspnée sont aussi atténués. Cependant le strophantus n'a pas été supérieur à la digitale, qui, dans la majorité de ces cas, conservait encore son efficacité. Par contre, les cas sont très peu nombreux, qui, rebelles à la digitale, cèdent à l'action du strophantus. Au demeurant, la digitale est un médicament plus fidèle que le strophantus.

Dans la myocardite chronique, ce dernier fait disparaître les

irrégularités du pouls et diminue la dyspnée. Son influence est donc bienfaisante.

Elle se manifeste moins nettement contre les néphrites aiguës que dans les néphrites chroniques. Son action se traduit par la diminution de la dyspnée et l'augmentation de la diurèse.

Elle est douteuse contre les œdèmes cachectiques et les accidents cardiaques d'origine nerveuse. Quels sont ses inconvénients? Il diminue l'appétit, provoque des nausées, des vomissements, parfois de la diarrhée pendant les premiers jours. Plus tard la tolérance stomacale s'établit et l'assuétude aidant on peut en continuer l'usage.

M. Hochkaus le prescrit à la dose initiale de six gouttes trois fois par jour qu'il augmente de deux gouttes quotidiennement, mais sans jamais dépasser la quantité très élevée de soixante gouttes toutes les vingt-quatre heures.

Chez les enfants, il conseille d'abaisser à neuf gouttes la dose initiale quotidienne et de ne pas l'élever au delà de quinze.

L'action thérapeutique ne se manifeste qu'après quarante-huit ou cinquante-six heures et cesse le lendemain ou le surlendemain du jour où l'on en cesse l'administration. Enfin, il n'aurait jamais observé d'effets cumulatifs. Il termine en déclarant que le strophantus est un des auxiliaires de la digitaline et le meilleur parmi ceux qui ont été proposés durant ces dernières années. (*Deut. med. Woch.*, 27 oct. 1887.)

Du borate d'ammoniaque contre la phthisie, par M. LASHKEVICH. — Cet observateur le prescrit soit à l'intérieur, soit à l'extérieur dans les diverses formes de phthisie. A l'intérieur, il en administre trois doses quotidiennes de 25 centigrammes en pilules ou en solution avec la codéine, la jusquiame ou d'autres agents de sédation. Il produit ainsi, dit-il, une atténuation de l'expectoration et si le traitement est institué de bonne heure, une diminution notable de la fièvre.

A l'extérieur, il prescrit des inhalations de solution de borate d'ammoniaque. Elles auraient également pour résultat de diminuer l'abondance de l'expectoration et si elles existent, l'irritation et la douleur pharyngées. (*The therapeutic Gazette*, sept. 1887.)

Du traitement de la phthisie pulmonaire par les insufflations de borax, par M. CANIO. — Les pulvérisations de solutions boriquées ont été inutilement employées par Fenoglio à titre d'antiseptique contre la phthisie. C'est alors que ce médecin essaya de les remplacer dans cinq cas de son service, à l'hôpital de Cagliari, par des inhalations de borax finement pulvérisé. Un courant d'air traversait un flacon de Wolff à deux tubulures dans lequel on avait placé le borate de soude en poudre, et l'air chargé de cette poussière était directement inspiré au moyen d'une canule de Schultzer.

Les résultats de cette médication furent les suivants : l'appétit s'améliora et le poids des malades fut accru, en même temps que la fièvre devenait moins vive et que l'expectoration se tarissait. En même temps, MM. Canio et Fenoglio constataient une diminution notable de la toux, des lésions pulmonaires et de l'insomnie. De plus, chez les malades qui expectoraient du sang, les hémoptysies cessèrent rapidement.

Ces faits méritent d'autant plus l'attention, d'après MM. Canio et Fenoglio, que les malades étaient dans une période avancée de la maladie et en puissance de lésions d'une irrémédiable gravité. Il y aurait donc lieu de mettre à l'essai cette médication dans une phase moins avancée de la maladie et peut-être d'en espérer quelques résultats heureux. (*Centrabl. f. die med. Wissench.*, 1887, n° 41.)

Travaux à consulter.

INFLUENCE DE L'ANTIPYRINE SUR LA NUTRITION DE L'ALBUMINE, par M. E. LAHOUSSE. — Le sulfate de quinine, à l'inverse de la fièvre, diminue la destruction de l'albumine, en est-il de même de l'antipyrine? M. Lahousse a essayé de s'en rendre compte en dosant l'azote des urines et les selles, d'après la méthode de Kijeldahl et en comparant les résultats de ses recherches avec les analyses de l'mbach et Reiss.

Il a constaté que dès le début de l'administration de l'antipyrine, l'élimination descendait au minimum. Comment se produit ce phénomène? Par une action directe du médicament sur les cellules dont il diminue l'activité. L'antipyrine n'agit donc pas à la manière des aliments d'épargne, comme la gélatine et les hydrocarbures sur lesquels les cellules épuisent leur activité, laissant l'albumine plus ou moins intacte. (*Annales et Bulletin de la Société de médecine d'Anvers*, août 1887, p. 235.)

DE L'HYOSCYAMINE CONTRE LES DYSPNÉES ET L'ASTHME, par M. WALKER. — C'est à titre d'antispasmodique que cet observateur prescrit l'hyoscyamine, aussi bien contre le spasme bronchique que contre ceux des divers viscères. Suivant les indications, il le prescrit à la dose d'un demi-milligramme, de demiheure en demi-heure ou d'heure en heure, et s'il y a urgence il l'administre par la voie hypodermique.

L'action antispasmodique de cette substance serait prompte; mais pour en obtenir des résultats durables, on doit continuer son usage pendant quelques jours. M. Walker lui attribue encore des effets préventifs et conseille de revenir de temps en temps à son emploi. Enfin pour éviter tout phénomène adynamique, il l'associe à un demi-milligramme de sulfate ou d'arséniate de strychnine. (*The Lancet*, 20 août 1887.)

DE LA VALEUR ET DU MODE D'ACTION DE L'ANTIPYRINE DANS LE RHUMATISME, par M. DAVIS. — Après avoir analysé vingt cas dans lesquels l'emploi de cette substance fut efficace, l'auteur déclare qu'elle lui paraît supérieure au salicylate de soude en raison de la tolérance de l'estomac pour cette préparation. Deux fois seulement, il aurait n té des éruptions cutanées. Par contre, l'antipyrine lui paraît le meilleur remède contre le rhumatisme aigu en raison de ses vertus doloriſuges et de ses propriétés antithermiques. Ce privilège donne raison de tous les succès. (*Journ. of Am. med. Association*, 2 juillet 1887.)

DE L'ANTIPYRINE DANS LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX, par M. H.-N. MOYER. — Cet observateur a prescrit l'antipyrine à la dose de 50 centigrammes dans un cas d'hémicrânie. La dose était répétée toutes les deux heures; il obtint dès la première prise l'atténuation de la douleur. Cette malade était enceinte et diabétique. Il obtint le même succès dans un cas de céphalalgie consécutive à la menstruation et chez un alcoolique atteint de névralgie du nerf maxillaire inférieur. Par contre, il échoua en la prescrivant contre le même accident douloureux dans un cas de catarrhe nasal.

M. N. Moyer attribue ces résultats à l'action vaso-motrice de cet agent médicamenteux, car l'antipyrine, dit-il, diminuerait la tension sanguine et l'ischémie vasculaire. (*The Medical Standard*, oct. 1887, n° 99.)

DE L'ANTIPYRINE DANS LA SCARLATINE ET LA BRONCHITE AIGUE, par M. FRIEDLAENDER. — Quatorze cas de scarlatine ont été traités par cette médication. C'étaient ceux d'enfants de cinq à six ans. Chez aucun d'eux la maladie ne fut abrégée et les complications ne furent pas prévenues ; seulement la bronchite spécifique semblait être moins intense. La dose quotidienne d'antipyrine était de 60 centigrammes à 1gr,80, que l'on administrait en deux ou trois prises dans l'eau vineuse ou le sirop de framboise.

Dans les cas de bronchite aiguë, M. Friedlaender déclare que ce médicament donne les meilleurs résultats. Il abrégeait la durée de la maladie; mais cette action est faible quand la température ne dépasse pas 39 degrés. La dose quotidienne du médicament est de 60 centigrammes pour les enfants âgés de moins de deux ans et de 90 centigrammes chez ceux de deux à cinq années. Au reste, M. Friedlaender combine cette médication avec l'emploi d'une potion à la caféine (de 6 à 20 centigrammes)

et à l'ipéca (30 grammes de sirop) prise par cuillerées dans les vingt-quatre heures.

Il remarque, en outre, que les enfants les plus sensibles à l'action de l'antipyrine sont ceux qui sont bien nourris. Les malingres et les chétifs n'en éprouvent pas des effets aussi heureux. (*Therap. Monat.*, 1887, n° 8.)

DU TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR L'EAU GAZEUSE LITHINÉE-ARSENICALE, par M. AUSTIN-FLINT. — L'auteur compare trois cas de diabète sucré traités par cette médication avec une série de trois autres observations où il fit usage du traitement classique. Le carbonate de lithine et l'arséniate de soude étaient en solution dans l'eau chargée d'acide carbonique; sous son influence, il observa bien une légère amélioration, mais cette amélioration était trop insuffisante pour donner à cette médication le nom d'antidiabétique.

M. Austin-Flint a noté qu'à l'exception des bromures et de l'arsenic, qui diminuent la polyurie et la quantité du sucre urinaire, les autres moyens médicamenteux sont d'ailleurs impuissants. Il trouve donc que l'eau gazeuse lithinée arsenicale doit être considérée seulement comme le complément du traitement diététique et comme son auxiliaire. (*Med. News*, juillet 1887.)

DE LA NAPHTHALINE DANS LES CATARRHES INTESTINAUX DE L'ENFANCE, par M. J. WIDOWITZ. — Autant cette substance serait impuissante contre les dyspepsies enfantines, autant, d'après l'auteur, elle est efficace pour combattre les divers catarrhes de l'intestin. Associée aux opiacés, elle diminue les diarrhées simples et atténue les douleurs des diarrhées de la tuberculose.

M. Widowitz la recommande en potion, aux doses quotidiennes de 30 centigrammes à 2 grammes, dans une potion gommeuse et à raison d'une cuillerée à dessert toutes les deux heures, pour combattre l'entérite folliculaire chronique, soit isolément, soit additionnée de poudre de Dower et de teinture d'opium. Il l'administre aussi sous la forme de poudre aromatisée par l'essence de menthe, sans jamais observer d'accidents quand la naphthaline est chimiquement pure. (*Iarb. für Kinderheilk.*, 1887, fac. 3 et 4.)

BIBLIOGRAPHIE

La pratique des maladies des femmes, par M. Th. A. EMMET, chirurgien de l'hôpital des femmes de New-York. Traduit et annoté par M. A. Olivier, avec une préface par M. le professeur TRÉLAT. In-8° de 860 pages, avec 220 figures. — Paris, 1887, J.-B. Baillière et fils.

Depuis la publication de cette traduction de l'ouvrage si intéressant d'Emmet, on a de divers côtés analysé et apprécié ce livre d'une façon constamment élogieuse et fort justifiée à notre avis; aussi n'est-ce point contre l'accueil favorable qu'il a rencontré que nous voulons nous élever, mais contre certaines assertions émises à diverses reprises au sujet de l'esprit général de l'œuvre du chirurgien de New-York.

Nous ne voyons pas, en effet, qu'Emmet se soit « borné à la seule étude des cas chirurgicaux. » et, s'il n'y a pas dans son recueil de chapitre consacré à la métrite par exemple, c'est que pour lui « l'inflammation chronique et l'ulcération n'existent pas », du moins comme maladie distincte et primitive, et qu'il considère que « toute une génération de médecins a été trompée par cette étiquette, dont l'examen nécroscopique n'a pas encore pu démontrer la réalité ». Quant à l'étude de la métrite interne, elle doit forcément se ressentir des opinions personnelles de l'auteur, qui se demande « s'il existe une véritable muqueuse au-dessus de l'orifice interne du col »; aussi décrit-il dans un chapitre à part quelques affections de la muqueuse qui recouvre le col et de la membrane qui tapisse le canal utérin, ainsi qu'une maladie de la membrane qui tapisse l'utérus : cette dernière n'est autre que la métrite interne granuleuse. Les chapitres consacrés à la menstruation, à l'ovulation, aux causes directes et réflexes des maladies, au prurit vulvaire, à la vaginite, nous semblent relever à bon droit de la médecine; et si la note chirurgicale est à coup sûr prédominante, cela tient à ce que la gynécologie à notre époque comporte une plus large intervention opératoire.

Mais, si Emmet est chirurgien, s'il ose entreprendre bien des opérations hardies et croit devoir conseiller de suivre ses errements, il est du moins un chirurgien sage et prudent, qui sait tracer des limites à la fureur opératoire de bien des gynécologues. Dans diverses parties de son ouvrage, on retrouve cette réserve plus ou moins accentée : « Il n'est pas, dit-il, de partie du corps qui ait eu plus à souffrir du zèle exagéré de praticiens ignorants et de la négligence d'autres médecins qui ne sont pas des ignorants...; sous prétexte de chirurgie, l'utérus a été malmené d'une façon que ne supporterait aucune autre partie du corps. » Il pense, d'ailleurs, à juste titre que, dans maintes circonstances, c'est moins à une opération quelconque, à ces cautérisations, souvent brutales et dont on abuse, qu'il faut recourir, mais plutôt à des moyens s'adressant au trouble circulatoire, cause première des lésions observées : les précautions d'hygiène, le traitement de l'état général, et, localement, les injections continues d'eau chaude devant fournir très souvent d'heureux résultats.

Il est impossible, on le conçoit, de résumer dans une vue d'ensemble les multiples discussions sur des questions théoriques qui sont successivement abordées au cours d'un ouvrage de ce genre, de même qu'il serait fastidieux de présenter une analyse de chacun des chapitres qui le composent. Nous pensons seulement devoir signaler la façon nette, et peut-être insuffisamment justifiée, dont l'auteur tranche la question des rapports entre l'ovulation et la menstruation, et se déclare partisan convaincu de l'indépendance des deux phénomènes. Ce n'est pas ici le lieu de reprendre une discussion que nous avons abordée il y a quelques années, mais nous regrettons que l'annotateur érudit de l'ouvrage d'Emmet paraisse accepter trop facilement à ce propos les arguments tirés de la persistance de règles *véritables* après l'ovariotomie double *complète;* nous avions conclu, pour notre part, dans notre thèse inaugurale, à l'établissement de la ménopause en pareille circonstance, et nous avons été heureux d'entendre cette année même, M. Lucas-Championnière, devant la Société obstétricale et gynécologique, confirmer cette manière de voir et l'appuyer de son autorité.

Qu'il nous suffise de signaler les chapitres qui nous ont paru particulièrement intéressants au cours de notre lecture, et en première ligne celui qui traite de la cellulite pelvienne dont de récentes discussions académiques ont fait une question à l'ordre du jour. Pour Emmet, le phlegmon du ligament large existe et n'est même pas rare; il le décrit au point de vue anatomique et clinique, et étudie sa fréquence relative en rapport avec les causes qui lui donnent naissance et les conditions génitales propres à la femme chez laquelle il se développe. Ce sont des pages à lire, et on trouvera dans les tableaux statistiques qui leur sont adjoints de précieux documents pour l'histoire de cette phlegmasie.

Les opérations destinées à combattre la rectocèle et la cystocèle, ainsi que la déchirure incomplète du périnée qui en est l'accompagnement assez ordinaire, méritent de fixer l'attention; de même encore la chirurgie de l'urèthre, le traitement des cystites et des cystalgies par l'incision vésico-vaginale du bas fond de la vessie; la cure des fistules recto et vésico-vaginales; l'extirpation partielle ou totale de l'utérus atteint d'affection maligne; enfin l'opération si connue de la trachélorraphie, qui porte le nom d'opération

d'Emmet, et qu'il a préconisée pour remédier aux divers accidents qui suivent les déchirures étendues du col utérin pendant l'accouchement. Ici encore l'auteur cherche à mettre en garde les gynécologistes contre l'abus opératoire, et établit avec beaucoup de sagacité et de précision les règles qui devront guider la conduite du médecin en présence d'une déchirure avec allongement du col, l'instrument tranchant ne devant intervenir que dans des cas bien déterminés et relativement assez rares.

En résumé, l'œuvre d'Emmet présente un cachet tout personnel; elle est conçue dans un ordre d'idées absolument pratique, et l'on y sent à chaque pas l'autorité que donnent une longue expérience et une habileté opératoire incontestable. De nombreuses observations cliniques viennent compléter les descriptions de pathologie, ou servir à justifier les arguments des discussions théoriques; enfin les annotations jointes au texte par le traducteur, M. Ad. Olivier, complètent heureusement l'historique et la bibliographie internationale des sujets les plus importants, et suppriment une lacune regrettable de l'œuvre originale.

André PETIT.

DE LA SÉDENTARITÉ SCOLAIRE ET DU SURMENAGE INTELLECTUEL, par M. le docteur Justin BACH. — Paris, Steinheil, 1887, in-8°.

Cet opuscule est dédié aux pères de famille, etc. Nous voulons bien le croire, et nous serions surtout heureux que le tableau effrayant que leur présente M. Bach des suites de la sédentarité et du surmenage pût déterminer les pères de famille, qui ont des enfants incapables de faire des études, à les retirer des lycées et colléges qu'ils encombrent sans profit pour personne et surtout pour eux-mêmes. Mais il est à craindre que ce chaleureux plaidoyer ne les laisse froids, car les parents se nourrissent d'illusions sur les capacités de leurs rejetons. Il est même à craindre qu'il ne portera pas la conviction dans l'esprit des personnes qui sont à même de juger par leur expérience journalière des effets de cette sédentarité et de ce surmenage. Car les élèves, aussi bien internes qu'externes, savent en prendre et en laisser. Nous renvoyons l'auteur aux surveillants des lycées, il les consultera avec fruit, et par la même occasion apprendra qui des élèves ou des maîtres est le plus surmené. Les programmes sont surchargés, c'est vrai, mais ils font travailler le professeur plus que l'élève. Les écoles spéciales? supprimez-les; l'Europe nous les envie, mais nous les laisse. M. Bach nous présente un remède, c'est la *création d'un inspectorat médical*. Hélas! n'y a-t-il donc pas encore assez de fonctionnaires dans notre belle France? Mais ne soyons pas injustes; la brochure de M. Bach, la part faite de l'exagération, renferme un grand nombre de choses intéressantes pour toutes les personnes qui s'occupent de pédagogie.

PRÉCIS DE PÉTROGRAPHIE. INTRODUCTION A L'ÉTUDE DES ROCHES, par M. A. de LASAULX, traduit de l'allemand, par M. H. FORIZ. — Paris, J. Rothschild, 1887, in-18.

Chaque jour la géologie fait de nouveaux progrès; la *pétrographie*, qui en constitue l'une des parties, et non la moins importante, a vu ses méthodes se renouveler; les progrès les plus frappants sont dus sans contredit à l'application du microscope à l'étude des roches. Les roches compactes, si longtemps rebelles à l'analyse, ont livré au microscope polarisant le secret de leur constitution; il a même été possible parfois de découvrir des traces des liquides au milieu desquels la consolidation des roches éruptives a eu lieu. Les procédés sont les mêmes que pour la *minéralogie* devenue presque inséparable de la pétrographie : le microscope, le goniomètre, l'étude des plaques minces en lumière polarisée, le sévère contrôle de l'analyse chimique conviennent à l'une aussi bien qu'à l'autre.

Le précis de M. de Lasaulx est bien au courant de la science et il présente une riche bibliographie, peut-être un peu disproportionnée, mais appelée à rendre de grands services aux chercheurs. Nous recommandons la lecture de cet opuscule à toutes les personnes qu'intéressent les choses de l'histoire naturelle; mais nous leur recommandons également de se livrer d'abord à une étude sommaire de la minéralogie; la connaissance de celle-ci doit nécessairement précéder l'étude de la pétrographie; le traducteur indique dans sa préface les ouvrages auxquels le lecteur pourra recourir dans ce but.

ANNUAL REPORT OF THE BOARD OF REGENT OF THE SMITHSONIAN INSTITUTION. Part. I, Washington, 1886, in-8°.

Voici un nouveau rapport annuel publié par cet admirable Institut smithsonien qui contribue pour une si large part aux progrès de toutes les branches de la science. Ce sont chaque année de nouveaux accroissements des locaux de l'Institut, de sa magnifique bibliothèque, et de son riche musée. On trouvera indiqués dans ce rapport les nouveaux voyages d'exploration qui ont été patronnés par l'Institut, les publications qui ont été faites sous ses auspices, les œuvres de toute sorte qu'elle a créées. Comme toujours un appendice qui occupe les deux tiers du volume rend compte des progrès accomplis l'année précédente dans le domaine des sciences physiques et biologiques et donne la bibliographie des travaux les plus importants publiés dans tous les pays du monde sur tous les sujets qui ont trait à ces mêmes sciences.

ORTEIL EN MARTEAU; NOUVEAU TRAITEMENT PAR OSTÉOTOMIE CUNÉIFORME, par le M. docteur Eugène COHEN. Thèse de doctorat. — Paris, 1887. J.-B. Baillière et fils.

« Lorsqu'un seul ou les deux pieds présentent, sur un orteil non dévié latéralement, une extension de la phalange sur le métatarsien avec flexion de la phalangine sur la phalange, la phalangette étant fléchie ou étendue, on dit qu'il y a orteil en marteau. » A l'autopsie, une seule lésion est constante : la subluxation de la phalangine sous la phalange. Le reste est variable. L'aspect clinique varie également et, suivant la forme de l'orteil atteint (le plus souvent le deuxième ou le troisième), on peut décrire trois types: en Z, en C, en L (très rare). Cette déformation, parfois congénitale et symétrique, peut être d'origine arthritique, ou bien elle sera causée par une altération primitive d'un des tissus constituants de l'orteil (muscles, tendons, etc.). Enfin il faut parfois incriminer les chaussures; mais certains auteurs ont abusé de cette cause, sans laquelle l'orteil en marteau peut parfaitement survenir. La déformation n'a pas d'importance, mais elle conduit à la formation de cors et d'ankyloses; puis, sous le cor, la bourse séreuse vient quelquefois à suppurer. La marche est souvent gênée dès le début; aussi cette affection est-elle un motif d'exemption (à tort pour Cohen), et l'on a par conséquent à faire le diagnostic de la simulation, obtenue par deux méthodes « orthopédique » et « chirurgicale ». Dans ce dernier cas les traces d'incision rendent la fraude évidente.

Le traitement médical (iodure de potassium) est préconisé par Lancereaux chez les arthritiques. En général, il faut intervenir chirurgicalement. On a eu alors recours aux appareils redresseurs, aux ténotomies, aux excisions des tendons extenseurs, à l'incision de brides aponévrotiques; à la désarticulation de l'orteil enfin, car tous ces moyens échouent le plus souvent. Le véritable traitement, permettant de conserver l'orteil, est la résection de la jointure fléchie, avec excision du cor et de sa bourse séreuse. Cette méthode, instituée par M. Terrier, donne d'excellents résultats; on en jugera sans peine par les observations de M. Terrier publiées par M. Cohen.

TUMEURS DE L'OMBILIC, par M. le docteur Francis VILLAR, ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de Paris, avec sept photogravures. — Paris, 1886. J.-B. Baillière.

« Anatomiquement et physiologiquement, l'ombilic doit être considéré comme une région tout à fait distincte, et qu'il faut se garder de confondre avec la région ombilicale. » Les tumeurs (et ici les néoplasmes seuls sont envisagés) sont importantes; bien des travaux partiels ont été faits, mais il y a peu de descriptions d'ensemble. En somme, après les mémoires de Kuester, Blum, Codet de Boisse, Kolaczeck, Kustner, Lannelongue, un travail de synthèse restait à faire. Villar a rectifié un petit point historique; il attribue la première description de l'adénome ombilical à Kolaczeck et non à Kuestner comme il est classique de le dire. Il divise l'adénome en intestinal et sto-

macal. La description du granulome est complète. L'histoire du cancer secondaire est étudiée avec soin, grâce à une observation du professsur Damaschino. Villar, à propos du diagnostic, attire l'attentfen ur une erreur qui consiste à prendre une tumeure maligne pour un phlegmon ombilical. Le traitement se résume en un mot: extirpation. Toutes les cautérisations sont à repousser; on n'est autorisé à les tenter que sur le granulome « et encore n'y réussissent-elles pas toujours ».

VARIÉTÉS

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Sont nommés *internes titulaires*: MM. Guillemin, Civel, Buscarlet, Laffitte, Thiroloix, de Saint-Germain, Pillot, Garnier, Macaigne, Lafourcade, Marquezy, Macquart, Létienne, Tournier, Boulloche, Renault (Jules), Macon, Oustaniol, Rouffinet, Hallion, Guyon, Prost, Lamotte, Gauly, Charrier, Philippe, Lantier, Adler, Rogues de Fursac, Achame, Chipault, Sardou, Turlant, Audain, de Grandmaison, Baumgarten, Delagenière, Gibotteau, Rolland, Besançon, Thérèse, Enriquez, Clavot, Critzmann, Chevalot, Mussy, Banm, Aviraguer, Ropin, Brochier, Sellard, Raoult, Thomas, Lelièvre, Sauvineau, Vignerot.

Internes provisoires. — MM. Maure, Miller, Homolle, Durand, Hélary, Bouel, Gauthier, Aubert, Brisard, Delayle, Chantre, Breton, Callet, Leblond, Decamp, Pescher, Ettlinger, Vialet, Dulac, Mademoiselle Edwards, Macheron, Basset, Piole, Evrain, Estrada, Blaise, Gaston, Dubriset, Goupil, Huguenin, Auscher, Willemin, Renault (Louis), Giles, Poivet, Glover, Pinault, Richeralle, Lévy, Barthomeuf, Duchaine, Appert, Lebon, Martin, Gervais de Rouville, Marx, Camescasse.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Sont nommés: MM. Kusmiersky, Houde, Besançon, Moingeard, Zuber, Mayet, Delbet, Chevallet, Sée, Touche, Rascol, Meslay, Charcot, Binat, Chapt, Endletz, Gallet-Duplessis, Meunier, Simonnot, Rochon-Duvignaux, Meige, Walch, Lelièvre, Bergé, Javillard, Charbaut, Vatel, Pompidor, Wassieheff, Jourdan, Condamy, Menard (Henri), Chaillon, Laforest, Lefèvre, Christmann, Bresard, Behr, Daudet, Basso, Fauquez, Finet, Lepetit, Frey, Grandon, Sicard, Brunet, Dudefoy, Aubert, Duranti, Gellé, demoiselle Kohan, Lautzenberg, Potier, Giresse, Michel, Bureau, Thiébault, Gouget, Steeg, Grinda, Staïcovitz, Vaudremer, Pachon, Jayle, Tailler, Brossard, Percher, Etlinger, mademoiselle Juriakoff, Voizot, Quetin, Chibret, Magniaux, Lasserre, Constantinescu, Monnier, Morestein, Blaise, Gaston, Bernheim, Homolle, Adler, Boix, Caubet, Ravé, Gesland, Marie (de Bayeux), Daga, Soulier, Gerron, Montboyrau, Terron, Frey (Edmond Alb.), Maurel (Pierre), Léon (Samuel), Le Joly-Senoville, Wintrebert, Cinaud, Tuvache, Le Mercier, Egret, Delteil, Gasnier, Levi (Léopold), Laurent-Prefontaine, Colin (Henri), Zaguelmau, Zentler, Morax, Bresset, Orenel, Pinconnat, Baussenat, De Massary, Benoit (Paul), D'Haussy, Noir, Corbière, Hojmovitz, Boyals, demoiselle Wilbouchewitch, Terbez, Malherbe, Noel, Fouré, Lejuge de Segrais, Cide, Bellemontier, Plicot, Chopin, Chaintre, Lamy, Dupuy, Michaux, Peillon, Dejean de la Batte, Nogué, Fournier, Théry, Collart, Ranoquins, Carel, Petit (Clément), Saintu, Fauchon, Villeplie, Lemariey (Théodore), Sauttas, Desbrières, Belin, Tissier, Nicolle, Ramadan, Papillon, Pouy, Béraux, Dauly, Eleftenion, Roullet, Taurin, Bavisien, Tolmer, Tripier, Peckinez, Duchemin, Bonvallot, Druet, Hullmann, Letoux, Papillaut, Guay, Darnis, Estrabault, Chaumont, Gauja, Jonis, Bellemain, Daniel, Laloy, Dufournier, Bouchinet, Fougerat, Thomas, Mangin-Bocquet, Demante, Burnet, Springer, Cachan, Aymard, Piaget, Vangeon, Magdeleine, Pillault, Manu, Chaunt, Laplanche, Courtey, Bonnecaze, Banzet, Bouchard, Luton, Durville, Debrabant, Lefèvre, Grajon, Pactel, Marot, Vialet, Iscovesco, Azam, Chevandier, Sohtein, Mignotte, Ozanon, Caron, Vigoureux, Ducourtiaux, Blin, Bouchacourt, Broussaud, Jarre, Delausorne, Lecureuil, Delaporte, Hervouet, Marchadier, Diriart, Giovanni, Rousseau, Perraudin, Brager, Marie (Armand), Castellanos, Pezet, Bourbon, Cahen, Regnard (Ch.), Pornain, Menu, Jordanis, Ménard (René), Jacquet, Damain, Boudaille, Dubois, Azelay, Bonnard, Brion, Carton, Thanaceseo, Mercier, Bonnel, Bourgogne.

TABLEAU D'AVANCEMENT DU CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — État de classement, par ordre d'ancienneté, des médecins-majors de première classe, inscrits au tableau d'avancement pour le grade de médecin principal de deuxième classe. — 1886. MM. Roy, Servent, Boutonnier, Rebstock, Bresson et Mathias.

1887. MM. Dufour, Dumayne, Regnier, Lenoir, Bertele, Jossot, Oberlin, Viry et Demmler.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Cronzet, maire de Bolbec, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Samedi dernier un brillant auditoire était venu entendre M. le professeur Verneuil et applaudir sa parole éloquente et convaincue. L'ancien président de l'Association inaugurait la série de ses conférences annuelles par une étude sur l'origine équine du tétanos.

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE DE LA SEINE. — La première réunion annuelle de cette Association s'est tenue dimanche dernier dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. L'assemblée a écouté avec le plus vif intérêt tous les détails que lui a fournis son président M. le docteur Gallet-Lagoguey sur le fonctionnement actuel de l'Association, qui compte aujourd'hui 77 membres et possède une réserve de 6627 francs. Elle a voté de chaleureux remerciements à son bureau et surtout au zélé fondateur de l'Association.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — La troisième session du Congrès français de chirurgie se tiendra du 12 au 17 mars 1888, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Questions à l'ordre du jour. — 1° De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses);

2° De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive;

3° Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Liétevant et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs;

4° De la récidive des néoplasmes opérés, recherches des causes de la prophylaxie.

Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au secrétariat général et y joindre la somme de 20 francs. Il leur est délivré un reçu détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils doivent joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail.

Des démarches seront faites auprès des diverses Compagnies de chemins de fer pour obtenir demi-place aux membres du Congrès qui se rendront à la 3e session.

Adresser toutes les communications à M. le docteur S. Pozzi, secrétaire général, 10, place Vendôme, à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur de Bézin (de Toulouse), et celle de M. le docteur Maurice Valentin, de Charmes (Vosges).

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Vingtième liste.

Mme Héléna Fould	2000 fr.	
M. da Santa Vianna	500	
Mme Bozerian	400	
Souscription du *Petit Journal*	226	40
Mme Masurier	100	
Mme Riffaud	50	
Mme Genn	20	
Dr Lecaudet	20	
Anonyme	2	
Total	3318 fr.	40
Montant des listes précédentes	55.075	70
TOTAL GÉNÉRAL	58.394 fr.	10

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

13252. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 1er février 1888.

Académie de médecine : **Don du buste de M. Dechambre, allocution de M. Verneuil. — Communications diverses.** — *Société des hôpitaux* : **Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.**

L'Académie de médecine a écouté dans un religieux silence et accueilli par d'unanimes applaudissements l'allocution prononcée par M. Verneuil qui avait bien voulu offrir à la Compagnie le buste de notre regretté maître Dechambre.

Il appartenait à l'illustre savant qui, au début de sa glorieuse carrière, avait été l'un des premiers et des plus brillants collaborateurs de ce journal, d'évoquer une fois encore et de faire revivre devant ses collègues la figure sympathique de notre ancien rédacteur en chef.

Nous sommes persuadés que tous les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* s'associeront à la rédaction pour remercier M. Verneuil de ce nouveau témoignage de sa fidélité à la mémoire de notre maître.

Voici le discours de M Verneuil :

« Lorsque la mort vint, de la manière la plus inattendue, frapper notre collègue Amédée Dechambre, l'Académie de médecine, qui lui avait peu d'années auparavant ouvert ses portes, se rendit presque tout entière à ses funérailles pour attester les sympathies qu'elle avait pour lui et les regrets sincères que lui causait sa perte.

Profondément touchés de cette manifestation, les amis et collaborateurs de Dechambre, qui tout récemment venaient de faire exécuter son buste par l'un de nos premiers sculpteurs et comptaient le lui remettre dans une réunion prochaine, pensèrent qu'on ne pourrait mieux le placer que dans cette enceinte même où le regretté défunt avait été heureux et fier d'être admis.

Aujourd'hui ils m'ont chargé de vous offrir cette image matérielle d'un homme que son œuvre scientifique, ses qualités de premier ordre et la noblesse de son caractère, ne nous permettraient pas d'oublier, mais dont nous aimerons cependant à revoir les traits.

J'aurais de grand cœur à cette occasion rappelé tous les mérites d'un de mes plus anciens amis, puisque notre liai-

FEUILLETON

A. Dechambre, sa vie, ses œuvres (1).

. . . .

Amédée Dechambre est né à Sens le 12 janvier 1812. Il était fils de Claude-Etienne Dechambre et de Cécile-Charlotte Hédiart. Sa mère, femme de grand mérite, bien digne du respectueux attachement que lui avaient voué tous les siens, appartenait à une ancienne famille du département de l'Yonne; son père était employé comme secrétaire à la sous-préfecture. C'est dans ces modestes fonctions qu'il donna à ses concitoyens un exemple de patriotisme et de courage qui lui coûta la vie et que le *Registre des bienfaiteurs des hospices de Sens* a enregistré en termes élogieux.

(1) Le défaut d'espace nous empêchant de reproduire ci-dessous la notice que M. Verneuil a bien voulu présenter en notre nom à l'Académie de médecine, nous voulons au moins en reproduire ici quelques passages.

. . . .

La mort de M. Dechambre laissait sa veuve sans ressources aucunes. Elle vint alors s'installer avec ses deux enfants, Edouard et Amédée, chez son père, M. Charles Hédiart, ancien boulanger. L'abbé Paul-Augustin Hédiart, son frère, ancien aumônier de l'Hôtel-Dieu, se consacra tout aussitôt à l'éducation de ses deux petits-neveux et, pendant plusieurs années, s'attacha tout particulièrement à donner à Amédée Dechambre des leçons qui devaient le préparer à entrer au collège. Celui-ci garda le plus reconnaissant souvenir des services que lui avait rendus son premier maître. Souvent il rappelait combien il avait eu plaisir à commencer, sous sa direction, l'apprentissage des études classiques, et jusqu'à son dernier jour il conserva précieusement dans sa chambre à coucher le médaillon qui lui rappelait ce bienfaiteur de sa jeunesse.

Cependant la ville de Sens n'avait pas oublié la dette de reconnaissance qu'elle avait contractée en 1814.

son remontait à plus de trente ans, si je n'avais été remplacé dans cette tâche par M. Lereboullet qui, plus que tout autre, a vécu étroitement avec Dechambre et a connu jusqu'à ses pensées les plus intimes. Notre sympathique confrère a écrit avec son esprit et avec son cœur la brochure que j'ai l'honneur de vous présenter et qui est comme la photographie morale de son vénéré maître.

L'œuvre littéraire et l'œuvre artistique se valent et se complètent : tous ceux qui recherchent le commerce des grands esprits comme Dechambre reliront la première et s'arrêteront devant la seconde. » (*Applaudissements.*)

La séance a été occupée par divers travaux : la fin de la discussion sur l'anthrax, la lecture des conclusions du rapport de M. Fournier sur la prophylaxie de la syphilis (p. 76), une nouvelle contribution à l'oculistique due à M. Panas, enfin un rapport des plus intéressants fait par M. Vidal sur le procédé de réfrigération locale imaginé par M. Bailly. Les observations présentées à ce propos par MM. Bouchard et Besnier et les appréciations si favorables du rapport de M. Vidal, nous engagent à reproduire in extenso (voy. p. 71) le travail de notre honorable confrère le docteur Bailly (de Chambly).

— La Société médicale des hôpitaux vient de reprendre, à l'occasion d'un travail statistique très chaleureusement défendu par M. Juhel-Rénoy, la discussion du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode des bains froids. A diverses reprises déjà, nous avons ici même exposé ce que nous pensions de ce mode de traitement et nous nous bornerions à renvoyer au compte rendu de la séance et aux remarques si judicieuses de MM. Dujardin-Beaumetz et Hayem s'il ne nous semblait nécessaire d'insister encore en raison des conclusions journellement affirmées par l'école de Lyon. Or il est, à ce point de vue, un fait que l'on nous paraît méconnaître lorsqu'on oppose les statistiques anciennes, celles qui portent sur des milliers d'observations, aux chiffres de mortalité fournis par les partisans de la réfrigération balnéaire. La fièvre typhoïde était jadis très meurtrière. Nous avons assisté en 1869, à Strasbourg, à une épidémie dont la gravité nous a d'autant plus frappé que, débutant dans un service hospitalier très considérable, il nous était plus pénible d'avoir à enregistrer d'aussi nombreux décès. Alors nous voyions tout autour de nous, et en particulier à l'hôpital civil où toutes les méthodes, y comprise la méthode balnéaire, avaient été expérimentées par notre maître Schutzenberger, la mortalité moyenne s'élever à 18 et 20 pour 100. Mais, depuis cette époque, aussi bien dans les services hospitaliers que nous avons eu à diriger que dans notre pratique de la ville, nous avons vu constamment cette mortalité s'abaisser et, sous l'influence d'un traitement rationnel, arriver à un minimum qui nous paraît aujourd'hui des plus consolants. Nous sommes convaincu que si, comme l'a proposé M. Dujardin-Beaumetz, tous les médecins, chefs de service dans les hôpitaux parisiens, établissaient leur statistique comme le font les partisans de la méthode de Brand, ils arriveraient à des chiffres peu différents de ceux qu'on proclame aujourd'hui.

Comme l'a si bien dit M. Hayem, la méthode de Brand est purement empirique. Les données théoriques qui lui avaient donné naissance sont reconnues fausses. On croyait autrefois que l'hyperthermie était tout ou presque tout dans la maladie. On espérait, à l'aide des bains froids, abaisser la température et la rapprocher de la température normale. On ne savait pas que la réfrigération périphérique augmente les combustions interstitielles et par conséquent la production de la chaleur. Partant de ce point de vue théorique erroné, contre lequel protestent aujourd'hui les partisans de la méthode balnéaire, on est arrivé cependant à des résultats assez favorables parce que, à l'aide des bains froids, on agissait sur le tégument externe de façon à produire une action sthénique essentiellement antinerveuse, parce qu'on luttait contre l'adynamie qui est un des éléments les plus graves de la maladie.

Mais cette adynamie peut être combattue par d'autres moyens plus rationnels. D'ailleurs les lotions vinaigrées, les applications de compresses froides sur le ventre, les bains tièdes, les toniques (alcool et quinquina), etc., agissent dans le même sens. Et l'antisepsie intestinale, qu'elle soit obtenue à l'aide du charbon, du salicylate de bismuth ou du naphthol, rend des services au moins aussi marqués que l'administration systématique des bains à 17 degrés.

Nous persistons donc à croire que les statistiques invoquées à l'appui d'une méthode qui sera toujours, quoi qu'on en dise, d'une application difficile et pénible, ne prévaudront jamais contre la doctrine qui, faisant rentrer la fièvre typhoïde dans le groupe des maladies spécifiques, doit encourager les médecins à obéir à la méthode des indications jusqu'au jour où un médicament spécifique aura

. . . .

Par une délibération spéciale Dechambre fut admis comme boursier au collège de Sens.

. . . .

Ce collège était d'ailleurs, au commencement de ce siècle, un des premiers parmi nos établissements universitaires.

C'étaient vraiment de bons maîtres, profondément versés dans l'art d'inspirer le goût des belles-lettres et d'élever les âmes, que les modestes régents qui formèrent alors des élèves dont les noms : Camille Doucet, Vuitry, Edouard Charton, etc., sont devenus célèbres et qui restèrent les amis fidèles et dévoués de leur camarade Dechambre. S'ils ne connaissaient pas les nouvelles et savantes méthodes de pédagogie, si prônées de nos jours, il faut reconnaître qu'ils savaient s'inspirer des bons principes, en s'efforçant de former le jugement et d'orner l'esprit des enfants qui leur étaient confiés. Aujourd'hui l'on aime assez à nier l'utilité de ces premières études, et, parmi nos plus célèbres littérateurs, de spirituels académiciens rappellent volontiers qu'ils ont été des écoliers médiocres ; ils comparent les lycées à des prisons et leurs vieux maîtres à des tortionnaires du moyen âge, terreur des enfants et des familles. Il n'est donc pas mauvais de rappeler ce qu'ont dû à l'éducation universitaire ceux dont nous avons pu apprécier l'application laborieuse et le savoir et dont l'estime universelle a consacré la haute situation.

Or il suffit, pour se faire une idée de ce que fut l'enseignement donné au collège de Sens, de parcourir le compte rendu de l'Association amicale de ses anciens élèves. Chaque année, aux banquets amicaux qui réunissaient ceux-ci, plusieurs pièces de vers que lisaient, aux applaudissements de leurs camarades, C. Doucet, ou Dechambre, ou Mercier et plus récemment MM. Deligand, Compérat, Piesse ou Poisson, venaient prouver qu'ils n'avaient perdu ni leurs souvenirs classiques, ni l'art de bien rimer un sonnet. N'hésitons pas à le redire : s'il est juste de proclamer que

été découvert. C'est ce que nous semblent avoir très bien établi MM. Hayem et Dujardin-Beaumetz. C'est ce que M. Bouchard avait magistralement démontré en indiquant le traitement antiseptique de la fièvre typhoïde (voy. *Gaz. hebd.*, 1884, p. 733) et c'est pourquoi nous doutons fort que les faits invoqués par M. Juhel-Rénoy puissent modifier les convictions de la plupart des médecins français. Nous en dirons autant des observations nouvelles que vient de publier M. Glénard (de Lyon). Nous admettons volontiers que les bains froids, comme les affusions froides, conviennent à certains cas déterminés. Ce contre quoi nous protestons c'est contre l'exclusivisme d'une méthode systématique.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La réforme de l'Administration de la santé publique.

(Suite et fin. — Voyez le numéro 4.)

Les Conseils chargés d'assister les agents de la santé publique sont aujourd'hui les suivants: 1° auprès du pouvoir central, le Comité de direction des services d'hygiène, le Comité consultatif d'hygiène publique de France, le Comité consultatif des arts et manufactures, la Commission supérieure du travail des enfants et des filles mineures employés dans l'industrie et le Conseil supérieur de la protection des enfants du premier âge; 2° les Conseils sanitaires maritimes, dans les circonscriptions de police sanitaire maritime; 3° auprès des préfets, des sous-préfets et des maires de certaines communes, des Conseils ou des Commissions d'hygiène publique et de salubrité, sans compter un grand nombre de Commissions départementales ou locales ayant des attributions plus ou moins restreintes. Ajoutons que l'Académie de médecine de Paris a été spécialement instituée, aux termes de l'ordonnance du 20 décembre 1820, pour répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique; elle forme comme un Conseil suprême auprès duquel les questions les plus discutées d'hygiène et d'assistance peuvent être publiquement débattues.

Parmi les Conseils que nous venons d'énumérer, deux ont été instituées par des lois spéciales: la Commission supérieure du travail des enfants et le Conseil supérieur de la protection de l'enfance. On peut prévoir le jour où chacun d'eux rentrera dans le cadre de l'Administration de la santé publique et où leurs attributions seront absorbées par celles du Conseil supérieur. Cette assimilation pourrait être faite dès maintenant sans inconvénient en ce qui concerne le second; mais elle n'a pas été admise pour le premier par la majorité de la Commission; on a pensé que l'organisation du service du travail des enfants était trop récente pour le modifier ainsi. Par contre, la Commission n'a pas tardé à être d'avis qu'il y avait lieu de reporter au Conseil supérieur de la santé publique celles des attributions du Comité des arts et manufactures qui concernent les établissements classés. On sait en effet que les Conseils et Commissions d'hygiène dans les départements s'occupent presque exclusivement des demandes en autorisation, translation ou révocation des établissements insalubres, dangereux ou incommodes; or le Comité consultatif d'hygiène publique de France, qui est chargé de l'étude et de l'examen des travaux des Conseils d'hygiène, ainsi que de la salubrité des logements, manufactures, usines et ateliers, voit ces questions lui échapper pour être traitées par le Comité consultatif des arts et manufactures où ne siége qu'un seul représentant du corps médical, le vénéré M. Chevreul.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France a été réorganisé à plusieurs reprises par voie de décrets; il a été ainsi soumis à de grandes variations. C'est pourquoi la Commission nous paraît avoir pensé que, devant désormais tenir de la loi sa constitution, il fallait lui donner des bases étendues et définitives. Elle s'est inspirée des grands services rendus par l'Office sanitaire de l'Empire allemand et de l'analogie que lui offraient le Conseil supérieur de statistique, le Conseil supérieur de l'instruction publique, les Conseils de l'agriculture, du commerce et de l'industrie, des prisons, etc. C'est ce qu'elle a cherché à obtenir en le composant de 42 membres, suivant une répartition ainsi fixée: 2 sénateurs élus par le Sénat; 2 députés élus par la Chambre des députés; 2 membres de l'Académie des sciences élus par leurs collègues; 1 membre de l'Académie des beaux-arts, section d'architecture élu par ses collègues; 2 membres de l'Académie de médecine, élus par leurs collègues; le procureur général à la Cour de cassation; 1 conseiller d'État, élu par ses collègues; le professeur d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris; 1 professeur de l'École de pharmacie, élu par ses collègues; 1 professeur du Conservatoire des arts et métiers, élu par ses collègues; 1 professeur de l'École des mines, élu par ses

---

les besoins de la société moderne imposent à l'Université des réformes qu'elle accepte d'ailleurs et qu'elle s'efforcera de réaliser peu à peu, il est équitable de reconnaître aussi que les études classiques, c'est-à-dire les connaissances multiples que l'on acquiert par la fréquentation des poètes et des orateurs anciens, donnent au goût, au cœur et à l'esprit les tendances les plus délicates et les impulsions les plus heureuses. Le médecin, en particulier, qui s'attache à une infinité de travaux divers, qui se trouve journellement en contact avec toutes les classes de la société, de qui l'on exige tant de tact et de discernement, le médecin plus que tout autre doit être préparé par une bonne éducation à l'étude de ces maux qui affectent l'intelligence au moins aussi souvent que le corps, ainsi qu'à cette pleine possession des classiques qui le met à même de traiter de pair à pair avec tous ceux sur lesquels il est nécessaire que s'exerce son ascendant.

Dechambre, qui sortait du collège de Sens n'ayant aucune ressource matérielle, mais emportant avec ses couronnes l'habitude et l'amour du travail, pouvait sans crainte envisager l'avenir. Il savait contenir ses besoins et ses désirs dans une mesure inférieure à ses ressources, et chercher le bonheur dans son indépendance morale et la satisfaction que donne la certitude de faire bien. Aussi le voyons-nous supporter avec courage les incertitudes d'une existence précaire et les épreuves qui l'attendaient à sa sortie du collège de Sens.

Au prix des plus grands sacrifices, sa mère avait pu jusqu'alors lui venir en aide; mais lorsque, au mois de novembre 1829, il vint commencer à Paris ses études médicales, elle ne crut pas devoir l'encourager à entreprendre le long, onéreux et persévérant travail qui s'impose aux futurs docteurs. Dechambre dut se résigner. Il n'était point d'âge à lutter, ni même à bien savoir ce dont il serait capable. Jusqu'au deuxième trimestre de l'année 1831, il prit donc sept inscriptions en vue du grade d'officier de

collègues; 1 professeur de l'École des ponts et chaussées, élu par ses collègues; 1 membre du Conseil du service de santé des armées, élu par ses collègues; 1 membre du Conseil supérieur du service de santé de la marine, élu par ses collègues; le directeur des affaires commerciales et consulaires au ministère des affaires étrangères; le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur; le directeur du commerce intérieur au ministère du commerce et de l'industrie; le directeur des douanes; 1 inspecteur général de l'Université, désigné par le ministre de l'instruction publique; le directeur de la santé publique; le directeur du laboratoire auprès du ministère; l'inspecteur général des écoles vétérinaires; et 16 membres désignés par le ministre, choisis moitié à Paris et moitié en province.

Le nombre des membres du Conseil supérieur de la santé publique devenant assez grand, il y a tout avantage à ce que ses réunions soient peu fréquentes. Actuellement, le Comité consultatif est composé de vingt-cinq membres, plus six auditeurs, et ses séances sont hebdomadaires; certaines personnes pensent qu'il vaudrait mieux à tous égards que les séances soient plus éloignées et que la constitution du Comité lui permît de réunir un plus grand nombre de membres désignés par leurs spécialités ou par des corporations sociales ou administratives, ayant plus particulièrement autorité en matière d'hygiène publique et d'assistance, d'autant qu'il existe plusieurs attributions sanitaires qui n'y sont pas aujourd'hui représentées. Dans la pensée de la Commission, le Conseil supérieur de la santé publique devra se réunir en sessions semestrielles ordinaires ou sur convocation du ministre pour des sessions extraordinaires, s'il y avait lieu, afin de prendre connaissance des travaux de sa section permanente, d'examiner les diverses questions intéressant la santé publique et de présenter au ministre, avec renvoi au Parlement, un rapport d'ensemble sur l'état sanitaire de la France. La section permanente de ce Conseil représenterait le Comité actuel de direction des services de l'hygiène, afin que la Direction autonome de la santé publique puisse recevoir fréquemment les avis d'une Commission compétente, composée d'un petit nombre de membres, sans que l'Administration puisse perdre de son initiative et de sa responsabilité et afin d'en acquérir plus d'autorité.

Les articles 13 à 20 sont relatifs à l'organisation des Conseils départementaux et des Commissions de la santé publique. Ils sont à peu près les mêmes que ceux du projet de loi déposé par le gouvernement; ils s'inspirent aussi, comme celui-ci pour cette partie tout au moins, des propositions émanant du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Il serait établi au chef-lieu du département un Conseil départemental de la santé publique. Il se composerait de: deux membres du Conseil général élus par leurs collègues; le maire du chef-lieu; le procureur général ou à son défaut le procureur de la République; l'ingénieur en chef des mines du service ordinaire ou à son défaut l'ingénieur ordinaire; l'ingénieur en chef des ponts et chaussées du service ordinaire; l'architecte départemental; l'inspecteur d'Académie; l'inspecteur de la santé publique; l'inspecteur divisionnaire du travail des enfants dans les manufactures ou son délégué; le professeur d'hygiène de la Faculté ou École de médecine, s'il en existe; le médecin militaire en service actif du grade le plus élevé; le médecin en chef ou à son défaut le médecin le plus ancien de l'hôpital principal; le vétérinaire délégué chef du service sanitaire du département; neuf membres nommés par le préfet. De plus, il pourrait être institué dans chaque département des Commissions de la santé publique siégeant aux chefs-lieux d'arrondissement ou de circonscriptions dont le nombre et l'étendue seraient fixés par le préfet, le Conseil départemental de la santé publique consulté. Le nombre des membres de ces Commissions serait de neuf au moins et de quinze au plus. Ils seraient nommés par le préfet. Le Conseil départemental ferait fonction de commission pour la circonscription où il siégerait. Les Conseils et Commissions éliraient un vice-président et un secrétaire, choisis parmi leurs membres et renouvelables tous les quatre ans. En l'absence du président de droit, le vice-président remplirait les fonctions de président. Les Conseils départementaux et les Commissions de la santé publique se réuniraient tous les trois mois. Des réunions extraordinaires pourraient avoir lieu sur convocation de l'Administration ou lorsqu'il en aurait été fait la demande par la moitié plus un des membres.

Ces dispositions ont pour but, on le voit, de donner aux Conseils d'hygiène une plus grande autorité qu'aujourd'hui, en même temps que de leur permettre d'exercer plus largement leur initiative. Elles ont pour corollaires les mesures indiquées dans les articles suivants, concernant les dépenses de l'Administration de la santé publique, ainsi que les attributions spéciales des Conseils et Commissions. Ce ne sont pas là les parties les moins essentielles de la

---

santé; mais bientôt son désir d'arriver à une situation plus digne de lui l'emporta sur les craintes qu'il pouvait concevoir. Le 28 septembre 1830 il s'était fait recevoir bachelier ès sciences physiques, seul titre exigé alors en vue des études médicales. Bien qu'il ne reçût, pour vivre à Paris, qu'une subvention de quinze francs par mois, il se présentait en 1831 à l'externat. Reçu à ce premier concours, et appelé dès lors à prendre sa part de l'enseignement clinique donné dans les hôpitaux, il prit en 1831 et 1832 trois inscriptions pour le doctorat et sollicita de l'administration universitaire l'autorisation de faire convertir en inscriptions pour le doctorat celles qu'il avait prises en vue du grade d'officier de santé. Cette autorisation lui fut accordée par décision du conseil royal de l'instruction publique en date du 6 juillet 1832. Au même titre que ses camarades d'études, Dechambre remplit donc les fonctions d'externe à l'hospice de la Vieillesse (femmes) durant neuf mois, et d'interne provisoire au même hospice (1832).

La notice raconte ensuite comment Dechambre fut reçu interne et apprécie ses premiers travaux.

. . . .

Ces publications multiples ne suffisaient pas à épuiser l'activité du jeune interne. L'estime qu'avait pour lui son maître Cruveilhier lui permettait, bien qu'il n'y eût aucun titre officiel, de se préparer, sous cette direction bienveillante, à l'exercice de la médecine pratique qui devait, plus tard, lui donner une si grande expérience et une influence si légitime. J'ai su par un de ses meilleurs amis, qui fut son premier client, et qu'il soigna en 1836 dans le cours d'une fièvre typhoïde grave, que, durant le cours de son internat, Dechambre avait déjà mérité la confiance de plusieurs familles. Louis et Chomel, qui n'avaient pu manquer après plusieurs consultations accordées à leur jeune élève, de lui reconnaître le tact et le bon sens qui sont les premières qualités du médecin, l'encourageaient à poursuivre ses premiers succès de clientèle.

proposition de loi, car elles touchent aux difficultés les plus grandes que ses auteurs ont voulu résoudre. La Commission a été d'avis qu'il y avait lieu de faire des dépenses de l'Administration de la santé publique deux parts : l'une à la charge de l'État, l'autre à la charge des départements. Le premier aurait à solder : 1° les frais de l'Administration centrale et les dépenses du Conseil supérieur de la santé publique, y compris les frais et jetons de présence ; 2° le traitement des inspecteurs généraux, des inspecteurs départementaux et des sous-inspecteurs de la santé publique, ainsi que leurs frais de bureau. Par contre, les départements prendraient à leur charge les dépenses des Conseils et Commissions de la santé publique du département, c'est-à-dire les jetons de présence pour chaque membre et pour chaque séance, des allocations diverses pour déplacements, expertises et études diverses, les frais de bibliothèques, d'impression et de publication. C'est pourquoi la Commission demande que la part qui incombe aux départements dans ces services soit obligatoire et qu'à ce titre elle puisse être inscrite d'office conformément à l'article 61 de la loi du 10 août 1871.

L'un des inconvénients les plus graves de la législation actuelle, c'est en effet que les dépenses sanitaires ne sont pas comprises parmi celles auxquelles la loi ne permet pas aux communes et aux départements de se soustraire ; si bien que les municipalités, comme les Conseils généraux, toujours soucieux de ne pas imposer de nouvelles charges à leurs électeurs, éprouvent une grande peine, quand même ils ne s'y refusent pas, à voter les fonds nécessaires aussi bien pour l'assainissement que pour le fonctionnement des services d'hygiène. Les législations sanitaires de certaines nations étrangères sont plus complètes à cet égard et beaucoup de pays s'efforcent actuellement de donner à ces dépenses le caractère obligatoire, sous réserve de certaines garanties très faciles à imaginer. En France, la Commission a tenu à montrer que sa proposition n'entraînerait que les charges suivantes, relativement légères :

1° DÉPENSES A LA CHARGE DES DÉPARTEMENTS :

Conseils départementaux de la santé publique.	
Jetons de présence (valeur du jeton : 5 francs. Moyenne de présence de 15 membres pendant 12 séances) : $5 \times 15 \times 12$	900 fr.
Frais de déplacement, d'impression, etc.	3.100 »
A reporter...	4.000 fr.
Report....	4.000 fr.
Frais de bureau et des commis pour l'inspection. Frais de bureau	500 »
Commis (indemnité)	1.000 »
Total pour chaque département..	5.500 fr.

2° DÉPENSES A LA CHARGE DE L'ÉTAT :

I. — *Service central.*

1° *Conseil supérieur de la santé publique* (1). — Jetons de présence (valeur : 20 francs ; nombre de membres : 42. — 2 sessions par an, d'une moyenne de 3 jours : $20 \times 42 \times 2 \times 3$	5.040 fr.
Section permanente (valeur du jeton : 20 fr. ; nombre de membres : 8. — Une séance par semaine) : $20 \times 8 \times 52$	8.320 »
6 auditeurs à 2000 francs par an	12.000 »
Impressions, déplacements, enquêtes	18.640 »
Total	44.000 fr.
2° *Laboratoire*	50.000 fr.
3° *Inspection générale.* — 2 inspecteurs généraux à 10000 francs et 3000 francs de tournées par inspecteur	36.000 »
Total	120.000 fr.

Direction de l'Administration de la santé publique.

(Comme elle doit être composée avec des services déjà existants, elle n'entraînerait aucune dépense nouvelle.)

II. — *Services départementaux.*

1° Inspecteurs départementaux de la santé publique :	
15 de 1re classe à 6500 francs, plus 1500 francs de frais de tournées et 500 francs de bureau	127.500 fr.
15 de 2e classe à 6000 francs, plus 1500 francs de frais de tournées et 500 francs de bureau	120.000 »
20 de 3e classe à 5500 francs, plus 1500 francs de frais de tournées et 500 francs de bureau	150.000 »
36 de 4e classe à 5000 francs, plus 1500 francs de frais de tournées et 500 francs de bureau	252.000 »
Total	649.500 fr.
2° Sous-inspecteurs départementaux : 15 à 2400 francs, plus 1000 francs de frais de tournées et 500 francs de frais de bureau	58.500 fr.
Total	708.500 fr.
TOTAL GÉNÉRAL	828.000 fr.

(1) Les dépenses actuelles du Comité consultatif d'hygiène publique sont portées au budget pour la somme de 30000 francs.

. . . .

Le 1er juin 1839, Furnari fondait l'*Esculape, journal des spécialités médico-chirurgicales ;* quelques mois plus tard (2 août 1840), il s'unissait à Amédée Latour pour fondre cette publication avec la *Gazette des médecins praticiens.* C'est dans l'*Esculape* que Dechambre commença (12 avril 1840) sous ce titre : *les Mouches*, une série de feuilletons humoristiques qui eurent le plus vif succès, et où, rival applaudi des Peisse et des Réveillé-Parise, il aimait à témoigner de sa profonde connaissance de notre monde professionnel.

. . . .

Alors déjà, le jeune publiciste voyait ses feuilletons commentés et reproduits de toutes parts. On y trouvait en germes les qualités d'esprit et de style que son ami Peisse l'aidait à perfectionner, et qui ont fait de lui un des maîtres du journalisme contemporain.

Cependant Furnari ne devait point séjourner à Paris. Spécialiste habile, mais n'ayant pu réussir à se créer une clientèle fructueuse, il demanda au gouvernement français une mission dans nos provinces d'Afrique et l'*Esculape* cessa sa publication. Dechambre dut fonder une feuille nouvelle pour y continuer la série de ses articles. C'est alors (27 juin 1841) qu'associé à son ami Mercier, il créa l'*Examinateur médical.*

A partir de ce jour, tandis qu'Auguste Mercier « insérait dans ce journal et défendait de ses ongles — c'est M. Diday qui nous l'écrit — toutes ses découvertes faites ou à faire, Dechambre, véritable rédacteur en chef, y traitait toutes les questions à l'ordre du jour et se formait peu à peu lui-même au style, aux allures et à la tenue dont il devait plus tard si bien trouver l'emploi ».

Il faut relire, comme je viens de le faire, les trois volumes de cette feuille éphémère pour bien comprendre l'immense somme de travail que Dechambre dut y dépenser, et pour s'assurer que le journalisme bien compris n'est

Or les recettes prévues pour 1888, au projet du budget du ministère du commerce et qui sont le produit exclusif d'un certain nombre de services sanitaires, sont les suivantes :

Personnel des établissements thermaux affermés	9.500 fr.
Droits d'inspection des fabriques et dépôts d'eaux minérales	18.500 »
Produits de l'exploitation des établissements affermés et en régie	313.125 »
Revenus des lazarets et établissements sanitaires (métropole)	1.223.218 »
Service sanitaire (Algérie)	110.200 »
Visite des pharmaciens (métropole)	290.500 »
Total	1.997.043 fr.

Les dépenses afférentes à la totalité des services sanitaires relevant du même ministère sont prévues au projet de budget de 1888 pour les sommes suivantes :

Établissements thermaux	176.575 fr.	
Service sanitaire (métropole et Algérie)	495.370	
Visite des pharmacies	262.000	
Inspection du travail des enfants dans les manufactures	176.000	
Personnel de l'Administration centrale, frais d'impressions, frais de missions, etc.	40.000	
Ensemble	1.149.944 fr.	1.149.945 fr.
Différence		847.098 fr.

Les calculs faits par la Commission signifient tout au moins que la nouvelle Administration de la santé publique peut être réalisée à bon compte et de telle sorte qu'aucun crédit nouveau ne soit demandé au gouvernement. Nous pourrions aisément montrer — et nous nous réservons de le faire ultérieurement — que les prévisions de dépenses pourraient être encore considérablement réduites, de façon à mettre budgétairement la situation nouvelle au pair avec celle qui existe actuellement; car la Commission nous paraît avoir négligé des recettes importantes, telles que celles du service de la protection de l'enfance et avoir majoré trop grandement les dépenses, au moins pour les premières années de l'organisation, qu'elle souhaite de voir généralisée à tous les départements dans un délai aussi bref que possible. On comprend d'ailleurs que l'État soit chargé de tout le service des agents du service actif, pour ainsi dire, tandis que les départements n'aient à s'occuper que de la partie consultative. Mais nous nous permettrons de faire observer qu'il existe dès maintenant des départements qui ont organisé ou peuvent organiser leur Administration sanitaire avec les nombreux éléments dont ils disposent, sans augmenter d'un centime les charges du budget départemental ni celles du budget des communes. Personne n'ignore, du reste, que dans les pays où l'Administration sanitaire a été établie sur de pareilles bases, on a vu corrélativement diminuer la mortalité générale, de même que la mortalité par maladies transmissibles et aussi les frais généraux d'assistance, à mesure que la santé publique s'améliorait. Rien ne coûte pour un pays comme la maladie et la mort, et les 1600 millions que font perdre annuellement aux citoyens français la mortalité et la morbidité sont un denier dont il y a tout avantage à diminuer l'importance.

Veut-on savoir quels avantages, même pécuniaires, un service d'hygiène bien organisé peut procurer à une cité? Prenons l'exemple de la ville de Bruxelles dont le Bureau d'hygiène peut être considéré comme le véritable modèle de ces services. En 1886, le chiffre des décès y a été de 628 en moins que celui de la moyenne décennale avant l'institution du Bureau d'hygiène, dont 351 par les maladies zymotiques, tuberculose comprise. Or, 628 décès représentent une perte de capital de 628 000 francs, d'après les évaluations les plus modérées, soit une perte à 4 1/2 pour 100 de 28 260 francs de revenus. De plus, ces 628 décès peuvent être considérés comme correspondant à 6977 malades, qui ont été chacun de 34 journées sans travail en moyenne ; on peut estimer que les frais de traitement et les pertes de salaires représentent une moyenne de 2 fr. 50 par jour, soit 593 045 francs. Ce qui fait, au total, 621 305 francs pour la perte économisée à Bruxelles en 1886 par le Bureau d'hygiène; ce service ayant coûté 44 000 francs au budget communal, il se trouve que les habitants de Bruxelles ont ainsi retiré de cette dépense 1412 francs pour 100 d'intérêt !

Les attributions des Conseils et Commissions de la santé publique comprendraient l'examen des questions qui lui seraient renvoyées par le ministre, le préfet et le sous-préfet, sous réserve que le droit d'initiative leur appartiendrait sur toutes les questions rentrant dans leurs attributions. En particulier, le Conseil supérieur de

---

pas à la portée de tous et qu'il n'est jamais œuvre d'indolence. Le programme tracé en tête du premier numéro de l'*Examinateur médical* montre comment Dechambre comprenait sa tâche :

« Le journalisme médical, y disait-il, sauf quelques exceptions rares et accidentelles, ne consiste guère qu'en un recueil de faits; ces faits tels qu'ils sont ne suffisent pas à constituer *scientifiquement* la plupart des parties qui composent le domaine de la médecine; il faut ouvrir de nouvelle voies à l'observation ; il importe peu que les observations particulières soient plus longues ou plus courtes, mais il importe surtout de les recueillir à la lumière d'idées générales; un contrôle rigoureux doit être exercé sur les prétendus faits qui se produisent journellement dans le domaine public : le journalisme médical *critique* est donc un besoin de l'époque. » (*Exam. méd.*, 1481, p. 2.)

Critique, il le fut dès lors dans la vraie, dans la juste acception du mot. Tantôt dans ces notes anonymes où il appréciait avec tant de tact les discussions académiques, sans crainte de juger très sévèrement les écarts de langage d'Emery ou de Gerdy; tantôt dans les articles de fond où il rendait compte de ces brillants concours qui mettaient en présence des hommes qui s'appelaient Malgaigne, Sédillot, Boyer, Chassaignac, Laugier, Robert, Vidal, etc., etc.; ou encore dans ces Bulletins où il s'efforçait de rendre plus claires et plus précises toutes les questions médicales que l'on discutait dans les académies et les sociétés savantes; ou enfin dans ses feuilletons de plus en plus goûtés, de plus en plus pétillants soit de sens, soit d'humour, partout et toujours Dechambre progressait et se faisait apprécier.

. . . .

A cette période de son existence se place un incident qui a été mal compris et diversement commenté par ses biographes. Depuis le 6 juillet 1832, aucune inscription n'avait été prise par Dechambre. A Paris, où ses articles de critique, si intéressants et si instructifs, étaient connus

la santé publique serait chargé de veiller, sous l'autorité du ministre, à l'application de la loi et des règlements; il serait consulté sur les modifications proposées aux lois concernant la santé publique et adresserait chaque année au ministre un rapport, également transmis au Parlement, sur les travaux des Conseils et des Commissions et sur service d'inspection ainsi que sur l'application de la loi. Mêmes obligations incomberaient aux Conseils départementaux dans leurs sphères respectives d'attributions. Dans la Seine, rien ne serait changé à l'état de choses existant, sauf qu'il serait mis en rapport avec les dispositions générales de la proposition. D'autre part, à l'exemple de ce qui existe dans plusieurs pays, et pour combler une lacune dont la gravité est reconnue depuis longtemps, un laboratoire serait créé auprès de la Direction de l'Administration de la santé publique, afin de poursuivre l'étude des maladies endémiques, épidémiques ou transmissibles et de faire toutes les recherches scientifiques nécessaires pour l'examen des questions qui rentreraient dans les attributions de cette administration; il serait placé sous le contrôle et la surveillance du Conseil supérieur de la santé publique.

Tout en se défendant de modifier la législation sanitaire actuelle, la Commission a cru devoir la compléter sur les points qui lui ont semblé réclamer des mesures urgentes. C'est ainsi qu'elle demande que, dans le délai d'un an à partir de la promulgation de la loi, le maire de chaque commune soit tenu de prendre un arrêté portant règlement d'hygiène et de salubrité publiques, sous réserve de l'approbation de l'Administration supérieure et après avis du Conseil d'hygiène. Elle voudrait aussi que les maires fussent autorisés, pour prévenir les épidémies et pour les combattre, à prescrire toutes mesures et tous procédés d'assainissement propres à assurer la salubrité des habitations, rues, égouts et lieux quelconques; ces mesures et procédés ne seraient exécutoires qu'après approbation du préfet, sur avis du Conseil départemental. Enfin, la Commission sollicite que tout médecin soit tenu de donner, soit à l'autorité administrative, soit aux agents de la santé publique, les renseignements utiles à l'hygiène générale, notamment en ce qui concerne les maladies épidémiques ou endémiques et l'indication des causes de décès, sous peine d'amendes de 5 à 25 francs. Nous n'insisterons pas sur les intentions qui ont ici guidé la Commission; mais il paraîtra sans doute que ces dispositions tiendraient mieux leur place dans une loi sanitaire organique que dans une loi à proprement dire administrative; en tous cas, telles qu'elles sont libellées, elles ont grande chance de manquer de précision et elles ne tiennent pas suffisamment compte des divers intérêts en présence. C'est pourquoi nous eussions préféré que la Commission en fît l'objet d'une proposition spéciale ou qu'elle en examinât davantage toutes les conséquences et prît alors la peine d'en rendre l'exécution plus conforme aux données générales de notre jurisprudence et de nos mœurs sociales et professionnelles. La première proposition ne souffre guère de difficultés; la seconde ne fait que rappeler une loi existante; quant à la troisième, elle a un sens trop général pour que le corps médical puisse l'accepter sous cette forme et il y a lieu de la mettre en harmonie avec les dispositions du Code civil. Il faut aussi faire observer qu'en dehors des articles de la proposition de loi qui rendent obligatoires les dépenses pour l'Administration de la santé publique et des derniers dont nous venons de parler, la plupart auraient pour effet de réaliser une organisation administrative que le gouvernement peut dès maintenant créer par voie de décret, dans les limites des crédits pris actuellement à sa disposition. Mais il convient aussi de substituer le plus tôt possible le régime de la loi à celui des décrets, afin de donner à nos services sanitaires une fixité et une importance en rapport avec les bénéfices que toute la nation et le corps médical, tout le premier, sont en droit d'en espérer pour la santé publique en France.

A.-J. Martin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Nouveau procédé de réfrigération locale par le chlorure de méthyle. Applications à la chirurgie et a la médecine, par M. le docteur Ch. Bailly (de Chambly, Oise).

Les chirurgiens et les médecins ont essayé à diverses reprises d'utiliser la réfrigération produite par quelques agents : glace, éther, chlorure de méthyle, etc.; mais ces essais ont toujours été limités par l'imperfection et les irrégularités du mode opératoire. Pour pouvoir apprécier et juger la réfrigération locale, en tant que méthode thérapeutique ou chirurgicale, il fallait trouver un moyen commode et sûr de manier l'agent frigorifique.

---

de tous les médecins, où son titre de rédacteur en chef de l'*Examinateur médical* l'avait mis en évidence, où, avec l'approbation et sous l'égide de Cruveilhier, Louis et Chomel, il exerçait la médecine, on le croyait depuis longtemps pourvu du titre de docteur. Seuls ses camarades intimes, ses anciens collègues d'internat, déjà chefs de clinique ou médecins d'hôpitaux, savaient pourquoi il avait dû interrompre ses études. Il fallait mettre un terme à cette situation aussi anormale que pénible. Le 26 décembre 1843 Dechambre obtint (à titre onéreux) les six inscriptions nécessaires pour acquérir le titre de docteur en médecine. La même décision l'autorisa à subir ses examens devant la Faculté de Strasbourg.

. . . .

Arrivé à Strasbourg au commencement du mois de janvier 1844, Dechambre n'y passa qu'un mois. Durant ce court espace de temps il subit ses cinq examens et y soutint sa thèse de docteur. Celle-ci avait pour titre : *Sur l'hypertrophie concentrique du cœur et les déviations de l'épine par rétraction musculaire*. La deuxième partie est une courte étude inspirée par des observations prises dans le service de J. Guérin. La première, beaucoup plus intéressante, a été reproduite et développée la même année dans la *Gazette médicale de Paris* (1844, p. 601). Elle a été, de plus, citée très honorablement dans les Leçons cliniques de Forget.

. . . .

C'est dans la période qui s'étend de 1844 à 1853 que Dechambre a donné à la *Gazette médicale* le plus grand nombre d'articles importants. Je me bornerai à signaler, à côté des mémoires nombreux consacrés à l'examen des questions médicales à l'ordre du jour, les études désignées sous le titre de *Revues sanitaires* et qui résument, pendant une période de trois années (1846 à 1848), l'histoire épidémiologique de la ville de Paris. Dechambre a eu le grand mérite de commencer alors ces revues d'ensemble qui,

C'est ce procédé éminemment simple de réfrigération locale que je me propose de faire connaître. Je l'ai appliqué depuis prés d'un an, et j'ai pu ainsi en éprouver l'action thérapeutique. Cette action s'est montrée si avantageuse dans beaucoup de cas, et quelquefois si merveilleusement efficace, qu'il y a un réel intérêt à l'exposer briévement devant les membres de cette Académie.

Le procédé consiste dans l'utilisation médiate du froid, produit par l'évaporation du chlorure de méthyle. Je lui ai donné le nom de stypage.

L'industrie livre le chlorure de méthyle dans des siphons métalliques (système Vincent) qui fournissent un jet de pulvérisation puissamment réfrigérant. C'est à cet état qu'il a été utilisé; mais, sous cette forme, l'agent frigorifique est peu commodément maniable; il faut une habitude et une habileté spéciales pour en régler l'application et pour en atténuer les inconvénients ou même les dangers.

J'évite les inconvénients du contact direct du chlorure de méthyle avec la peau en recevant le jet sur un tampon convenablement préparé. Après avoir essayé un très grand nombre de substances, j'ai dû m'arrêter à composer le tampon de ouate sèche, non hydrophile, et de bourre de soie. Cette masse est tenue à l'extrémité d'une pince spéciale, d'une matière peu conductrice, telle que la fibre vulcanisée ou l'ébonite. L'appareil ainsi constitué se nomme stype.

Si le tampon de ouate est humide, imprégné d'eau, le jet méthylique transforme presque instantanément la masse en une sorte de marteau ou de calotte de glace, dont on peut régler à volonté la forme et l'étendue, de manière à l'appliquer sur telle ou telle région du corps; mais c'est là un cas d'application exceptionnelle. Il faut employer la ouate *sèche*. On obtient ainsi un tampon frigorifique qui emmagasine et conserve, en quelque sorte, son activité réfrigérante dans des conditions très régulières. J'ai étudié avec soin ces conditions du refroidissement et du réchauffement du tampon ouaté. Je me contenterai de dire ici que, dans les circonstances moyennes de la pratique, on peut conserver le tampon pendant un temps qui varie entre quinze et quarante-cinq minutes, à une température qui oscille entre 23 et 55 degrés au-dessous de zéro. La descente du thermomètre est lente, et lent aussi le réchauffement lorsque l'on emploie la ouate; le mouvement est plus rapide lorsque l'on recourt à la soie. Le meilleur tampon réfrigérant est formé en associant la ouate au centre et la bourre de soie à la périphérie.

On l'expose, pendant quelques secondes, au jet de chlorure de méthyle. En le promenant ensuite sur la peau, on produit un refroidissement brusque des parties touchées. On entend en même temps une sorte de crépitation particulière qui se produit dans la ouate même et dont l'explication est facile.

Si l'on suspend l'application, après une ou deux secondes, le sujet n'a éprouvé qu'une sensation de froid. Il se produit ensuite une légère réaction : il y a *stimulation locale*.

Si, au contraire, l'on insiste davantage, la sensibilité s'émousse, la partie touchée prend une teinte pâle cadavérique. La réaction est alors plus vive : il se produit une *congestion* de retour, accompagnée d'une légère démangeaison.

La tache blanche est le signe de l'anesthésie commençante. En maintenant encore l'application, on obtient une *anesthésie complète*, plus durable. La réaction consécutive est alors plus violente, et s'accompagne d'une sensation de brûlure qui s'exagère par la pression; on ne tarde pas à observer un soulèvement de l'épiderme, sous forme de petites vésicules blanchâtres. Ultérieurement, l'épiderme est altéré dans sa coloration : il prend une teinte brunâtre qui peut persister depuis quelques heures jusqu'à quelques semaines. C'est là le terme extrême qu'il ne faut point dépasser, sous peine de produire une *véritable vésication*. Au delà encore, on déterminerait une mortification du tissu.

Ces remarques permettent de comprendre que l'on peut obtenir à volonté l'un ou l'autre de ces effets graduellement croissants : la stimulation légère, l'anesthésie avec révulsion violente, et enfin la vésication.

On peut ainsi, avec le stype, obtenir une action graduée et manier l'agent frigorifique avec une sûreté qui était impossible à réaliser avec l'emploi direct du siphon.

Applications. — Les considérations précédentes me dispensent d'entrer, au sujet de l'anesthésie locale, dans les développements que mériterait cependant cette question. La glace, l'éther, le bromure d'éthyle, le chlorure de méthyle lui-même, en pulvérisation, ne sauraient soutenir la comparaison avec le tampon cylindrique méthylé, tenu à l'extrémité d'une pince à forci-pressure, qui peut être appliqué sur un point simple, promené suivant une ligne droite ou courbe, et qui produit une insensibilité absolument limitée, suspendue ou renouvelée à volonté, toujours avec la même instantanéité. Ce procédé joint donc à une précision quasi mathématique une commodité, une élégance même inconnues jusqu'ici.

J'ai d'abord appliqué le stypage pour produire l'anesthésie locale avant l'emploi du thermocautère. Il s'agissait d'abcès de la bouche, de phlegmons, d'abcès froids, d'ostéopériostite, et enfin, dans un cas, d'opération de fistule à l'anus.

J'ai appliqué également le stypage avant l'emploi du bistouri : 7 fois pour des ouvertures d'abcès plus ou moins volumineux dans différentes régions; 4 fois pour des panaris

---

appuyées de tableaux météorologiques et indiquant le mouvement général des hôpitaux, avaient pour objet de faire bien connaître les maladies régnantes.

On sait tous les services qu'ont rendus à la prophylaxie hygiénique aussi bien qu'à la pathologie les remarquables communications faites pendant plusieurs années à la Société médicale des hôpitaux par son éminent secrétaire général, M. E. Besnier. Ses *rapports sur les maladies régnantes* sont justement considérés comme de petits chefs-d'œuvre d'analyse et de critique. Tous les épidémiologistes ont vivement regretté que la Société des hôpitaux n'ait pu trouver, parmi ses membres, un savant assez dévoué à ce genre d'études pour continuer l'œuvre que M. Besnier avait si bien préparée. Dechambre avait su déjà, à une époque où nul ne se préoccupait de statistique hospitalière, en bien comprendre l'importance et l'intérêt. Il y est revenu en 1853 et 1854, et inséra dans la *Gazette hebdomadaire* une histoire méthodique de l'épidémie de choléra, établissant sur des documents inédits l'itinéraire de l'épidémie en France, et cherchant à préciser ses conditions de développement.

. . . .

La notice raconte et explique ensuite les motifs de la rupture de Dechambre avec J. Guérin et l'histoire de la fondation de la *Gazette hebdomadaire*.

. . . .

On comprendra pourquoi je ne puis exprimer ici moi-même ce que M. Diday a si bien dit de cette alliance qui permit à Dechambre de réaliser tout le bien qu'il rêvait de faire : « Un homme entre tous clairvoyant, sagace, libéral, homme d'ailleurs avec qui l'on a justement pu dire, dans les deux acceptions du mot, que *le commerce était sûr*, Victor Masson, nous offrit ce que nous avions été sur le point d'acheter. En fondant ensemble la *Gazette hebdomadaire*, Dechambre et Masson s'étaient mutuellement devinés, pressentis jusqu'au bout, et — de la part de l'éditeur, de père

et pour l'ablation d'un petit cancroïde de la lèvre inférieure.

L'anesthésie et l'opération peuvent s'exécuter sans aide et d'une seule main, grâce à l'adjonction du bistouri, d'un stype spécial. Cet ensemble ou *stypotome*, d'ailleurs très simple, n'a pas besoin d'être décrit ici plus amplement.

Mais ce qui mérite plus particulièrement de fixer l'attention de mes éminents confrères, ce sont les applications du procédé à la thérapeutique médicale. J'ai déjà dit que les effets en ont été quelquefois si efficaces et si subits qu'ils provoquaient, chez le malade et chez le médecin lui-même, une véritable surprise. Ce mode de traitement, que j'ai nommé stypage, comporte des indications très nombreuses. J'y ai eu recours, depuis quelques mois, dans plus de deux cents cas. Je résumerai brièvement les observations.

En premier lieu, le stypage m'a servi à combattre le symptôme douleur, qu'il fait disparaître instantanément. J'ai vu des patients qui, subitement délivrés par un seul contact d'une souffrance très vive, exprimaient sur tous leurs traits une stupéfaction extrême. Quelquefois la douleur ne reparaît plus, le bénéfice est définitif. D'autres fois elle renaît après un certain temps et même exacerbée : un nouveau stypage en a raison. Et, en renouvelant l'opération une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, on procure au malade un soulagement permanent.

J'ai appliqué avec succès le stypage à *vingt-six névralgies dentaires*. Il suffisait, pour obtenir le soulagement, de passer deux ou trois fois le stype extérieurement sur la joue, au niveau des dents malades ou aux points d'émergence des nerfs.

Dans neuf cas de névralgie faciale, l'affection a disparu après un ou plusieurs stypages pratiqués sur chacune des branches du trijumeau.

Je note en passant que, dans deux de ces cas, j'ai vu se produire le curieux phénomène du transfert. La douleur sus-orbitaire gauche, ayant été instantanément suspendue, s'était aussitôt établie sur le trajet de la branche sus-orbitaire droite. Stypée à son tour, elle avait disparu comme la précédente. Le stypage sur la face, pas plus que sur les autres parties du corps où il peut être appliqué, ne laisse et ne doit laisser aucune trace.

Sur *dix cas de sciatique*, une seule fois j'ai échoué d'une façon absolue chez une malade qui, en même temps, était atteinte d'un cancer du sein. Une autre fois, il a été nécessaire d'ajouter au stypage d'autres moyens habituellement employés.

Neuf névralgies intercostales ont donné neuf succès. Trois d'entre elles étaient secondaires d'un zona que quatre stypages suffirent à faire disparaître. Le stypage fut curatif, non seulement de la douleur, mais de l'éruption vésiculeuse herpétique rapidement flétrie et éteinte.

J'ai également guéri avec le stypage : trois névralgies du sein, deux névralgies cervico-brachiales et trois névralgies lombo-abdominales.

Ainsi, dans soixante-deux cas de névralgies diverses, la guérison a été presque constamment la règle.

Il n'en est pas de même dans la migraine, où les échecs ont été plus fréquents. Sur treize migraines, j'ai eu deux échecs absolus, six succès instantanés et cinq cas dans lesquels il y a eu un soulagement durable très apprécié des malades. Le stypage, dans la migraine, doit être pratiqué successivement au creux épigastrique, sur la nuque et sur le crâne. Si les sujets ne sont pas atteints de calvitie, le cuir chevelu doit être mis à nu, suivant des raies longitudinales faites au peigne; le tampon peut être remplacé par un pinceau.

Chose remarquable, avec le soulagement, le stypage est bientôt suivi de la disparition de la nausée et de la production d'éructations.

Le *rhumatisme musculaire* paraît être l'affection la plus sûrement et la plus rapidement justiciable du stypage.

Sur *douze cas de pleurodynie*, un seul a été rebelle; les onze autres, parmi lesquels l'un datant d'un grand nombre d'années, ont été guéris instantanément. Dans plusieurs cas de pleurodynie secondaire de l'embarras gastrique bilieux, j'ai vu également disparaître l'envie de vomir.

Seize lombagos ont donné seize succès rapides. Ici la guérison tient véritablement du prodige. Tel malade qui est dans l'impossibilité de remuer dans son lit, ou qui marche péniblement appuyé sur deux cannes, enraidi par la douleur, se remue, se lève, se baisse, en un mot, après quelques secondes de stypage, exécute tous les mouvements impossibles auparavant.

Cinq torticolis de nature rhumatismale ont été d'abord instantanément soulagés, puis guéris d'une façon définitive, après quelques retours agressifs de la douleur successivement combattus.

Quatorze rhumatismes de muscles divers : deltoïde, biceps, triceps brachial, trapèze, etc., ont été guéris avec la même facilité. En totalité, quarante-sept cas de rhumatismes ont donné un nombre égal de succès.

Une méthode si encourageante, comme traitement du symptôme douleur, devait être tentée dans les affections internes, où, jusqu'à présent, le traitement local externe n'avait joué que le rôle d'adjuvant. J'ai essayé de l'appliquer dans *six cas de gastralgie*, dont deux cas de gastralgie simple, deux cas de gastralgie avec dilatation de l'estomac, deux cas de gastralgie s'accompagnant des signes généraux du cancer, sans tumeur appréciable. Le stypage a eu raison

---

en fils — ces deux pures et vives forces alliées, convergeant toujours en ligne droite vers le but le plus élevé, ont imprimé au journalisme médical un triple caractère d'utilité, de dignité, de moralité dont la science, l'enseignement, la profession n'ont pas cessé et ne cesseront pas sitôt de bénéficier. » (*Lyon médical*, 1886, p. 66.)

A dater de ce jour, une vie nouvelle commence pour Dechambre : son journal est à lui. Sans aucun souci matériel, il peut y dire tout ce qu'il pense, y défendre avec énergie les intérêts scientifiques et professionnels. A peine installé, il s'entoure d'une phalange de jeunes savants qu'il sait attirer et retenir par l'aménité de son commerce, la dignité de son caractère, l'autorité que lui donne son expérience de savant et d'écrivain. « Arbitre des travaux d'autrui, a dit encore M. Diday, il devait se tenir au courant et au niveau du mouvement scientifique moderne. Il voulut l'être; il le fut, et ce n'est là ni le moins laborieusement acquis ni le moins efficace des titres qu'il conserva jusqu'à la fin à une autorité incontestée. » De 1853 à 1885 la préoccupation constante sinon exclusive de Dechambre fut donc sa *Gazette*. Pendant plusieurs années il s'y donna tout entier..... L'activité qu'il sut déployer ainsi ne saurait trop être louée. « Produire sans cesse et pour cela apprendre toujours, tel est, a dit M. Béclard, le rôle de l'écrivain en rapports constants avec le public. » Dechambre l'avait bien compris. Il sentait que la vie d'un médecin vraiment passionné pour l'art qu'il exerce ne peut se limiter exclusivement à la pratique professionnelle. Les observations qu'il recueille, les succès qu'il obtient, les enseignements qu'il tire de son expérience clinique, il ne peut pas, il ne doit pas les garder pour lui seul. Aussi, lorsqu'il n'a pu être investi de la glorieuse mission d'instruire les autres, de leur montrer les horizons nouveaux, de rendre plus saisissante, en la personnifiant pour ainsi dire par la parole, l'idée abstraite qui semble vraie et doit être bien comprise; en un mot, lorsqu'il ne peut être professeur, le mé-

de tous les accès, comme dans les affections névralgiques superficielles. Chez plusieurs sujets, il a réussi à remplacer avec avantage les injections de morphine.

Deux fois, me trouvant en présence de coliques *hépatiques*, j'ai eu instantanément à la fois raison de la douleur et des vomissements.

Je signalerai spécialement un cas de tétanos spontané ayant duré vingt-huit jours, traité uniquement et quotidiennement par un stypage pratiqué au niveau des mâchoires, tout le long de la colonne vertébrale et au niveau des muscles contracturés des membres inférieurs. Chaque stypage était immédiatement suivi de la disparition de la contracture et de la douleur, pour une période sensiblement constante de douze heures, pendant lesquelles la malade pouvait manger, boire et dormir.

Je mentionnerai enfin, comme cas sortant de l'application habituelle du froid. un *hydro-pneumo-thorax* traité et guéri en trois semaines par cette seule méthode. Chez ce malade, comme d'ailleurs chez un certain nombre de phthisiques et d'emphysémateux, le stypage a réussi à produire un effet à la fois sédatif, eupnéique et révulsif.

Chez quelques malades atteints d'atasie, de cancer, de douleurs goutteuses, de contracture, suite d'hémiplégie, j'ai utilisé les effets du stypage. Les résultats obtenus jusqu'à présent permettent d'entrevoir l'étendue et l'efficacité des applications ultérieures de la méthode nouvelle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 23 JANVIER 1888.

Sur les accidents produits par l'oxyde de carbone. Note de M. *N. Gréhant*. — Déjà l'année dernière M. Gréhant a publié les résultats d'expériences faites avec un poêle sans tuyau sur des chiens placés dans les conditions de l'expérience de Le Blanc ; la mort des animaux survint au bout de deux heures dans une chambre d'une capacité de 12 mètres cubes; il faut donc proscrire absolument un pareil mode de chauffage.

Tout récemment, un homme qui s'était endormi dans sa voiture, chauffée par quelques morceaux de charbon, a été trouvé mort. Cet accident n'a rien de surprenant, car les produits de la combustion de 10 grammes de braise de boulanger contiennent assez d'oxyde de carbone pour tuer un animal.

En étudiant les conditions de l'absorption de l'oxyde de carbone par l'organisme vivant, M. Gréhant a reconnu que le sang absorbe encore de l'oxyde de carbone dans une atmosphère qui renferme 1/5000 de ce gaz, et c'est dans une atmosphère à 1/1000 que le rapport entre le volume d'oxyde de carbone fixé par 100 centimètres cubes de sang et le volume de ce gaz contenu dans 100 centimètres cubes d'air a été trouvé le plus grand; ce rapport est égal à 100.

En faisant respirer à un chien, pendant une heure, un mélange à 1/1000 d'oxyde de carbone, l'auteur a trouvé dans 100 centimètres cubes de sang normal et dans 100 centimètres cubes de sang intoxiqué, 27 centimètres cubes et 14^{cc},2 d'oxygène, c'est-à-dire des proportions d'oxygène qui sont à peu près entre elles comme 2 et 1 ; puis, en traitant le sang oxycarboné par l'acide acétique à 100 degrés, il a obtenu 14,4 d'oxyde de carbone qui étaient combinés avec l'hémoglobine.

On peut donc par cette méthode physiologique étudier les gaz produits par la combustion des poêles mobiles qui deviennent dangereux lorsque les gaz, au lieu de s'élever et de sortir par la cheminée, se répandent dans l'appartement.

Les animaux sont différemment sensibles à l'action de l'oxyde de carbone ; la dose toxique est de 1/450 pour le moineau ; 1/250 pour le chien; 1/70 pour le lapin. Si un moineau meurt dans une chambre chauffée par un poêle, on peut être sûr que l'atmosphère confinée contient au moins 1/450 de gaz toxique; cette proportion pourrait être dangereuse pour l'homme, surtout pendant le sommeil.

La zymase de l'air expiré par l'homme sain. Note de M. *A. Béchamp*. — A l'occasion des communications faites récemment par MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, l'auteur rappelle que dans ses études sur les zymases il s'était occupé de rechercher de quelle nature était la matière animale de l'air expiré, et avait trouvé que c'était un produit fixe, une zymase capable de fluidifier l'empois de fécule avec production de fécule soluble.

Après avoir montré, dans son nouveau mémoire, que dans l'air confiné se trouvent non seulement les produits de l'air expiré, mais aussi ceux de la perspiration cutanée, des voies alimentaires et digestives, M. Béchamp expose le programme des expériences qu'il se propose de continuer.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 31 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts adresse une lettre concernant le surmenage et la sédentarité scolaires.

M. le docteur *Gingeot* adresse une note sur *le traitement du furoncle par des badigconnages de teinture d'iode autour de la tumeur*.

M. *Andouard* (de Nantes) envoie un travail sur *le plâtrage des vins*.

MM. les docteurs *Huguenard*, médecin-major et *Cornille*, médecin aide-major,

---

decin, vraiment soucieux de rendre quelques services à ceux qui viendront après lui, doit s'efforcer non seulement de lancer dans le monde savant les idées nouvelles, mais encore de les féconder, de les mûrir par des commentaires historiques et critiques. Alors que la leçon magistrale, la conférence clinique, le livre, sont une expression plus réfléchie, plus tranquille, plus parfaite de sa pensée, l'article de journal, souvent écrit à la hâte, doit servir à exposer clairement les faits et s'efforcer de dissimuler, par la clarté du style, ce qui peut manquer parfois à la maturité de la pensée. Ce sont là les idées qui ont toujours guidé Dechambre, et c'est pourquoi son journal a pu être considéré comme un organe d'enseignement. Que de fois, accablé par les soucis d'une clientèle nombreuse, à laquelle il était si attaché, lui a-t-il fallu rédiger en quelques instants, pour être prêt à l'heure inexorable de la mise en pages, une appréciation raisonnée sur des questions qui auraient mérité de longues méditations et de sérieuses lectures! Et cependant quel est celui de ses lecteurs qui s'apercevrait aujourd'hui, en lisant cette prose si limpide, si correcte, de l'effort qu'elle lui avait coûté?

. . . .

Est-il besoin de répéter ici ce que devint sous sa direction le journal qu'il avait fondé? Les polémiques, parfois violentes, qu'il avait à soutenir contre J. Guérin et Amédée Latour, il a voulu les effacer lui-même; et les paroles qu'il a prononcées à cette occasion méritent d'être retenues : « Les luttes de la science et des lettres, disait-il le 30 juin 1882, sur la tombe d'Amédée Latour, ont, comme d'autres, leurs entraînements, qui amènent des chocs aveugles et des blessures inutiles. Si, entre celui qui s'en va et celui qui vient lui dire un dernier adieu, il y a eu de ces chocs et de ces blessures, l'un et l'autre depuis longtemps ne les sentaient plus; mais je n'ai pu résister au désir d'exprimer devant des écrivains appelés à la vie militante combien c'est un moment, je n'ose dire heureux en de telles circonstances,

adressent un *Rapport* sur *les vaccinations et revaccinations* pratiquées en 1887 au 6e régiment de hussards.

M. le docteur *Gaucher* adresse une brochure sur *un mode de traitement de l'angine diphthéritique par l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente.*

M. le docteur *Gétineau* envoie un *Traité de l'angine de poitrine.*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, de la part de M. le docteur *Commenge*, une brochure sur *la prostitution devant l'Académie de médecine de Belgique.*

M. *Rochard* présente un ouvrage de M. le docteur *Treille* sur l'*acclimatation des Européens dans les pays chauds.*

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose une lettre de M. le docteur *Munoz* (de Saint-Domingue-de-la-Calzabra) sur *le traitement des anthrax et des furoncles par les solutions phéniquées, intus et extra.*

M. *Tarnier* offre la 2e édition d'un livre intitulé : *Allaitement et hygiène des enfants nouveau-nés*, qu'il vient de publier avec M. le docteur *Budin.*

M. *Leblanc* présente un travail de M. *Mathis* (de Lyon) sur *la présence dans l'urine du phosphure d'hydrogène coïncidant avec des lésions nerveuses centrales.*

M. *de Vollien* dépose une brochure de M. le docteur *Bourdel* (de Montpellier) sur *le plâtrage des vins.*

M. *Lannelongue* offre un livre sur *la tuberculose vertébrale.*

M. *Laboulbène* présente les *Œuvres anatomiques, physiologiques et chirurgicales de Jean Méry*, publiées par M. le docteur *L.-H. Petit* et offre l'article Phylloxéra, qu'il a fait paraître dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. *Larrey* dépose, au nom de M. le docteur *Bérenger-Féraud*, des *Leçons cliniques sur les ténias de l'homme.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un *appareil à inhalations d'acide fluorhydrique*, construit par M. Galante sur les indications de M. le docteur Bardet.

M. *Verneuil* fait don, au nom des souscripteurs, du buste de M. *A. Dechambre.* (Voy. p. 65.)

Élections. — MM. *Arloing* (de Lyon) et *Abbadie* (de Nantes) sont élus correspondants nationaux dans la division de médecine vétérinaire : le premier, par 43 voix sur 44 votants ; le second, par 43 voix sur 47 votants.

Traitement des furoncles et des anthrax. — Revenant sur la discussion qui a eu lieu dans les deux dernières séances concernant le traitement des furoncles et des anthrax, M. *Marc Sée* estime que la méthode des pulvérisations phéniquées préconisée par M. Verneuil peut être appliquée avec avantage chez des individus timorés, qui répugnent au contact de l'instrument tranchant, ou lorsqu'il s'agit d'un anthrax de petit volume, n'ayant pas de tendance bien marquée à prendre beaucoup d'extension. Mais les anthrax, en général, et particulièrement ceux qui s'accompagnent d'accidents généraux graves et menacent de devenir très volumineux sont justiciables du bistouri qui, manié convenablement, constitue le progrès de traitement le plus efficace et le plus expéditif. C'est de la périphérie que partent les lésions de staphylococcus qui vont semer les furoncles dans le voisinage ; c'est sur la circonférence de la tumeur inflammatoire que devra porter surtout l'influence de l'agent microbicide et cette influence doit être telle qu'elle tue le microbe sur tous les points de cette périphérie, sans en épargner un seul, sinon de nouvelles générations viendront bientôt remplacer celles qui ont été détruites. C'est pourquoi M. Marc Sée ouvre les anthrax sur le bord, à la partie la plus déclive ; puis il y fait pénétrer un long bistouri boutonné avec lequel il exécute dans toute la largeur des mouvements semi-circulaires et de va-et-vient ; il fait ensuite dans cette cavité artificielle un lavage avec une solution de sublimé au millième. Les résultats de cette pratique lui paraissent très encourageants.

M. *Verneuil* prie son collègue d'expérimenter également sa méthode, afin de pouvoir faire un examen comparatif avec ce procédé.

Intervenant à son tour dans la question, M. *Hardy* fait part du succès complet qu'il vient d'obtenir, il y a quelques jours, par l'emploi des pulvérisations phéniquées dans un cas de furoncle de la lèvre inférieure chez une jeune fille. Il ajoute qu'on oublie trop souvent le traitement médical de cette affection, si sujette à récidives ; les préparations goudronnées, les alcalins et quelquefois l'arsenic réussissent à merveille ; il faut imposer avant tout un régime approprié, sans excitants d'aucune sorte. Quant à l'origine microbienne du furoncle et de l'anthrax, elle lui paraît bien douteuse, car elle ne saurait expliquer, par exemple, ces furoncles répétés, produits chez les cavaliers par le frottement du pantalon ; il n'est pas étonnant, par contre, de constater à l'intérieur des furoncles ou anthrax des légions de microbes, qui s'y développent secondairement, comme les microbes ou les ptomaïnes sur un cadavre.

Cataracte. — Depuis trois ans M. *Panas* a pratiqué, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, 460 extractions de cataractes spontanées, non traumatiques, avec les résultats suivants : 23 enclavements iriens, soit 5 pour 100, 2 cas de suppuration avec perte totale de la vue (0,4 pour 100), 31 cas de vision insuffisante (6,7 pour 100) et 427 cas de vision complète, soit 92 pour 100, quel que soit l'état diathésique des opérés. Il attribue en grande partie ces succès à l'antisepsie et à l'emploi de la méthode française de Daviel, préférée à celle de de Græfe ; sans être rejetée, cette dernière doit rester désormais comme une opération d'exception, pour les cataractes adhérentes et compliquées, de même que l'iridectomie sera le complément de cas heureusement exceptionnels. M. Panas pratique rigoureusement l'antisepsie de la chambre antérieure de l'œil à l'aide d'une solution de biiodure de mercure au vingt-millième, contenant en outre de 4 à 5 pour 100 d'alcool, et injectée à la dose de 1 à 2 centimètres cubes au plus. Depuis le mois de juin 1887 il essaye aussi une solution saturée d'acide borique à 3 et à 4 pour 100 ; celle-ci, moins irritante, peut être injectée en quantité plus grande que la première et doit par suite être préférée toutes les fois qu'on désire s'en servir

---

mais plein de consolation, que celui où l'on peut enfouir dans une tombe jusqu'aux derniers vestiges, s'il en restait, de toute dissension. »

Ces paroles adressées au fondateur de l'*Association générale* nous encouragent à ne mentionner ici que les travaux personnels qui, à côté de ces articles d'histoire et de critique, ont donné à Dechambre une si légitime autorité. Ceux-ci sont d'ordres divers. Avec une égale supériorité il a traité successivement les questions de philosophie médicale les plus controversées, les sujets de clinique et de thérapeutique, de physiologie pathologique ou d'hygiène, ou encore tout ce qui a trait à la législation et à l'administration médicales. . . . .

Dechambre avait su donner tant de preuves non seulement de son expérience et de son savoir, mais encore de son jugement et son honnêteté, qu'il était devenu le chef respecté du journalisme médical contemporain et, je l'ai dit devant sa tombe, l'arbitre suprême de toutes les discussions déontologiques. C'est pourquoi la pensée lui était venue de résumer en une série d'aphorismes une sorte de code professionnel. Comme tous les médecins profondément lettrés, comme tous ceux qui aiment à vivre dans le commerce des poètes et des philosophes de l'antiquité, qui ont l'habitude de se délasser de leurs travaux scientifiques en lisant les chefs-d'œuvre de la littérature ancienne, Dechambre s'essayait parfois à écrire de petits poèmes, des fables, des nouvelles. Il pensait, avec raison, que cette gymnastique de la pensée, qui affine le langage et lui donne une plus grande souplesse, inspire aussi plus de délicatesse à l'écrivain qui doit traduire avec précision des idées souvent bien difficiles à exposer clairement. Bacon avait dit que rien de ce qui concerne l'humanité ne doit être étranger au médecin. « Bien avant l'époque de Bacon, dit Dechambre, et sans remonter à Lucrèce et encore moins aux œuvres métriques des premiers philosophes grecs, la poésie, qui à elle seule est un témoignage irrécusable d'une forte culture litté-

pour expulser des fragments cristalliniens et non se borner à l'antisepsie intra-oculaire.

Anesthésie par le chlorure de méthyle. — M. *Vidal* lit un rapport sur le procédé de réfrigération locale par le chlorure de méthyle que M. le docteur *Bailly* (de Chambly) vient d'imaginer. Après avoir fait l'historique des tentatives faites pour obtenir l'anesthésie limitée à une partie de la surface cutanée, il décrit ce procédé dont M. Bailly a entretenu l'Académie dans la séance du 18 octobre 1887, ainsi que les améliorations dont il a été l'objet depuis cette époque. Il consiste aujourd'hui dans l'emploi de tampons d'ouate et de soie trempés dans le chlorure de méthyle liquéfié ; le gaz se maintient à l'état liquide pendant plusieurs heures dans un appareil spécial. Au contact de ces tampons ainsi imbibés, la peau est congelée et anesthésiée. L'efficacité du procédé est aussi grande que celle du jet du gaz pulvérisé; en outre, l'emploi de ces tampons permet de mesurer et de graduer l'intensité, la durée et l'étendue de la réfrigération. La méthode a pris ainsi un caractère essentiellement pratique et elle a donné les meilleurs résultats dans un grand nombre de services de médecine et de chirurgie, notamment pour pratiquer diverses opérations rapidement faites, telles que les scarifications et le raclage du lupus, de l'acné, l'incision des panaris, etc.

MM. *Bouchard* et *Ernest Besnier* confirment l'appréciation favorable émise par M. Vidal; ils font remarquer les services que ce procédé rend dans tous les cas d'affections douloureuses siégeant dans les cavités accessibles, par l'action sédative et révulsive qu'il permet de graduer à volonté et sans avoir à craindre le moindre accident, pourvu qu'un morceau de baudruche fine soit interposé entre le pinceau et la muqueuse à anesthésier.

Syphilis. — La discussion générale sur la prophylaxie publique de la syphilis commencera mardi prochain, lorsque l'Académie aura pris connaissance par le *Bulletin* du projet de résolution ci-après dont M. *Fournier,* rapporteur, donne lecture au nom de la Commission :

§ I. *Prophylaxie administrative.* — 1° L'Académie appelle l'attention de l'autorité sur les développements qu'a pris la provocation sur la voie publique, dans ces dernières années notamment, et en réclame une répression énergique.

2° Elle estime qu'il y a nécessité manifeste d'assimiler à cette provocation de la rue divers modes non moins dangereux qu'a revêtus, surtout de nos jours, la provocation publique, à savoir : celle des boutiques; celle des brasseries dites « à femmes »; et, plus particulièrement encore, celle des débits de vin.

3° Elle signale à l'autorité, d'une façon non moins spéciale, la provocation qui rayonne autour des lycées, des collèges, et qui a pour résultat l'excitation des mineurs à la débauche.

4° Elle déclare qu'au nom de la santé publique, non moins que de la morale publique, ces divers ordres de provocation constituent un délit qui doit être réprimé légalement. Elle réclame donc une loi définissant le délit de provocation publique et en confiant la répression à qui de droit.

5° La sauvegarde de la santé publique exige que les filles reconnues coupables du délit de provocation soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale.

6° L'inscription d'une fille coupable du délit de provocation ne pourra jamais être prononcée que par un tribunal, et après débat contradictoire.

7° Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée de maladies vénériennes, notamment de syphilis, sera internée dans un asile sanitaire spécial. Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un hôpital, un hôpital comme les autres hôpitaux, à cette seule différence près que les malades ne pourront sortir que sur un certificat médical de guérison. De cet asile sera bannie toute rigueur inutile, toute mesure vexatoire qui tendrait à en modifier le caractère et à le transformer en pénitencier.

8° La réglementation actuellement en vigueur, relativement à la surveillance médicale des filles inscrites, sera remplacée par le système suivant : 1° les filles inscrites, libres ou en maison, seront uniformément soumises à une visite hebdomadaire, de date fixe, et, en outre, à une visite supplémentaire qui sera faite mensuellement par un médecin inspecteur, à date inconnue; 2° chacune de ces visites sera complète, et portera principalement sur l'examen des organes génitaux et de la bouche.

9° En ce qui concerne la province, les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionnent dans la capitale seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute l'étendue des départements.

10° L'interdiction de la provocation sur la voie publique sera absolue, générale, sans exception, même pour les filles soumises à la surveillance administrative.

§ II. *Hospitalisation, traitement.* — 11° Le nombre de lits affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

12° Cette augmentation des lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera, non pas par la création de services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais bien par la création de nouveaux hôpitaux spéciaux, lesquels devront toujours être placés en dehors de la zone d'enceinte.

13° Les médicaments propres au traitement des maladies vénériennes seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux.

14° Un service de consultations gratuites, avec délivrance gratuite de médicaments, sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes.

15° Dans les hôpitaux spéciaux, la consultation externe sera faite : 1° pour les malades ne réclamant pas leur admission, par un médecin ou un chirurgien du Bureau central; 2° pour les malades réclamant leur admission, par les médecins ou les chirurgiens titulaires. Les médecins ou chirurgiens du Bureau

---

raire, avait prêté sa langue à nombre d'ouvrages de science et particulièrement de médecine. » (*Le Médecin*, p. 70.) A diverses reprises il avait publié dans la *Gazette hebdomadaire* des poésies dont le sujet presque toujours se rapportait à l'art médical. Je citerai en particulier son *Ode à Bichat*, diverses pièces intitulées : *Loisirs du siège*, ou encore son *Épisode de la vie médicale* (1869). Ce fut une sorte de traduction du serment d'Hippocrate qu'il voulut, le 6 janvier 1882, offrir à ses lecteurs en cadeau d'étrennes sous ce titre : *les Commandements du médecin.*

. . . .

Dix années à peine après avoir fondé la *Gazette hebdomadaire,* assuré de son succès, heureux de voir ses collaborateurs, plus nombreux et plus dévoués chaque jour, le reconnaître comme un maître et comme un guide, Dechambre eut le courage d'accepter la direction de l'œuvre monumentale qui fut comme le couronnement de sa vie et qui restera l'honneur de sa mémoire.

. . . .

J'ai dit sur sa tombe ce qu'il lui avait fallu de ténacité dans le travail et de courage pour mener à bien cette œuvre monumentale. Soixante-dix-neuf volumes étaient publiés ou prêts à paraître le 20 décembre 1885. Il me serait difficile aujourd'hui d'insister sur la valeur scientifique de cet ouvrage qui continuera à s'appeler le *Dictionnaire de Dechambre.* Des nécessités impérieuses avaient contraint notre cher et vénéré directeur à revenir, en 1885, au plan primitif dont l'ampleur avait été considérablement dépassée. Il lui fallait, dans ce but, réduire le nombre et surtout l'étendue des articles qui restaient à écrire, supprimer la plupart des biographies et des bibliographies et, pour conserver à l'œuvre son intérêt médical sans lui enlever son caractère encyclopédique, recommencer pour les vingt volumes qui restaient à publier le travail de classification et de distribution précédemment ébauché. Dechambre se remit à cette tâche avec l'ardeur qu'il apportait à tout ce qu'il

central délégués à ces fonctions ne pourront les résilier avant cinq années d'exercice.

16° Dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il sera créé un service spécial pour le traitement des affections vénériennes; et les locaux affectés à ce dit service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène.

§ III. *Réformes dans l'enseignement.* — Les innovations ou réformes proposées par la Commission sont les suivantes : 17° Ouvrir librement tous les services de vénériens ou de vénériennes (y compris ceux de Saint-Lazare) à tout étudiant en médecine justifiant de seize inscriptions.

18° Exiger de tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de la thèse, un certificat de stage de trois mois dans un service de vénériens ou de vénériennes.

19° Attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare (ou dans l'asile hospitalier qui sera substitué à Saint-Lazare); et de tout ce personnel intégralement, c'est-à-dire des chefs de service, des élèves internes ou des élèves externes.

20° Attribuer au concours et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance dle filles inscrites au Dispensaire de salubrité publique.

21° Composition du service de Saint-Lazare (ou de l'asies hospitalier qui lui sera substitué) suivant le plan des services de l'Assistance publique; et utilisation de ces services pour le stage spécial imposé aux étudiants en médecine dans les hôpitaux spéciaux.

22° Les jurys des divers concours dont il vient d'être question pourraient être composés comme il suit : 1° pour la nomination du médecin en chef : un membre de l'Académie de médecine ; un représentant de l'Ecole (professeur ou agrégé) ; trois médecins des hôpitaux spéciaux (Saint-Louis, Lourcine, Midi, Saint-Lazare); 2° pour la nomination du médecin du Dispensaire, comme pour celle des élèves internes ou externes : puatre médecins du Dispensaire, présidés par un membre de l'Académie.

23° Un programme relatif à la détermination des matières devant faire le sujet de ces divers Concours sera élaboré par une commission spéciale.

§ IV. *Prophylaxie de la syphilis dans l'armée et la marine.* — 24° Instituer dans l'armée une série de conférences ayant pour objet d'éclairer les soldats sur les affections vénériennes et les dangers de la syphilis en particulier, sur le bénéfice à attendre d'un traitement scientifique, sur la nécessité d'un traitement prolongé, sur les périls de la prostitution clandestine exercée par les insoumises, les rôdeuses, les bonnes de cabaret, etc. Ces conférences seraient faites par les médecins militaires de chaque corps. Elles seraient annuelles, et auraient lieu de préférence après l'enrôlement des jeunes recrues. Une conférence semblable serait également faite aux réservistes le lendemain de leur arrivée au corps.

25° Provoquer de la part de tout soldat récemment affecté de syphilis une déclaration relative à la femme dont il a contracté la maladie.

26° Consigner les établissements déguisés sous le nom de débits de vins ou de liqueurs et ne constituant en réalité que des maisons de prostitution non surveillées, interdire formellement aux soldats la fréquentation de ces établissements.

27° Ecarter toute punition du programme prophylactique de la syphilis dans l'armée.

28° Supprimer les visites faites en commun, et les remplacer par des examens privés, individuels, discrets.

29° Instituer un service de police spéciale autour des grands camps, tels que Satory, Saint-Maur, Châlons, etc.

30° Prendre toutes dispositions nécessaires pour assurer au soldat syphilitique dont le traitement a été commencé à l'hôpital la faculté de continuer à son corps, sous la direction des médecins de son régiment, le traitement ou la série de traitements ultérieurs indispensables à sa guérison.

31° En ce qui concerne la marine, il serait à désirer que, à bord des bâtiments de guerre, une visite médicale de l'équipage fût faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient reconnus contaminés.

32° Il est absolument essentiel que dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre ou de commerce, un service régulier et rigoureux soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées en vue de prévenir la contamination que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche ou de débarquement.

§ V. *Prophylaxie des contagions syphilitiques dérivant de l'allaitement.* — 33° Ajouter à la réglementation administrative des Bureaux de nourrices l'article suivant : Nul n'est admis à prendre une nourrice dans un Bureau de placement que sur la présentation d'un certificat médical, certificat garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par son nourrisson. La teneur dudit certificat pourrait être conçue à peu près dans les termes que voici : « Je soussigné, docteur en médecine, etc., certifie qu'il n'est pas à ma connaissance que les parents de l'enfant X....., auxquels je donne mes soin depuis..... (préciser l'époque), soient affectés d'aucune maladie héréditaire qui puisse être transmise à la nourrice chargée d'allaiter cet enfant ».

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Laboulbène* sur les candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine. La liste de présentation est établie ainsi qu'il suit : 1° M. Pitres (de Bordeaux); 2° M. Wannebroucq (de Lille); 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Leloir (de Lille) et Mordret (du Mans); 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Chedevergne (de Poitiers) et Lépine (de Lyon).

---

savait entreprendre. Hélas ! cet effort fut le dernier. Il avait à peine commencé cette revision de la table des matières du *Dictionnaire encyclopédique* lorsqu'il fut frappé à mort. Mais, durant ces vingt années, que de travaux inspirés par lui, que de savantes recherches faites en vue de dresser une nomenclature aussi complète que précise des mots à introduire dans le Dictionnaire, que d'articles personnels dus à sa plume infatigable !

. . . .

Dechambre, je puis et je dois l'affirmer ici, reconnaissait volontiers que sa critique, toujours dictée par un juste sentiment de ce qu'il considérait comme le vrai et le bien, avait été parfois un peu sévère. Comme il l'a dit en termes si touchants, sur la tombe d'Amédée Latour, il arrive un instant dans la vie où l'on regrette d'avoir blessé d'honorables médecins, où l'on voudrait pouvoir effacer surtout les paroles qui ont pu contrister des savants que l'on sait dignes de l'estime et du respect de tous leurs confrères. Me plaçant à un tout autre point de vue, je dois reconnaître aussi que, bienveillant et affectueux envers tous ceux qu'il estimait, Dechambre ne pouvait supporter de ses collaborateurs la nonchalance ou l'inexactitude. Il considérait un manque de parole comme une désertion. Il ne pardonnait guère à ceux qui, après leur avoir formellement promis leur coopération, finissaient, après plusieurs demandes de sursis, par renoncer à l'article dont ils s'étaient chargés. Fermement attaché à tous ses devoirs, n'ayant jamais failli aux obligations dont il avait assumé la tâche, il avait peine à comprendre que l'on fût inexact, et surtout oublieux... Aussi jugeait-il sévèrement, sinon dans ses articles, du moins dans ses conversations, ceux qui lui avaient créé des embarras au moment où il croyait pouvoir le plus fermement compter sur leur collaboration effective.

Mais, s'il était parfois peu disposé à l'indulgence vis-à-vis de quelques-uns des savants et des médecins dont il avait réclamé la collaboration, qu'il restait bon, affectueux

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

Sur le pouvoir toxique de l'acide borique et sur quelques-unes de ses applications thérapeutiques : M. E. Gaucher. — Traitement de l'angine diphthéritique : M. E. Gaucher (Discussion : MM. Féréol, Joffroy, Blachez, Richard, Cadet de Gassicourt). — Le bain froid systématique dans la fièvre typhoïde : M. Juhel-Rénoy (Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol, Hayem).

M. *E. Gaucher* donne lecture d'une note sur *le pouvoir toxique de l'acide borique* et sur *quelques applications thérapeutiques de cet agent antiseptique.* (Sera publiée.) — M. *E. Gaucher* offre à la Société une brochure sur *une méthode de traitement de l'angine diphthéritique par l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente.* Partant de ce principe, non admis par un certain nombre de médecins d'enfants, que la fausse membrane est l'accident primitif d'où procède l'infection générale secondaire, M. Gaucher propose d'enlever les fausses membranes par un raclage énergique associé à une cautérisation de la muqueuse avec l'acide phénique. Il se sert de petits écouvillons composés d'ouate enroulée autour d'un bâtonnet et trempés dans la solution suivante : acide phénique cristallisé, 5 à 10 grammes ; camphre, 20 à 30 grammes ; alcool à 36 degrés, 10 grammes. On ajoute à cette solution un volume égal d'huile d'olives ou d'huile d'amandes douces. Cette formule est analogue à celle qu'a proposée le docteur Soulez, de Romorantin, pour de simples attouchements antiseptiques sur les fausses membranes. M. Gaucher insiste sur la nécessité d'enlever la fausse membrane, de l'arracher par des frottements énergiques; on pratique cette opération, qui est fort douloureuse, deux fois par jour, et dans l'intervalle on fait de grandes irrigations de la gorge avec une solution phéniquée au centième. Depuis 1879, M. Gaucher a traité par ce moyen seize cas de diphthérie, dont plusieurs fort graves, et il a obtenu seize guérisons; il s'agit surtout d'adultes; cependant le même traitement réussit également bien chez l'enfant.

M. *Féréol* se déclare également partisan de la méthode d'ablation des fausses membranes, mais il fait observer qu'elle est souvent fort difficile par suite de l'extrême adhérence des produits diphthéritiques. On ne peut, dans certains cas, arracher la fausse membrane, quelque soin et quelque vigueur qu'on apporte pour y parvenir.

M. *Gaucher* a toujours réussi par des frictions énergiques à enlever les fausses membranes, non pas évidemment d'une seule pièce, mais par petits lambeaux. Il ne faut pas, bien entendu, se servir de pinceaux en blaireau avec lesquels toute friction rude est impossible.

M. *Féréol* se sert toujours de morceaux d'éponge sèche montés sur une pince à verrou, et, à son avis, le raclage est encore plus efficace avec ce petit appareil qu'avec l'écouvillon d'ouate. Cependant il a rencontré des cas où la fausse membrane, d'une ténacité extrême, a résisté à tous ses efforts d'arrachement. Il y a là une difficulté de pratique, mais la valeur de la méthode reste entière et M. Féréol se déclare tout disposé à l'expérimenter.

M. *Joffroy* a employé, à l'hôpital des enfants, le chloral en solution au 200e pour les irrigations du fond de la gorge, répétées trois et quatre fois par jour et en solution au 60e ou au 80e, selon la susceptibilité des malades, pour les badigeonnages des fausses membranes. Celles-ci disparaissent assez rapidement sous l'influence de ce traitement et sont remplacées par des ulcérations, et par de l'angine érythémateuse simple, due à l'action irritante du topique. Il a préféré le chloral, comme étant plus fortement antiseptique que l'acide phénique. Cette méthode, qui diffère peu de celle de M. Gaucher, réussit fort bien chez l'adulte ou chez les grands enfants; mais elle est peu pratique et souvent même inapplicable chez les enfants plus petits.

M. *Gaucher*, en dépit du pouvoir antiseptique théoriquement supérieur du chloral, a retiré de meilleurs avantages de l'acide phénique; le chloral, comparativement employé pour les irrigations, a paru moins bien réussir, sans que l'on puisse dire pourquoi. On arrive, même chez les enfants au-dessous de trois ans, à instituer le traitement complet, en enveloppant le petit malade dans une alèze pour le maintenir, et en lui plaçant deux bouchons de liège entre les molaires : on peut alors badigeonner vigoureusement la gorge, un peu à l'aveuglette, il est vrai.

M. *Blachez* rappelle que l'on fait disparaître les fausses membranes, plus aisément et avec moins de douleurs, par les badigeonnages à l'huile de pétrole ou les irrigations avec l'eau de chaux. Mais ce n'est pas tout de nettoyer la gorge, il faudrait pouvoir s'opposer à la reproduction ou à l'extension des membranes sur d'autres points de la muqueuse pharyngo-laryngée. Enfin, il se sent peu disposé à aller racler ainsi, à l'aveugle, la gorge des jeunes enfants avec un écouvillon trempé dans un liquide caustique.

M. *E. Gaucher* fait remarquer que la solution caustique phéniquée a précisément pour but de s'opposer à la reproduction des membranes et à l'infection générale secondaire.

M. *Richard* signale le moyen découvert par le docteur

---

et secourable pour les malades! Il était de ceux qui, tout en sachant se tenir au courant de tous les progrès, tout en travaillant incessamment à accroître et à perfectionner leurs connaissances, pensent que l'homme malade est, non un sujet de curiosité pathologique, mais un être qui souffre et qui demande secours. Il savait comprendre que ce qui ennoblit notre profession, ce ne sont ni les profits matériels, ni les dignités qu'elle procure; il croyait à sa valeur morale, indépendante de toute situation officielle. Il était en mesure d'affirmer, par son exemple, que le savoir, l'expérience, le tact, l'honnêteté de la vie, suffisent pour s'élever peu à peu à la hauteur de la plus belle mission qu'un homme puisse ambitionner : celle d'être utile en faisant le bien.

Cette haute situation de clientèle, qui affirmait sa valeur comme médecin, il l'avait noblement, loyalement conquise, et les succès dont il était justement fier lui avaient souvent procuré ces joies consolantes qui nous récompensent de tous les efforts, de toutes les fatigues qu'exige l'exercice de notre profession. Ces satisfactions intimes, il les prisait plus haut que les distinctions et les honneurs que lui avaient mérités ses services scientifiques et professionnels. Membre de l'Académie de médecine, membre honoraire de la Société des hôpitaux et de l'Académie de médecine de Belgique, associé ou correspondant de diverses Sociétés savantes, médecin du Conseil d'État, membre du Comité des travaux historiques et des Sociétés savantes; officier de la Légion d'honneur et de l'Instruction publique, etc., tels étaient cependant les titres qu'il pouvait ajouter à ceux de rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire* et du *Dictionnaire encyclopédique.* Avec ces distinctions étaient venues l'aisance puis la fortune. N'ajoutons donc point aux regrets que nous éprouvons de l'avoir perdu celui de penser qu'il n'ait pas trouvé, au déclin de sa vie, la juste récompense de son activité laborieuse. Reconnaissons plutôt, avec lui, — car il aimait à le rap-

Laplace, de la Nouvelle-Orléans, pour augmenter notablement la puissance antiseptique de l'acide phénique. Il suffit d'ajouter 1/2 pour 100 d'acide tartrique pour stériliser des liquides dans lesquels l'acide phénique seul laisse persister le développement des micro-organismes. Il partage, d'ailleurs, entièrement la manière de voir de M. Gaucher.

M. *Cadet de Gassicourt* rappelle que tous les médecins n'admettent pas l'infection générale comme primitive et antérieure aux fausses membranes dans la diphthérie; il a pris soin de le spécifier dans la seconde édition de son livre. La fausse membrane pouvant constituer l'accident primitif, il est donc utile de la détruire et de s'opposer à sa reproduction. Reste à déterminer si le traitement, un peu barbare, de M. Gaucher réussit mieux dans ce but que les simples badigeonnages phéniqués, plus doux, et associés aux irrigations fréquentes ou aux pulvérisations en permanence.

— M. *Juhel-Rénoy* donne lecture d'une note sur *le bain froid systématique dans la fièvre typhoïde.* Il a appliqué ce traitement à la Pitié, à quarante-trois typhoïdiques, dont vingt et une femmes et vingt-deux hommes. Il a perdu trois malades, soit une mortalité de 6,98 pour 100; ce chiffre est sensiblement le même qui a été indiqué par Brand, et par Bouveret et Tripier dans des statistiques portant sur plusieurs milliers de malades. De ces trois décès, deux, chez des hommes, sont dus à une perforation intestinale; le troisième, chez une femme, résulte de l'intensité de l'adynamie infectieuse, excessive dès l'entrée de la malade à l'hôpital. Sur les quarante cas qui ont guéri, quatorze étaient graves, neuf assez sévères, dix moyens et neuf légers. On s'est d'ailleurs assuré, avant de baigner les malades, qu'il s'agissait bien de dothiénentéries indéniables, afin d'éviter le reproche adressé aux statistiques de Brand. On a administré 2795 bains, soit environ 65 bains pour chaque malade; mais les cas graves ont nécessité un nombre de bains plus élevé, soit de 109 à 193 bains pour chacun des neuf malades composant ce groupe. M. Juhel-Rénoy insiste sur le bon état général des malades soumis à la balnéation de Brand, sur la disparition de l'adynamie; il repousse tout danger d'accidents d'hémorrhagie, de pneumonie, de perforation, etc., imputables à la méthode : le chiffre moyen représentant la fréquence de ces accidents dans les autres modes de traitement est plutôt plus élevé. La grossesse, la menstruation ne sont pas une contre-indication au bain froid à 15 ou 18 degrés; chez les cardiaques, on pourra employer le bain progressivement refroidi. Le bain froid prévient les accidents pulmonaires, il modère la diarrhée, maintient la langue humide, rend les urines abondantes et claires, diminue la mortalité et abrège la convalescence. Il n'a qu'une contre-indication : la perforation intestinale et la péritonite, qui en est la conséquence. C'est donc une méthode que l'on dédaigne à tort, et qui mérite d'être essayée de nouveau dans les hôpitaux de Paris.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que M. Quinquaud a démontré l'augmentation des combustions, c'est-à-dire du calorique, sous l'influence du bain froid, ce qui va à l'encontre des prétentions de la méthode de Brand. C'est surtout un bon moyen de propreté et un agent antiadynamique : il tonifie le système nerveux; mais le bain tiède a les mêmes avantages et n'a pas, en dépit des affirmations de M. Juhel-Rénoy, les mêmes inconvénients ni les mêmes dangers. N'est-on pas en droit, par exemple, de regarder comme dangereux pour les typhoïdiques, chez lesquels la myocardite infectieuse est si fréquente, l'augmentation de tension artérielle qui résulte de l'immersion dans l'eau froide : c'est là une cause bien suffisante de mort subite. En outre, cette méthode est douloureuse : on ne plonge pas des malades ayant une température supérieure à 39 degrés (c'est l'indication même du bain froid) dans de l'eau ayant une température inférieure de 23 à 24 degrés, sans produire une sensation des plus pénibles; et, d'autre part, on recommande de ne les pas réchauffer au sortir du bain. Cette méthode, dans sa rigueur, est inapplicable à l'hôpital, faute du personnel suffisant de jour et de nuit, et aussi parce que les malades n'arrivent ordinairement qu'au septième ou huitième jour, tandis que Brand fait une condition expresse de commencer le traitement dès le début. Enfin, il faut savoir ce que valent les statistiques; d'ailleurs, si on les admet, celle de M. Dujardin-Beaumetz est aussi satisfaisante, bien qu'il n'emploie pas la méthode de Brand; celles de M. Bouchard et de M. Pécholier, avec les bains tièdes, sont meilleures. Il est du reste remarquable de voir que cette méthode, en dépit des efforts de quelques enthousiastes, ne s'est pas installée en Europe et est assez délaissée aujourd'hui.

M. *Féréol* a renoncé au traitement par les bains froids à cause des difficultés extrêmes de la mise en pratique, et aussi par suite de la désapprobation de la majorité de ses collègues, et à cause de certains insuccès. Il a perdu deux malades sur deux cas soumis à ce traitement à la Charité. Le traitement a-t-il été toujours bien appliqué, dans toute sa rigueur? On devrait renouveler l'expérience, car le jugement porté n'est peut-être pas sans appel. S'il était démontré que ce traitement donne les meilleurs résultats, laissant de côté les objections théoriques qui ont peu de valeur en pareil cas, on devrait l'employer à l'exclusion de

---

peler aux jeunes médecins qu'il assistait au début de leur carrière — que la profession médicale est encore l'une des plus honorables et même l'une des moins décevantes.

J'en ai dit assez de la vie de Dechambre pour montrer que l'amour du travail, une volonté ferme, un jugement droit, une grande probité unie à beaucoup de tact, un dévouement absolu à tous ses devoirs, furent les qualités du médecin qui sut, pendant près de quarante années, se montrer toujours digne de l'estime de ses confrères, de l'écrivain et du moraliste dont la critique fut une perpétuelle leçon d'honnêteté et de bon sens. Son souvenir mérite donc « de rester dans nos mémoires comme le type de l'honorabilité, de la distinction d'esprit, de la dignité du caractère et de la conduite (1) ».

(1) Discours de M. U. Trélat (*Gazette hebdomadaire*, 1883, p. 23).

Inauguration du monument funéraire et du buste élevés a la mémoire du professeur Jules Béclard. — Cette inauguration est fixée au jeudi 9 février prochain, anniversaire de la mort du regretté professeur et doyen de la Faculté. Les personnes qui, par une omission involontaire, n'auraient pas reçu de lettre d'invitation, sont priées de considérer comme telle le présent avis. Le rendez-vous est au cimetière du Père-Lachaise à une heure et demie précise.

Nous reproduisons, à ce propos, l'affiche suivante, apposée à la Faculté de médecine :

« Le Comité de souscription du monument et du buste élevés à la mémoire du professeur Jules Béclard, ancien doyen de l'École, au cimetière du Père-Lachaise, a l'honneur d'informer MM. les étudiants que l'inauguration de ce monument aura lieu le 9 février prochain à une heure et demie précise, et les invite à y assister. »

tout autre. Peut-être est-il moins inoffensif que ne le dit M. Juhel-Rénoy, mais il paraît à coup sûr prévenir ou atténuer les accidents bronchitiques.

M. *Hayem* adopterait également cette méthode si la démonstration demandée par M. Féréol était faite; mais il est convaincu qu'en relevant les statistiques des médecins qui recherchent les grandes indications du traitement et les remplissent, on aurait d'aussi beaux résultats qu'avec la méthode de Brand qui est tout empirique, puisqu'elle est systématique. Si elle donne de bons effets, c'est parce qu'elle s'adresse à deux des principales indications de la maladie : l'adynamie infectieuse et la fièvre; mais on agit tout aussi bien, dans cet ordre d'idées, et avec moins d'inconvénients, au moyen des lotions froides, du drap mouillé, du bain refroidi, etc. La fièvre typhoïde est une maladie spécifique, et tant qu'on n'aura pas découvert l'agent thérapeutique spécifique, on en sera réduit à l'empirisme ou à la méthode scientifique, c'est-à-dire à la recherche des éléments morbides prédominants qu'il faut combattre. M. Hayem préfère cette seconde manière d'agir : l'expectation (traitement hygiénique, bouillon, lait, vin, etc.) dans bien des cas; les agents sthéniques contre l'adynamie ou l'hyperthermie infectieuses, lorsqu'elles existent, et la quinine, voilà des moyens de traitement qui donnent autant de succès que la méthode de Brand.

M. *Juhel-Rénoy* affirme qu'il est très facile d'instituer la méthode de Brand rigoureuse et de donner un bain froid jour et nuit toutes les trois heures aux malades; il a pu le faire aisément avec un infirmier supplémentaire et trois baignoires placées entre les lits. Quant aux statistiques, aucune jusqu'ici n'a été produite qui soit même aussi satisfaisante que celle de la méthode de Brand. Dans l'armée allemande, le chiffre de la mortalité, dans la dothiénentérie, n'est plus que de 1 pour 100.

— La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

André Petit.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par MM. A. Jamain et F. Terrier. — 3e édition, t. III, fascicule 2. Paris, 1887.

A mesure que progresse l'œuvre de M. Terrier, le Manuel se transforme en un véritable Traité de chirurgie, et en Traité des plus complets. Aussi notre distingué collègue, n'ayant plus le temps nécessaire pour assurer la marche régulière de la publication, s'est-il adjoint, à partir du sixième chapitre (Maladies de la face), le concours de MM. Broca et Hartmann, prosecteurs à la Faculté de médecine, déjà connus par de remarquables travaux.

Ce second fascicule du tome troisième termine les maladies de l'appareil de la vision (chapitre V) et renferme les maladies de la face, des lèvres, des joues et des dents. Résumer en quelques lignes des descriptions auxquelles les traités spéciaux d'ophthalmologie consacrent des pages nombreuses, résumer sans négliger aucun point important de l'histoire d'une affection morbide, est un talent peu commun et que M. Terrier possède à un haut degré. Nous en avons été d'autant plus frappé, qu'ayant publié nous-même un *Manuel d'exploration de l'œil*, nous savons les difficultés que présente un travail de cette nature. Aucune lésion, si minime qu'elle soit, n'est passée sous silence, et toujours les particularités caractéristiques, les éléments de diagnostic sont mis en relief, comme le sont les indications thérapeutiques et les moyens de les remplir.

Nous ne pouvons que louer également les chapitres rédigés par MM. Broca et Hartmann. Peut-être pourrait-on leur reprocher d'avoir donné place à des affections que leur rareté extrême permettait d'exclure d'un Abrégé de chirurgie; peut-être l'étendue des bibliographies paraîtra-t-elle exubérante comparée à la brièveté de certaines descriptions; mais, en somme, ces observations n'ôtent rien au mérite du livre. En tout il est à la hauteur de la science la plus moderne, partout y règne le même esprit : élaguer, supprimer, quand il se peut, les discussions théoriques, insister sur les données utiles, nécessaires à l'étudiant qui demande à s'instruire, au praticien qui a besoin de se souvenir et dont les moments sont précieux.

J. Chauvel.

VARIÉTÉS

Association générale des médecins de France. — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu le dimanche 5 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, sous la présidence de M. Lannelongue.

Ordre du jour: Allocution du président; rapport du secrétaire; compte rendu du trésorier ; ratification des admissions faites dans l'année; élection de dix membres de la Commission administrative en remplacement des membres sortants.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 10 février). — *Ordre du jour:* MM. Huchard et Weber: Coronarite primitive avec dilatation partielle du ventricule gauche (Présentation de pièces anatomiques). — M. Hayem: Sur un cas d'hémoglobinurie. — Continuation de la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde.

Mortalité a Paris (2e semaine, du 8 au 14 janvier 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 8. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 24. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs : cancéreuses, 54; autres, 6. — Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 58. — Paralysie, 0. — Ramollissement cérébral, 13.— Maladies organiques du cœur, 81. — Bronchite aiguë, 48. — Bronchite chronique, 56. — Bronchopneumonie, 43. — Pneumonie, 81. — Gastro-entérite : sein, 25; biberon, 35; autres, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 34. — Suicides, 17. — Autres morts violentes, 14. — Autres causes de mort, 209. — Causes inconnues, 8. — Total : 1127.

Mortalité a Paris (3e semaine, du 15 au 21 janvier 1888.— Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 37. — Variole, 6. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 39. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 36. — Tumeurs : cancéreuses, 47; autres, 8. — Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 66. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 64. — Bronchite aiguë, 36. — Bronchite chronique, 52. — Bronchopneumonie, 44. — Pneumonie, 92. — Gastro-entérite : sein, 11; biberon, 44; autres, 7. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 29. — Sénilité, 45. — Suicides, 16. — Autres morts violentes, 12. — Autres causes de mort, 225. — Causes inconnues, 11. — Total : 1167.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

13340. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 8 février 1888.

Académie de médecine : **La prophylaxie de la syphilis. — La question des alcools.**

Après un débat assez animé, l'Académie vient de renvoyer à sa Commission les premières conclusions du rapport de M. Fournier sur la *prophylaxie de la syphilis*. Ce rapport, nous l'avons longuement analysé et commenté l'an dernier, et nous avons dit alors (1887, p. 385 et suiv.), pourquoi nous pensions qu'il serait imprudent et dangereux de solliciter du Parlement le vote d'une loi nouvelle destinée à définir « le délit de provocation publique » et comment la loi du 5 avril 1884, confirmant les lois antérieures sur l'organisation municipale, suffisait à affirmer les droits et les pouvoirs de ceux qui ont pour tâche de veiller à l'hygiène publique. En pareille matière, disait à ce propos le procureur général Dupin, il existe un certain nombre de mesures « qui peuvent résulter légalement du pouvoir discrétionnaire abandonné à l'Administration, pouvoir que la police exerce librement sous les garanties constitutionnelles ».

Nous ne reviendrons donc pas sur les textes juridiques que nous avons cités à ce propos. Dans leur argumentation très précise, MM. Brouardel et Lagneau ont d'ailleurs insisté dans le même sens. Mais, puisque l'Académie a semblé hésitante, il nous paraît intéressant de mettre en regard des idées émises par le savant rapporteur de la Commission académique celles qui sont défendues par la plupart des syphiliographes étrangers.

Or, il y a quelques mois à peine, l'Académie royale de médecine de Belgique, après avoir consacré de nombreuses séances à l'étude d'un projet de réglementation qui lui avait été présenté par M. le docteur Thiry, vient de voter une série de conclusions qu'il n'est point inutile de citer. Ces conclusions sont les suivantes :

1° L'Académie estime que la réglementation de la prostitution est nécessaire pour restreindre la propagation des maladies vénériennes.

2° La prostitution qui s'affiche dans les rues, les promenades et les lieux publics, étant la cause la plus puissante de la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques, doit être interdite.

3° Les femmes qui seront convaincues de se livrer habituellement à la débauche seront inscrites et soumises aux visites sanitaires.

4° Les inscriptions et les visites ne seront autorisées que sous la sauvegarde des garanties qui doivent, dans toutes circonstances et partout, protéger l'honneur et la dignité des personnes.

5° L'Académie royale de médecine de Belgique estime que les visites sanitaires, fréquentes et convenablement appliquées, constituent le moyen le plus efficace pour arrêter la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques.

La discussion qui s'est terminée le 29 octobre 1887 par l'adoption de ce projet a été des plus sérieuses, et M. le docteur O. Commenge, médecin en chef adjoint du dispensaire de salubrité, en l'analysant et en l'accompagnant de commentaires personnels, a rendu service à tous ceux, administrateurs ou médecins, qui auront le devoir de résoudre les questions qu'il soulève. On trouvera, en effet, dans cette étude critique (1), qu'en Belgique, aussi bien qu'en Angleterre, en Autriche et en France, la lutte se trouve engagée entre les partisans de la prostitution libre et ceux qui tiennent à imposer à cette plaie sociale une réglementation efficace. A l'Académie de Belgique, un seul médecin, le docteur Moeller, s'est déclaré l'adversaire des mesures de préservation que tous ses collègues regardaient comme urgentes et indispensables. Mais, et c'est là le seul point sur lequel nous tenions à insister ici, tous les membres de l'Académie de Belgique se sont trouvés d'accord pour admettre que la loi ne pouvait intervenir en pareille matière, « parce que la prostitution ne réunit pas les conditions constitutives d'un délit ». On sait déjà que tel n'est

(1) Le travail de M. le docteur Commenge vient de paraître chez Asselin et Houzeau sous ce titre : *La prostitution devant l'Académie de médecine de Belgique.*

point l'avis de M. Fournier. La Commission dont il est rapporteur affirme, au contraire, que « au nom de la santé publique, non moins que de la morale publique, ces divers ordres de provocation constituent un délit qui doit être réprimé légalement » et que « l'inscription d'une fille coupable du délit de provocation ne pourra jamais être prononcée que par un tribunal et après débat contradictoire ».

Mais, si nous avons bien compris les arguments développés par les membres de la Commission académique, leur but serait surtout d'empêcher les mesures arbitraires reprochées parfois aux agents investis du pouvoir d'ordonner l'inscription des filles publiques; nul d'entre eux, pensons-nous, ne contestera que les prostituées de profession ne doivent être soumises à une réglementation spéciale. Ils admettent sans doute comme nécessaire et légale l'atteinte à la liberté individuelle exercée sur la personne d'une prostituée en vue de préserver la santé publique. Ainsi que l'a fort bien dit M. le docteur Thiry, « on ne peut tolérer dans une agglomération quelconque les agglomérations qui compromettent la sécurité ou la sûreté des habitants. Or la prostitution est de nature à compromettre gravement la sécurité publique... » Elle doit donc être réprimée par les administrations communales « qui ont pour mission de prendre toutes les mesures que prescrit le soin de la salubrité publique ». Il nous faut reconnaître cependant que le premier acte de la prostituée, celui qui entraîne son *inscription* et qui, dès lors, la soustrait au droit commun pour la placer sous la surveillance de la police des mœurs, mérite d'être jugé avec la plus scrupuleuse attention. A ce point de vue, nous comprenons donc que l'Académie ait reconnu l'importance de la sixième conclusion qui lui était soumise. Mais le mot *tribunal* a soulevé bien des objections, et l'on a justement fait remarquer que très rarement un tribunal condamnerait à la prostitution à vie une fille jeune encore. Nous nous demandons dès lors pourquoi l'on n'admettrait pas, à ce propos, une proposition émise par M. Diday. « Je simplifierais ainsi, disait-il : Définir *contravention de simple police* le fait de provocation dont il s'agit, ce qui pourrait être l'œuvre de l'administration municipale. Ainsi qualifié, ce fait ressort du tribunal de simple police, tribunal où il est statué après débat contradictoire, par le juge de paix, sur la réquisition du commissaire de police remplissant les fonctions de ministère public. Devant ce tribunal les faits étant simples, certifiés par procès-verbaux ou rapports d'officiers de police, le débat en général serait sommaire. » De plus, ces jugements pourraient être frappés d'appel, ce qui donnerait à l'inculpée ainsi qu'au ministère public toute garantie d'impartialité.

Nous savons bien qu'en demandant que l'Administration continue, comme par le passé, à surveiller la prostitution, nous ne tenons point compte de deux arguments, invoqués surtout, il faut le dire, par les partisans de la liberté absolue. On nous objectera que la prostitution étant un acte immoral, les règlements administratifs ne doivent pas la *reconnaître légalement*. On nous dira aussi que les mesures policières prises en vue de sauvegarder la santé publique seront inutilement vexatoires et arbitraires. Nous répondrons, avec tous ceux qui ont étudié la question au point de vue historique et social, que la prostitution est un mal nécessaire, « que les temps anciens ont connu cette plaie sociale et que l'avenir la subira ». Pourquoi dès lors, en cherchant à élaborer une loi qui pourra paraître trop rigoureuse, s'exposer à faire admettre par le Parlement ce qui a été voté en 1886 par la Chambre des communes d'Angleterre, c'est-à-dire l'abolition de toute mesure répressive? La discussion, qu'a résumée M. le docteur Commenge, montre bien que le *contagious diseases prevention Act* avait sa raison d'être et son utilité. M. le docteur Balfour (de Londres) l'a prouvé jusqu'à l'évidence, et M. le docteur Crocq a bien fait ressortir les inconvénients du système contraire, récemment adopté par nos voisins d'outre-Manche. Mais cette loi était rigoureuse; elle a paru attentatoire à la liberté individuelle et, cédant à la pression exercée sur lui par diverses associations, le Parlement anglais l'a abrogée. Il en a été de même à Vienne où, de 1857 à 1873, la prostitution a été considérée comme un délit, par conséquent non reconnue et non réglementée par la police. Durant toute cette période les mesures de rigueur, que la loi prescrivait cependant, n'ont pu être exécutées et la débauche, avec la syphilis comme conséquence immédiate, a fait d'incessants progrès. Depuis 1873 une surveillance légale et sanitaire a été instituée, et c'est par décrets que la provocation à la débauche et la prostitution clandestine ont dû être interdites. Mais l'inefficacité des mesures conseillées par divers médecins autrichiens dans le but de restreindre la propagation de la syphilis nous semble résulter surtout de la rigueur avec laquelle ils prétendaient punir de prison tous les syphilitiques qui se seraient mis dans le cas de transmettre la maladie dont ils sont atteints.

Tel n'est, à aucun degré, nous le reconnaissons, l'avis de la Commission française qui veut au contraire écarter des asiles sanitaires toute rigueur inutile, toute menace vexatoire tendant à les transformer en pénitencier. M. Fournier ne demande une loi nouvelle que pour réprimer le délit de provocation sur la voie publique. Or, s'il faut reconnaître que, à ce point de vue, l'insouciance administrative et l'affaiblissement progressif de l'autorité chargée de faire exécuter les règlements ont créé un réel danger, s'il est juste d'affirmer qu'à aucune époque la prostitution ne s'est étalée aussi audacieusement dans les rues les plus fréquentées, autour des lycées et des collèges, etc., etc., il convient de rappeler aussi que le préfet de police à Paris et dans les départements les autorités communales sont armés de pouvoirs suffisants. Mais il faudrait, pour pouvoir aboutir, ne pas craindre les incessantes interpellations de ceux qui, comme l'a dit M. le docteur Thiry, « prétendent monopoliser à leur profit les droits sacrés de l'inviolabilité et de la liberté de la femme », et qui sans avoir étudié les questions d'hygiène publique, les résolvent avec autant d'assurance que de légèreté.

— Après la prostitution il n'est que juste de mentionner un autre fléau également dû aux progrès de la civilisation, nous voulons parler de l'alcool.

On n'a peut-être pas oublié qu'une Commission extra-parlementaire s'occupe depuis six mois déjà, au ministère des finances, de toutes les questions économiques, financières et même hygiéniques qu'on a réunies sous le nom générique de question des alcools. Au nom de la sous-commission technique et d'hygiène, M. Brouardel vient de présenter un court mais substantiel rapport, définissant avec une grande clarté les dangers que créent pour la santé publique les impuretés contenues dans les diverses espèces d'alcools qui entrent dans la consommation.

Il n'est plus douteux que les alcools d'industrie peuvent être aujourd'hui livrés dans des conditions de pureté presque absolues, ainsi que le montrait M. Vallin dans le dernier numéro de la *Revue d'hygiène*. Mais il n'est pas moins vrai que, si l'on peut écarter la suspicion qui planait sur eux, pourvu qu'on en soumette la production à une surveillance effective, il ne faut pas oublier que les produits, éminemment dangereux, contenus dans les premières et les dernières parties de la distillation, entrent dans la consommation actuelle par deux voies: « les distillations plus ou moins clandestines, dont les produits ne sont pas ou sont mal rectifiés, et les frontières par lesquelles passent des vins vinés à 16 degrés avec des alcools étrangers mal rectifiés. » Sans doute on peut aussi trouver des alcools supérieurs dans les vins et les eaux-de-vie obtenus par leur distillation, mais, si la proportion de ces alcools est plus élevée que celle que l'on trouve dans les alcools d'industrie bien rectifiés, elle est certainement inférieure à celle qui se constate dans les flegmes livrés trop souvent à la consommation. Enfin, il y a lieu de tenir compte des alcaloïdes, doués de propriétés toxiques énergiques, qu'on a récemment découverts dans les vins et eaux-de-vie, si bien qu'il faut tenir ceux des alcools de source quelconque pour extrêmement suspects. Car, s'il est impossible de dresser une liste des produits nocifs contenus dans les alcools de diverses provenances, la nocivité de quelques-unes de ces substances est démontrée et les modalités de l'alcoolisme sont devenues si inquiétantes, si diverses et si fréquentes, qu'il faut à tout prix diminuer autant que possible la consommation de l'alcool et assurer par une surveillance incessante la pureté des liquides alcooliques livrés à la consommation. Les connaissances actuelles permettent de condamner quelques-unes des substances contenues dans les alcools; celles-là, il faut les poursuivre résolument. Des recherches longtemps continuées, méthodiquement conduites, en utilisant toutes les ressources de la chimie, de la physiologie et de l'observation clinique, sont nécessaires pour élucider les points en grand nombre restés encore obscurs dans cette question si complexe de l'alcoolisme. On saura gré à M. Brouardel d'en avoir exposé l'état actuel avec tant de précision et d'autorité.

— Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, MM. Pitres (de Bordeaux) et Wannebroucq (de Lille) ont été élus correspondants.

CLINIQUE MÉDICALE

La recherche de l'acidité du suc gastrique en vue du diagnostic et du traitement des affections de l'estomac.

I

L'étude des affections gastriques est entrée, depuis quelques années, dans une phase nouvelle sous l'impulsion des recherches de laboratoire dont l'influence s'est fait sentir d'une façon plus ou moins directe et marquée sur les diverses branches de la pathologie. Aux signes cliniques recueillis par les anciens procédés d'examen des malades, aux renseignements obtenus du malade lui-même sur les sensations subjectives multiples, et souvent assez mal caractérisées, qu'il peut percevoir, sont venus s'adjoindre, sinon se substituer, les documents précis fournis par l'analyse des sécrétions gastriques.

Frappés du peu de certitude d'un diagnostic basé sur la séméiologie commune des affections de l'estomac, de la difficulté, dans ces conditions, d'établir un pronostic et un traitement assurés, justement émus des démentis infligés trop fréquemment par le contrôle nécroscopique aux assertions les mieux motivées en apparence, et désireux de pouvoir se fier à un guide plus sûr, en particulier dans ces cas si embarrassants désignés sous le nom, au moins incorrect, de faux cancers, les observateurs se sont efforcés de trouver dans les résultats de l'analyse des liquides gastriques des données plus précises sur le fonctionnement de cet organe et sur la nature des lésions dont il peut être atteint.

Si ce nouveau mode d'exploration chimique de l'intégrité ou du trouble des fonctions gastriques a fourni de précieux renseignements dont la diagnose et la thérapeutique peuvent à coup sûr profiter, a-t-il aussi complètement modifié qu'on paraît le croire, l'étude de la pathologie de l'estomac, a-t-il levé tous les doutes, supprimé toutes les causes d'erreur et rendu facile la tâche du clinicien? Ce serait au moins prématuré que de le croire, et nous verrons que l'accord ne semble pas établi jusqu'ici sur tous les points d'une façon définitive.

Telle qu'elle est néanmoins, et quelque avenir qui lui soit réservé, cette méthode a pris dès maintenant une importance assez justifiée pour qu'elle mérite d'être étudiée dans son ensemble, et mieux connue de la majorité des médecins. Nous nous efforcerons de montrer en quoi elle consiste et quels sont jusqu'ici ses résultats au point de vue du diagnostic et du traitement des affections de l'estomac.

II

Laissant intentionnellement de côté, pour le moment du moins, les recherches entreprises par divers observateurs et en particulier par Leube, dans le but de déterminer le pouvoir digestif de l'estomac au moyen d'une exploration directe, nous nous attacherons surtout aux procédés permettant d'extraire le suc gastrique et de déterminer par des réactifs chimiques son degré d'acidité et la nature de l'acide libre qu'il contient. Telle est, en effet, la méthode qui a paru fournir jusqu'ici les résultats les plus importants pour les cliniciens et sur laquelle, à la suite des expériences de Laborde, ont porté les recherches de Dujardin-Beaumetz, de Lépine, et de Debove, en France, de Van der Velden, de Leube, de Cahn, de Mering, de Riegel et de Ewald à l'étranger. Enfin M. G. Sée, qui l'avait étudiée déjà, dès 1881 (*Traité des dyspepsies*), vient encore, tout récemment, d'attirer sur elle l'attention de l'Académie (17 janvier 1888), dans une communication d'un haut intérêt clinique.

Cette méthode comprend, on le voit, deux parties distinctes : l'extraction du suc gastrique, et la détermination de son degré d'acidité.

Pour extraire le suc gastrique de l'estomac des animaux, les physiologistes ont depuis longtemps recours au procédé de la fistule gastrique, auquel Blondlot a attaché son nom. Mais, si dans quelques cas exceptionnels et bien connus on a pu profiter de l'existence de semblables fistules chez l'homme, soit accidentelles soit chirurgicales, on conçoit aisément que, même à une époque de laparotomie exploratrice, il ne saurait être question d'un semblable procédé

d'exploration clinique. Aussi les observateurs ont-ils dû rechercher un moyen plus pratique et plus inoffensif pour se procurer le suc gastrique nécessaire à leurs analyses.

Deux procédés permettent d'atteindre assez aisément ce but : celui de l'éponge et celui de la sonde.

Le premier, préconisé surtout en Allemagne par Edinger, consiste à faire déglutir au sujet en expérience de petits fragments d'éponge enveloppés de gélatine et fixés à l'extrémité d'un fil; après un séjour d'une demi-heure environ dans l'estomac, ces éponges sont retirées à l'aide du fil dont l'extrémité libre a été maintenue à l'extérieur, et le suc gastrique dont elles se sont imprégnées est recueilli par expression. Dujardin-Beaumetz (*l'Hygiène alimentaire*, Paris, 1887) a expérimenté ce procédé, légèrement modifié par l'emploi de capsules gélatineuses, sur plusieurs malades et sur lui-même à diverses reprises; il s'est assuré ainsi que cette petite opération est assez pénible, et il a renoncé à l'employer. C'est d'ailleurs le sort qu'elle paraît avoir eu d'une façon générale.

Le procédé de la sonde, le seul couramment employé aujourd'hui, n'est, sous ses diverses formes, qu'une variante de l'aspiration stomacale imaginée par Kussmaul il y a quelque vingt ans. A la pompe de Kussmaul, modifiée chez nous par Collin, Leube adapte une sonde molle ; Dujardin-Beaumetz lui préfère (*Soc. méd. des hôp.*, 28 novembre 1884) une poire aspiratrice en caoutchouc, reliée à un petit réservoir en verre introduit dans l'estomac au moyen du tube à gavage de Debove ; Ewald lui substitue la simple pression épigastrique et les efforts volontaires de vomissement commandés au malade, après introduction d'une sonde molle jusque dans l'estomac ; enfin, le professeur G. Sée trouve, à bon droit, plus pratique de recourir à l'aspirateur Potain dont le réservoir, muni d'un vide incomplet, est mis en rapport avec la sonde de caoutchouc qui pénètre dans la cavité gastrique : ce sont là des différences de détail dans le mode opératoire, dont nous ne méconnaissons nullement l'importance pratique, mais qui ne sauraient nous arrêter plus longtemps ; au fond, il s'agit toujours du même procédé.

Nous serions néanmoins tenté de formuler ici quelque réserve sur l'avenir de ces explorations gastriques en vue du diagnostic des affections de l'estomac : beaucoup de patients (c'est le mot propre) consentirons-ils à subir cette petite opération qui est, somme toute, au moins désagréable, et qui doit, comme nous le verrons plus tard, être fréquemment renouvelée pour fournir quelque indication probante. Nous voulons bien croire que les malades de l'Hôtel-Dieu auxquels M. G. Sée introduit une sonde et aspire quelques centimètres cubes de suc gastrique, se prêtent sans répugnance à cette manœuvre, mais en sera-t-il de même pour la généralité des malades de la ville? Espérons-le dans leur intérêt même, puisque l'analyse des liquides gastriques paraît être « le seul vrai moyen de diagnostic » (G. Sée).

Mais une autre question se présente aussitôt à l'esprit, qui a été débattue et étudiée par presque tous les observateurs : à quel moment doit-on aller chercher dans l'estomac le liquide qu'il peut renfermer ? On sait, en effet, que dans l'intervalle des digestions l'estomac, à l'état physiologique, ne contient pas ou fort peu de liquide, et que ce liquide n'est point du suc gastrique, mais une sécrétion muqueuse inactive, et dont l'acidité bien faible ou nulle (Edinger) ne serait manifeste que dans un certain nombre de cas pathologiques. Pour se procurer du suc gastrique actif, ou supposé tel, et juger ses qualités digestives, il faut donc en provoquer la sécrétion au niveau des parois stomacales.

Pour cela, le moyen le plus simple, et le plus normal peut-être, serait de faire ingérer au sujet en expérience un repas ordinaire, et c'est d'ailleurs le procédé adopté par Riegel qui enlève le contenu stomacal entre la cinquième et la septième heure après le repas. Mais il est à agir ainsi des inconvénients multiples : la nature et la quantité des aliments ingérés, aussi bien que le volume variable de la masse encore contenue dans l'estomac après un certain nombre d'heures exercent une influence marquée sur le taux de l'acidité gastrique ; en outre, le mélange au liquide gastrique d'une notable quantité de peptones, déjà formées, gêne les réactions chimiques d'analyse et peut même induire en erreur, ainsi que l'ont montré Ewald, Herzen et, tout récemment encore, Cahn et Mering (*Congrès de Wiesbaden*, avril 1887).

Une simple irritation mécanique, d'ailleurs, peut suffire à exciter la sécrétion du suc gastrique, et c'est ainsi qu'agit le fragment d'éponge introduit dans l'estomac suivant la méthode d'Edinger, naguère encore si employée par les médecins exerçant aux eaux de Carlsbad ; mais ce procédé a l'inconvénient, outre qu'il est pénible, de ne fournir qu'une quantité insignifiante de suc gastrique, en admettant même que ce suc ait des qualités identiques à celles qu'il présente lorsque sa sécrétion a été provoquée par l'ingestion d'aliments véritables. Ce ne serait, en effet, d'après Küss et M. Duval (*Cours de physiolog.*, 1879), qu'un mucus plus ou moins acide, un suc gastrique sans pepsine.

On a proposé également d'exciter la production du suc gastrique en introduisant dans l'estomac 50 centimètres cubes d'une solution de bicarbonate de soude à 3 pour 100, puis, une demi-heure après, un demi-litre d'eau tiède, et de pratiquer alors le pompage de ce liquide ; mais il est évident, ainsi que le fait observer Dujardin-Beaumetz (*loc. cit.*, p. 202), qu'un semblable procédé est absolument défectueux en l'espèce et doit être complètement rejeté, le bicarbonate alcalin modifiant les réactions chimiques que l'on se propose de faire subir ultérieurement au contenu stomacal.

Le procédé de Leube échappe à une semblable critique, mais il a encore l'inconvénient de diluer la quantité relativement minime de suc gastrique obtenu : en effet Leube, se basant sur l'effet excitant sécrétoire d'une action thermique, injecte dans l'estomac à jeun 100 centimètres cubes d'eau glacée, puis, au bout de dix minutes, 300 centimètres cubes d'eau, et c'est ce liquide qu'il extrait pour le soumettre à l'épreuve des réactifs chimiques et des expériences de digestions artificielles. Dujardin-Beaumetz (*Bullet. Soc. méd. des hôp.*, nov. 1884) procède de la même façon, tandis que Jaworski et Gluzinski se contentent d'employer de l'eau à 18 degrés. On peut se demander, ici encore, si le suc gastrique obtenu est bien identique à celui que sécrète l'estomac après le repas, car le véritable suc gastrique n'est sécrété que sous l'influence d'un excitant d'une nature particulière, d'une matière alimentaire : en d'autres termes, cette sécrétion a surtout lieu si l'aliment est un albuminoïde, c'est-à-dire une substance qui réclame essentiellement l'action du suc gastrique (Küss et M. Duval, *loc. cit.*).

Aussi, est-ce aujourd'hui la méthode du *repas d'épreuve*, proposée par Ewald et Boas, qui semble être employée de préférence, comme répondant le mieux aux besoins de la

physiologie et de la clinique sans avoir cependant les inconvénients justement reprochés à la façon de procéder de Riegel. On donne au malade, le matin à jeun, une quantité déterminée de pain blanc (de 35 à 70 grammes) et 200 à 300 centimètres cubes d'eau; le contenu stomacal est retiré et analysé une heure après, Ewald et Boas ayant reconnu que, dans les conditions normales, leur repas d'épreuve disparaît de l'estomac au bout de cent vingt à cent trente minutes. Un repas d'épreuve d'une composition différente a été adopté par Jaworski et Gluzinski : il consiste en un œuf, qui doit être digéré en une heure et quart environ, temps pendant lequel ces observateurs retirent toutes les quinze minutes un peu du contenu de l'estomac afin de le soumettre à des analyses comparatives.

C'est à un procédé analogue que s'est arrêté M. G. Sée (*Bullet. Acad. méd.*, n° 3, 17 janvier 1888); mais il ne permet l'ingestion que d'une petite quantité d'eau, et se contente d'une seule prise de liquide stomacal pratiquée, comme nous l'avons dit, au moyen de l'aspirateur Potain, au bout de trois quarts d'heure à une heure après l'ingestion du repas d'épreuve. Cette manœuvre et l'examen chimique du suc gastrique ainsi obtenu doivent d'ailleurs être répétés un certain nombre de fois, à des intervalles variables, afin d'obtenir des résultats probants et dégagés de toute cause d'erreur tenant à une circonstance fortuite.

André Petit.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

De la paraplégie dans la pneumonie, par M. le docteur Carre, ancien médecin en chef des hôpitaux d'Avignon.

(Suite et fin. — Voy. le numéro 4.)

En comparant entre elles ces observations, on est frappé des dissemblances qu'elles présentent. Nulle part on ne trouve un lien commun, un de ces traits génériques qui permettent de caractériser une variété morbide. Au contraire, des différences partout: soit qu'on envisage la motilité ou la sensibilité, l'ordre d'apparition et la succession des symptômes, la manière d'être, en un mot, de la paraplégie.

Motilité. — Le plus souvent on observe un affaiblissement général, une résolution musculaire, l'amyosthénie, pour me servir de l'expression de Macario, résolution qu'il ne faut pas confondre, comme on l'a fait, suivant nous, pour un fait d'Huxham, avec l'anéantissement musculaire résultant de l'anoxémie que l'on observe à la période ultime des affections du poumon. La paralysie peut être cependant complète, surtout dans les membres inférieurs.

Quelquefois elle gagne les muscles de la poitrine, des épaules, du larynx et du pharynx. Enfin, on a noté la contracture des doigts comme dans un fait de Macario et de Révillout.

Généralement, on a peu interrogé la contractilité faradique ou électrique, superficielle ou profonde, l'état de nutrition des muscles, la température; autant de désidérata dont la rareté des observations ne fait pas entrevoir de sitôt la solution.

Dans l'observation qui nous est personnelle, la contractilité électrique était diminuée. Elle était conservée dans le fait de Landry. La paralysie des sphincters, l'anaphrodisie sont mentionnées une seule fois.

Sensibilité. — Le plus souvent on a noté des fourmillements. C'est le symptôme du début le plus fréquent; puis de l'engourdissement qui aboutit à l'anesthésie; de la rachialgie dans deux cas; des douleurs à l'épigastre, aux épaules et dans les bras, sans caractères particuliers; ces symptômes persistent tels quels, c'est-à-dire n'aboutissent pas à l'anesthésie comme dans les deux observations de Macario. D'autres fois, et le plus souvent, on a constaté une diminution de la sensibilité (obs. VI) ou bien son abolition partielle (obs. III) ou bien sa disparition (obs. IV, VI et VII). Le plus souvent l'abolition de la sensibilité porte sur la sensibilité générale; d'autres fois sur la sensibilité à la douleur ou à la température.

Dans aucune observation je n'ai trouvé la sensibilité spéciale (la vue a été cependant un moment troublée dans notre observation, dans celle de Révillout et dans l'observation II), du goût, de l'ouïe modifiée.

Ordre de succession des symptômes. — Si nous envisageons la succession des symptômes, nous constatons un contraste absolu. D'un côté, les observations où la paralysie a commencé par les membres inférieurs et a eu une marche ascendante (obs. I, II, V, VII); ce sont les plus fréquents. Dans ces cas, quand les membres supérieurs sont pris, ils le sont toujours moins que les inférieurs. Dans d'autres, la marche est descendante (obs. III), diffuse, frappant sans ordre les quatre extrémités sans qu'on puisse bien préciser la filiation des symptômes.

Si nous envisageons l'étendue de la paralysie, nous constatons que les observations peuvent se classer en deux catégories, suivant que les symptômes sont purement médullaires ou bien qu'ils se compliquent de troubles dans le jeu des nerfs intra-crâniens.

Dans la première série (obs. V, VII) la paralysie commence tantôt dans les extrémités inférieures, pour gagner les membres supérieurs; d'autres fois, elle débute (obs. II) en même temps dans les quatre membres pour rester toujours plus prononcée aux inférieurs.

Dans ces cas, les phénomènes paralytiques débutent d'emblée et sans prodrome; ce début brusque m'a frappé dans l'observation qui m'est personnelle.

Dans la deuxième série, entre les symptômes médullaires, on trouve mentionnés des troubles du côté des nerfs crâniens. L'observation la plus remarquable est celle de Pidoux, où nous voyons la paralysie commencer par la troisième paire, gagner la langue, le pharynx, puis les membres supérieurs, et enfin les extrémités inférieures.

Dans l'observation de Révillout, l'affaiblissement de la vue, le sentiment de contraction à la gorge et la difficulté de la déglutition se développèrent en même temps que les phénomènes paralytiques qui affectèrent le type croisé (jambe gauche et main droite).

Dans l'observation II, la diplopie fut consécutive aux symptômes de paralysie qui eut une marche ascendante.

Enfin, dans celle de Landry, le pharynx et la langue furent envahis en dernier lieu, après les muscles intercostaux, le diaphragme, et longtemps après les membres inférieurs.

Anatomie et physiologie pathologique. — L'anatomie pathologique est à faire. Dans les deux faits d'Ollivier (d'Angers) on a bien rencontré, il est vrai, des lésions matérielles, du ramollissement, de l'inflammation de la moelle et de ses enveloppes, mais il ne faut pas oublier que, dans ces observations, les phénomènes paralytiques et convulsifs avaient précédé, de longtemps, la pneumonie; il faut reconnaître cependant que la phlegmasie pulmonaire a réveillé ces phénomènes, leur a donné une impulsion nouvelle et a eu sur eux une influence qu'on ne peut nier; mais c'est tout. Pour affirmer une variété morbide, il faut des faits qui présentent d'autres garanties.

Dans le cas de Landry, l'autopsie a été négative, et les recherches de micrographes expérimentés, tels que Robin, n'ont rien fait découvrir du côté des centres nerveux. Mais il faut se rappeler que la paralysie a eu une marche particulière, qu'il s'agissait sans doute d'une forme rare de myélite ascendante aiguë, que cette forme serait peut-être rangée aujourd'hui dans la classe des infectieuses et que, si les recherches anatomo-pathologiques étaient reprises aujourd'hui, elles pourraient peut-être conduire à d'autres conclusions.

Notre fait est le seul où l'on ait trouvé des lésions. Il a donc une importance incontestable. Du côté des enveloppes, une méningite purulente étendue. L'examen de la moelle, confiée au docteur Charin, a permis de constater, outre des corps amyloïdes et granuleux, témoins d'une modification déjà ancienne et peut-être sénile de l'axe nerveux, des signes d'inflammation de péri-artérite et a révélé, contre toute attente, la présence des microbes dans la partie postérieure de la moelle. Il est regrettable que l'examen des poumons envoyés à Paris n'ait pu être fait. Etant admis aujourd'hui que la pneumonie est de nature infectieuse (et notre fait s'est montré pendant une constitution médicale qui doit la faire ranger dans cette catégorie), si on eût trouvé dans les poumons les mêmes microbes que dans la moelle, il eût été évident que la paraplégie reconnaissait, comme la pneumonie, une même origine infectieuse. Ceux qui voient dans la pneumonie une affection générale frappant toute l'économie, *totius substantiæ*, auraient vu leur opinion confirmée. Et s'il en était ainsi, on comprendrait de la même manière toutes les complications les plus isolées de cette maladie, sans recourir aux nombreuses hypothèses qui ont été soutenues. Mais nous n'en sommes pas là. Notre observation reste comme un jalon pour l'avenir, et nous avons encore à tenir compte des hypothèses, en faisant remarquer toutefois que dans les observations futures il ne faudra pas perdre de vue la possibilité de trouver des microbes dans la moelle, et qu'on ne sera en droit de conclure à l'absence de toute lésion que lorsque cette constatation aura conduit à un résultat négatif.

Physiologie pathologique. — Trois théories sont en présence: la théorie vasculaire, la théorie nerveuse, la théorie infectieuse.

1° *Théorie vasculaire.*—C'est la plus ancienne de toutes. C'est par les anastomoses entre les vaisseaux du poumon et ceux de la moelle épinière que Portal et J. Frank expliquent la propagation de l'inflammation. « On trouve quelquefois, dit Portal (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1789, et *Cours d'anatomie médicale*, t. V), le cerveau plus ou moins engorgé de sang et même quelquefois aussi la moelle épinière, dans des sujets qui ont éprouvé pendant la maladie la résolution des extrémités supérieures et inférieures dont l'anatomiste Bertin a cité quelques exemples. » J'ai trouvé aussi de l'eau épaissie dans le cerveau et dans le crâne, ainsi que dans le canal vertébral de quelques sujets qui avaient éprouvé l'inflammation du poumon la mieux marquée et par les symptômes de la maladie et par l'ouverture des corps ».

Joseph Frank, article PÉRIPNEUMONIE. dit, à propos des lésions anatomiques : « L'encéphale et le canal vertébral présentent souvent des congestions sanguines et quelquefois un épanchement de sérosité » (*Pathologie médicale*, vol. IV, p. 167), et plus loin (p. 85), il en explique ainsi le mécanisme : « Les poumons étant soumis à une forte inflammation et leur parenchyme rempli d'une lymphe facilement coagulable, le ventricule droit du cœur doit nécessairement éprouver une grande difficulté à pousser le sang par les artères du poumon. Ce point accordé, il suit nécessairement que la veine cave ne peut se décharger qu'avec une peine extrême dans l'oreillette droite du cœur, et comme la veine cave ascendante reçoit la veine azygos et celle-ci presque toutes les veines intercostales, il faut absolument qu'il se fasse dans la colonne vertébrale une congestion sanguine. De là vient que les parties de cette colonne qui reçoivent des nerfs ou languissent ou sont frappées de paralysie. »

J'ai tenu à rapporter *in extenso* ces citations qui fournissent l'explication de l'inflammation et de la congestion de la moelle. Ollivier (d'Angers) consacre un long chapitre à cette congestion, et c'est par elle qu'il explique les phénomènes paralytiques.

C'est encore par la congestion passive (hydrorachis) que Jaccoud explique, dans son traité, les paraplégies qui se développent dans la convalescence des maladies aiguës, et qui ne laissent après elles aucune trace appréciable. Le savant professeur admet que les maladies des poumons peuvent amener cette congestion passive de la moelle et il en donne, presque dans des termes identiques, la même explication que Frank. Pour Hammond, la congestion spinale passive ne serait pas toujours *sine materia*. Elle peut avoir pour cause l'obstruction d'une veine qui empêche ce vaisseau de ramener le sang au cœur, comme cela a lieu dans les maladies du poumon et du cœur droit et comme cela arrive aussi après un décubitus prolongé (*Traité des maladies du système nerveux*, p. 415).

Cette opinion, d'une congestion sans lésion, est aussi combattue par Leyden, qui voit dans ces cas des altérations anatomiques de nature inflammatoire. Walshe, en parlant des faits de Macario, pense que les lésions anatomiques sont dues très probablement à une embolie d'une artère cérébrale.

Ainsi congestion active et inflammatoire (Frank, Ollivier d'Angers, Leyden), en second lieu, congestion passive (Gubler, Jaccoud), puis embolie veineuse (Hammond, Walshe), voilà les trois points saillants de la théorie vasculaire.

Ces troubles vasculaires aboutiraient, d'un côté, à des lésions, de l'autre à une simple anémie passagère.

A côté, et comme corollaire de cette théorie, nous devons placer l'opinion des auteurs qui font jouer un rôle important à la composition du sang.

Ainsi, pour Gubler, les phénomènes de paralysie sont dus à l'asthénie générale et aussi au défaut de composition du sang.

Pour Macario, la paralysie tient à un défaut d'innervation sans altération du centre nerveux; c'est une paralysie dyscrasique.

Cette opinion confine déjà par le rôle qu'elle fait jouer au système nerveux à la deuxième théorie que nous avons à envisager.

Théorie nerveuse. — En effet, j'ai rappelé ailleurs (*Mémoire sur l'hémoptysie nerveuse*, in *Archives générales de médecine*, 1877) les rapports du sympathique pulmonaire et du sympathique de la moelle épinière — et j'ai cherché à démontrer que, grâce à ces rapports, certaines affections nerveuses pouvaient entraîner des hémoptysies d'une forme spéciale.

C'est encore à ces liaisons, mais en renversant le problème et le mécanisme de leur production, qu'on peut rattacher les paralysies qui nous occupent. On comprend, sans que j'aie besoin de faire ici la moindre digression anatomo-physiologique, que dans l'inflammation du poumon, les filets du sympathique de la zone altérée soient excités ou paralysés et envoient au loin et sur la moelle un retentissement de leur état. C'est bien cette manière de voir qui a été adoptée. Pour les uns, en effet (Stanley, Brown-Séquard), il y a un spasme, une contraction des vaisseaux. C'est du poumon malade que part l'appel qui retentit ensuite sur la moelle en amenant la diminution du

calibre de ses vaisseaux et, comme conséquence, une paralysie.

Pour d'autres, parmi lesquels nous citerons W. Mitchell, les phénomènes paralytiques proviennent de la dilatation des vaisseaux, de la stase sanguine. Il y a paralysie du sympathique. Cette dilatation, si elle se prolongeait, amènerait une lésion matérielle.

Mais, pour la plupart, la cause de ces paralysies est une anémie de la moelle, et cette anémie, d'après Vulpian (*Leçons sur l'appareil locomoteur*, 1875, t. II, p. 51), peut entraîner à sa suite des altérations de structure.

Pour Hammond, à qui nous empruntons en grande partie ces détails, les paralysies d'origine périphérique sont attribuables à l'anémie des centres nerveux et celle-ci est produite, dans certains cas, par un spasme, et dans d'autres par l'épuisement du système nerveux (*loc. cit.*, p. 459).

C'est à l'anémie qu'aboutit la dilatation vasculaire dont Mitchell s'est fait le champion. En effet, l'anémie des cordons antéro-latéraux de la moelle entraîne, d'après cet auteur, des paralysies nombreuses qu'il divise en sept classes, et c'est dans la troisième classe qu'il range les paralysies qui se produisent pendant ou après la pneumonie et la pleurésie. (*Paralysis from peripherical irritation, with reports of cases*, in *New-York medical Journal*, février 1866, p. 323).

Quelle est la valeur de cette hypothèse? Elle est jugée en deux mots par Leyden : « L'étude de l'anémie de la moelle est aussi pleine d'inexactitude que celle de la pléthore spinale. »

Et pour l'anémie en général, pour la dyscrasie sanguine dont nous parlions plus haut : « Gubler et d'autres auteurs, dit-il, ont rapporté à l'anémie la plupart des paralysies consécutives aux maladies aiguës que nous pouvons rapporter aujourd'hui avec vraisemblance à des lésions anatomiques inflammatoires. »

Cette explication, comme il ressort d'ailleurs de la citation que nous venons de reproduire, trouve une certaine résistance en France, et beaucoup de bons esprits, comme Jaccoud, persistent à faire jouer, dans certains cas, un rôle important à l'anémie médullaire dans les paralysies consécutives aux maladies aiguës. — Pourquoi ne pourrait-il en être ainsi dans la pneumonie?

Que reste-t-il, en effet, si l'on fait table rase de l'anémie médullaire comme de la pléthore spinale? Il reste, d'après Leyden, l'inflammation; mais cette inflammation n'aurait pas échappé à des anatomo-pathologistes aussi exercés que Robin (voy. le fait de Landry), et alors pourquoi ne pas admettre l'anémie, une congestion passive ou des embolies capillaires? Cela me répugnerait d'autant moins, pour ma part, que dans certains cas la paralysie pneumonique est transitoire, qu'elle disparaît rapidement, ce qui n'arriverait certainement pas s'il existait des lésions inflammatoires. Depuis que j'ai vu une paraplégie post-typhoïdique chez un sujet très anémique céder comme par enchantement à une application de sangsues, je crois à la congestion passive. — De là à l'anémie il n'y a qu'un pas.

Mais je ne tiens pas à me faire le défenseur, plus qu'il ne faut, de ces idées, d'autant plus que j'en ai une autre, non pas à soutenir, mais à présenter, car, pour la soutenir, il faudrait un plus grand nombre de faits. C'est la théorie infectieuse dont je veux parler en terminant.

Théorie infectieuse. — Tout le monde a suivi, avec le plus grand intérêt, la découverte de Friedlander. Pour lui et pour beaucoup, depuis la description de son micrococcus, la pneumonie serait toujours due à la présence de ce microbe. Ce n'est pas mon opinion. Je n'ai pas encore renoncé aux théories qui ont charmé ma jeunesse médicale et je crois encore qu'il existe des pneumonies *à frigore*, secondaires, etc. J'admets que, dans certains cas, sous l'influence des constitutions atmosphériques régnantes, la pneumonie peut être infectieuse, contagieuse même, car j'en ai observé plusieurs épidémies à l'hôpital d'Avignon. Dans ce cas, le microbe existe fort bien; il se transmet de lit en lit, d'un malade à un autre. C'est même pendant une constitution médicale de ce genre que mon malade a été atteint. Je comprends que, dans un cas de ce genre, la masse du sang soit atteinte et qu'alors, sans recourir à toutes les hypothèses qui ont été exposées plus haut, les microbes circulent nombreux dans le torrent circulatoire et envahissent les éléments de la moelle. Peut-être cette méningite suppurée retrouvée dans le rachis, était-elle, comme la méningite cérébrale, d'origine microbienne. Dans tous les cas, les microbes n'ont été constatés que dans les faisceaux postérieurs. Il est vrai que, par suite de contretemps involontaires, cette moelle conservée dans l'alcool n'a pu être examinée que longtemps après la mort, et que, faite plus tôt, elle aurait donné des résultats plus positifs.

Quoi qu'il en soit et pour conclure : la paraplégie de la pneumonie est variable dans son heure d'apparition, son évolution, ses symptômes. sa durée, son pronostic.

L'étude de ses lésions anatomiques est à faire. Elle est considérée par les uns comme réflexe. par d'autres comme tenant à la pléthore de la moelle ou à son anémie, pour d'autres elle reconnaît des lésions inflammatoires.

Nous émettons l'opinion que, dans certains cas, elle peut être de nature infectieuse et tenir à l'existence de microbes dans les centres nerveux et aux altérations de voisinage que ceux-ci ou leur sécrétion peuvent engendrer.

P. S. — Tout récemment, MM. Foà et Bordoni Uffreduggi (*Association médicale italienne*, Congrès de Pavie, 1887) ont constaté que le microbe de la méningite cérébrospinale (méningococcus) est le même que celui que Fränkel a décrit sous le nom de *Diplococcus pneumoniæ*.

CORRESPONDANCE

La réfrigération locale.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Au mois de mai 1880 la *Gazette hebdomadaire* a inséré une note dans laquelle je signalais les applications possibles en chirurgie opératoire du froid considéré comme agent de destruction des tissus et comme pouvant, dans certains cas, suppléer avec avantage les caustiques. La congélation artificielle, disais-je alors, paraît applicable aux tumeurs pédiculées ou pédiculisables, aux tumeurs vasculaires, à certains anévrysmes, aux tumeurs cancéreuses inattaquables par le caustique..... Les avantages qui doivent résulter de l'emploi chirurgical de la congélation sont : l'absence de douleur, l'innocuité, la rapidité d'action, la possibilité de suivre de l'œil l'action de l'agent destructeur.....

Je proposais dans ce but les mélanges réfrigérants, l'emploi des substances à vaporisation rapide et j'indiquais sommairement un dispositif opératoire, conviant à l'expérimentation de cette méthode les chirurgiens des grands hôpitaux. On a pu être arrêté par les difficultés pratiques de ce genre d'opération; je l'ai été moi-même par l'absence de sujets opérables dans un hôpital de petite ville. Toujours est-il que, depuis huit ans, aucun essai n'a été tenté dans la direction que j'indiquais.

Un fait nouveau vient de se produire qui permettra dans des conditions nouvelles de sécurité et de précision, l'application de l'idée que j'ai émise à cette époque. Je veux parler de l'ingénieux procédé d'application du froid en thérapeutique que M. le docteur Bailly (de Chambly) vient de faire connaître et auquel il a donné le nom de stypage.

M. Bailly formule les règles à suivre dans l'emploi du chlorure de méthyle en se plaçant au point de vue exclusif de l'anesthésie chirurgicale ou de l'analgésie. Je lui propose maintenant d'étendre le champ de sa découverte jusqu'à la destruction par congélation des tissus morbides. L'expérience qu'il a acquise dans le maniement de ce puissant agent de réfrigération lui

donne en cette matière une compétence et une autorité que nul ne peut lui contester, et il trouvera certainement dans les hôpitaux de Paris un concours bienveillant et un nombre suffisant de sujets pour l'expérimentation.

Le procédé du stypage, M. Bailly a le droit de le dire, joint à une précision mathématique une élégance même inconnue jusqu'ici. Appliqué avec discernement à la destruction des tissus malades, il peut rendre le même genre de services que le fer rouge et les caustiques. Le stypage ne resterait plus une simple méthode d'anesthésie ou d'analgésie; il deviendrait une méthode chirurgicale définitive, applicable dans des cas à déterminer. La donnée théorique que j'ai émise il y a huit ans se trouverait justifiée dans des conditions pratiques d'exactitude et de sécurité qu'en ce temps je ne pouvais encore soupçonner et dont le mérite reviendrait à notre distingué confrère.

Dr Saucerotte.

Lunéville, 6 février 1888.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 30 JANVIER 1888.

Des propriétés antiseptiques du naphtol-α. Note de M. *J. Maximovitch*. — Cette note est le résultat d'expériences poursuivies dans le laboratoire de M. Bouchard. L'auteur a étudié la valeur antiseptique de ce naphtol en cultivant quatorze microbes différents, comparativement, dans des milieux nutritifs additionnés de naphtol-α en proportions variées et en déterminant la proportion de naphtol qui retarde, entrave ou empêche le développement de chaque microbe.

Les doses de naphtol varient un peu suivant les substances nutritives employées. Pour les liquides comme les les bouillons ordinaires, 0gr,10 pour 1000 de naphtol empêchent complètement le développement des microbes de la morve, de la mammite des brebis, du choléra des poules, du charbon bactéridien, du microbe de la pneumonie, de deux organismes de la suppuration (le *Staphylococcus albus* et *St. aureus*) du microbe du clou de Biskra, du *Tetragenus*, du bacille de la fièvre typhoïde et de la diphthérie des pigeons.

A la dose de 0gr,06 à 0gr,08 pour 1000 le naphtol retarde beaucoup (trois à huit jours) le développement des mêmes microbes et, dans quelques cas, l'empêche complètement.

A la dose de 0gr,20 à 0gr,25 pour 1000, il empêche complètement la germination du bacille de la tuberculose, et à la dose de 0gr,10 il l'entrave.

A la dose de 0gr,20 pour le bouillon et de 0gr,35 à 0gr,40 pour les milieux solides, il empêche complètement le développement du bacille de la pyocyanine et du bacille chromogène que MM. Charrin et Roger ont trouvé dans l'intestin du lapin.

Enfin, ajoutons que le naphtol-α est moins toxique que le naphtol-β, que ses propriétés antiseptiques sont plus grandes, et que la dose de naphtol-α nécessaire pour intoxiquer un homme de 65 kilogrammes est de 585 grammes.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Sur le mécanisme de l'immunité. Note de M. *H. Chauveau*. — Dans la dernière séance de l'Académie, M. Pasteur a présenté le premier volume des *Annales de l'Institut Pasteur* en appelant particulièrement l'attention sur le mémoire de MM. Roux et Chamberland relatif à l'*immunité contre la septicémie conférée par des substances solubles*.

Si M. Chauveau s'associe d'autant plus volontiers aux éloges donnés par M. Pasteur à ce travail, c'est qu'il concourt à la démonstration des principes établis par ses recherches sur le mécanisme de l'immunité que crée à l'organisme animal une première atteinte de maladie infectieuse. Cependant il est obligé de faire remarquer que les auteurs des nouvelles expériences méconnaissent le véritable caractère de ses propres travaux. Aussi tient-il à restituer leur signification aux démonstrations expérimentales par lesquelles il a prouvé que l'immunité doit être attribuée à une substance soluble laissée dans le corps par la culture du microbe pathogène.

L'auteur a montré en 1879 que dans les maladies virulentes le microbe pathogène fabrique *un poison soluble*, cause principale de la mort des sujets malades, et en 1880 il a donné la preuve de l'existence de ce poison soluble. Les expériences qu'il a faites à cette époque, toutes sur des brebis pleines arrivées aux dernières semaines de la gestation, ont démontré que les agneaux nés de mères inoculées du sang de rate devenaient *tous* réfractaires à l'action du virus charbonneux ; car *pas un seul* des agneaux nés dans ces conditions n'a échappé à l'immunité. Il ne compte plus ses expériences. Elles ont été poursuivies pendant sept ans tant sur des brebis algériennes inoculées avec du virus fort que sur des brebis du pays inoculées avec du virus atténué (ces dernières de beaucoup les plus nombreuses).

Or cette immunité est le résultat de la matière soluble que le fœtus puise par osmose dans le sang de la mère. Il est même probable, sinon absolument certain, que l'immunité a été créée chez *tous* ces agneaux sans qu'un bacille de la mère ait pénétré dans le sang d'aucun d'eux, car il n'a *jamais* réussi à en déceler l'existence chez le fœtus des brebis inoculées du charbon dans des conditions assurant la survie et tuées au moment où elles arrivaient à la fin de la période aiguë de l'infection.

Dans l'immunité acquise par le fœtus de la brebis inoculée du charbon, il existe donc la preuve démonstrative de la création de cette propriété par l'action d'une matière soluble produit de la vie microbienne.

M. Chauveau applaudit à tous les résultats expérimentaux nouveaux, montrant qu'une matière soluble, provenant d'une culture microbienne effectuée en dehors de l'organisme d'un animal, peut créer ou concourir à créer l'immunité dans cet organisme, c'est-à-dire à ceux que M. Pasteur obtient de la pratique des vaccinations antirabiques, ceux de M. Charrin portant sur le liquide des cultures du bacille pyocyanogène, ceux enfin que MM. Roux et Chamberland viennent de faire connaître sur le liquide des cultures de vibrions septiques.

Ces derniers résultats sont particulièrement intéressants pour lui. M. Pasteur, en les faisant connaître, a rappelé que M. Chauveau avait étudié, avec M. Arloing, la maladie causée par ce vibrion septique; cependant leur travail n'a pas été signalé dans le mémoire de MM. Roux et Chamberland, et pourtant c'est dans ce travail que se trouve démontrée, pour la première fois, la création de l'immunité contre la maladie du vibrion septique.

C'est ainsi, dans ce travail, qu'il a été démontré pour la première fois que les liquides virulents, débarrassés par la filtration du vibrion septique, perdent toute leur virulence et peuvent être introduits en quantité notable dans le tissu conjonctif sous-cutané sans causer d'infection. Il n'a manqué à MM. Chauveau et Arloing que de chercher si les sujets inoculés étaient devenus réfractaires à l'action du vibrion lui-même.

C'est ce qu'ont fait MM. Roux et Chamberland qui ont enlevé ainsi tout appui à la vive opposition qu'avaient rencontré dans leur entourage même les démonstrations sur lesquelles M. Chauveau avait fondé la théorie de la création de l'immunité par l'action des produits solubles de la vie microbienne.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Gabriel Pouchet* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de physique et chimie médicales.

M. le docteur *Cyr* demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine.

M. le docteur *Henry Collin* prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. — (*Accepté*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* présente: 1° au nom de MM. *Pasteur* et *Duclaux*, la première année (1887) des *Annales de l'Institut Pasteur;* 2° une Note de M. le docteur *Lœwenberg* sur *la pathogénie et le traitement du furoncle.*

M. *Brouardel* offre: 1° son Rapport au nom de la sous-Commission technique et d'hygiène de la Commission extra-parlementaire des alcools; 2° un travail manuscrit de M. le docteur *Froidefond* sur des cas de fièvre typhoïde observés à Thonon en 1887; 3° un mémoire de M. *Mosny*, interne des hôpitaux, sur *l'eau potable à Vienne et la fièvre typhoïde.*

M. *Charcot* présente: 1° des ouvrages de M. le docteur *Münck* (de Kiew) sur *la lèpre au bord de la Russie* et sur *le vitiligo endémique du Turkestan;* 2° une brochure de M. le docteur *Sudakewitsch* sur *les cellules nerveuses et les bacilles dans la lèpre;* 3° un mémoire de M. le docteur *Rolland* sur *l'épilepsie Jocksonnienne.*

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose une Note de M. le docteur *Galippe* sur *l'application du chlorure de méthyle liquéfié comme anesthésique local*, procédé qu'il a découvert le 27 mars 1886.

M. *Chotin* présente une Note de M. *Portes* sur *les divers procédés de vérification.*

M. *Gavarret* dépose un mémoire de M. le docteur *Leloir* sur *l'organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie en Allemagne et en Autriche-Hongrie.*

ÉLECTIONS. — Par 44 voix sur 73 votants, M. *Pitres* (à Bordeaux) est élu correspondant national dans la division de médecine. M. Wannebroucq (à Lille) obtient 16 voix; M. Leloir (à Lille), 10, et M. Mordret (au Mans), 3.

Par 43 voix sur 76 votants, M. *Wannebroucq* (à Lille) est élu correspondant national dans la division de médecine. M. Leloir obtient 30 voix; M. Lépine, 2; plus 1 bulletin blanc.

ZYMASE DE L'AIR EXPIRÉ. — D'après M. A. Béchamp, l'air expiré par l'homme renfermerait, comme l'avait assuré F. Leblanc, une matière animale, une zymase, laquelle peut avoir pour origine le poumon et les voies respiratoires, depuis les bronches jusqu'à la bouche et aux fosses nasales. Il est possible que l'air expiré contienne quelque produit volatil de nature alcaloïdique, mais en même temps il contient certainement un produit fixe, doué d'activité chimique et probablement nocif.

PHÉNOLS. — M. le docteur *Gabriel Pouchet*, candidat dans la section de physique et chimie médicales, appelle l'attention sur l'emploi thérapeutique des composés qu'il a préparés à l'aide des phénols monoatomiques, du mercure et du calomel. Il a ainsi obtenu les composés suivants: mercure-phénol calomel, mercure-naphtol calomel, mercure-anthrol calomel, phényl-chlorure mercurique, naphtyl-chlorure mercurique, dont le pouvoir antiseptique est considérable sans qu'ils donnent lieu à des accidents d'intoxication, même à doses assez élevées.

TRAITEMENT DE L'ANTHRAX. — M. *Léon Labbé* ne croit pas que la méthode des pulvérisations phéniquées, préconisée par M. Verneuil pour le traitement du furoncle et de l'anthrax, puisse être appliquée à tous les cas. Il faut distinguer entre les anthrax mous où elle pourra avoir quelques succès et les anthrax ligneux, pour lesquels le bistouri et les caustiques seront toujours préférables et souvent indispensables.

M. *Verneuil* prie simplement ses collègues d'essayer sa méthode avant de la juger, ce qu'on peut toujours faire avant d'avoir recours à des moyens violents et douloureux. Il vient encore de lui devoir un succès remarquable chez un diabétique, atteint d'un volumineux anthrax de la nuque, avec fièvre intense.

SYPHILIS. — L'Académie commence l'examen des diverses résolutions proposées mardi dernier par M. *Fournier* sur la prophylaxie publique de la syphilis. Les trois premières sont votées sans discussion.

A propos de la quatrième et des six qui suivent, un débat s'engage sur le caractère légal ou administratif qu'il convient de donner aux mesures prises à l'égard de la provocation à la débauche; en fin de compte ces articles sont renvoyés à la Commission pour complément d'informations.

Deux opinions se sont trouvées en présence dans ce débat: la première, celle de la Commission, défendue par MM. *Fournier*, *Léon Le Fort*, *Le Roy de Méricourt*, demande que les divers ordres de provocation constituent un délit, qui puisse être réprimé légalement, d'où la nécessité d'une loi définissant le délit de provocation publique et en confiant la répression à qui de droit; d'autre part, l'inscription d'une fille coupable de ce délit ne devrait jamais être prononcée que par un tribunal et après débat contradictoire, au lieu d'être décidée, comme aujourd'hui, uniquement par l'autorité purement arbitraire d'une Commission administrative. De cette façon seraient évités les scandales trop fréquents qu'on a eu à constater et la liberté individuelle aurait toutes sauvegardes. C'est ainsi qu'on avait agi en Angleterre dans cette législation dont les résultats avaient été si excellents dans les ports et les villes de garnison où elle a été appliquée, jusqu'au jour où le Parlement, sous la pression des clergymen et des ligues, a déclaré qu'il était immoral de parler de la prostitution dans la loi.

Par contre, M. *Brouardel*, appuyé par MM. *Hardy* et *Ernest Besnier*, estime que si la répression de la prostitution est soustraite à l'Administration pour être remise au pouvoir judiciaire, l'impunité ne tardera pas à lui être acquise; les agents ne voudront pas s'exposer à se voir désavoués et les magistrats ne pourront juger chaque année qu'un très petit nombre d'affaires. Ainsi deviendront bientôt inexécutables les mesures demandées par la Commission. De plus, faire de la provocation un délit, c'est s'écarter singulièrement de l'esprit général de nos Codes. M. *Lagneau* pense aussi qu'il serait difficile d'obtenir du Parlement une modification aussi grave, d'autant que la législation, si sévère contre les maladies contagieuses des animaux, est muette ou à peu près en ce qui concerne les maladies transmissibles humaines. Aussi M. *Dujardin-Beaumetz* voudrait-il que la Commission stipulât nettement quelles sont les mesures immédiatement réalisables, quelles sont celles qu'il faut demander à une législation nouvelle et enfin les mesures transitoires à prendre.

Incidemment plusieurs membres, comme MM. *Hardy*, *Vidal* et *Laborde*, émettent le vœu que la Commission prenne sur ces divers points l'avis de jurisconsultes autorisés.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1887. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Présentation de catgut : M. Championnière. — Hémato-salpingite M. Pozzi. — Fièvre septique et avortement : M. Jeannel (de Toulouse) (M. Marchand, rapporteur). — Ostéomyélite de l'adulte M. Berger (Discussion : MM. Bouilly, Lannelongue, Trélat, Le Fort, Reclus). — Pied bot : M. Le Dentu. — Fracture de l'extrémité supérieure du péroné : M. G. Marchant.

M. *Championnière* présente un catgut spécial, qu'il recommande pour la préparation des fils à ligature aseptiques.

— M. *Pozzi* présente une pièce d'*hémato-salpingite;* la poche, suppurée, s'était ouverte dans le rectum quelques jours avant l'ablation. Les annexes du côté opposé, légère-

ment altérées, ont été aussi enlevées. Opérée depuis trois jours, la malade va bien (1).

— M. *Marchand* rend compte d'une observation adressée depuis deux ans par M. *Jeannel* (de Toulouse) : Une femme de vingt et un ans, enceinte de cinq mois, eut la main écrasée. Elle fut amputée et la réunion primitive échoua. Malgré la fièvre, la malade n'avorta pas. M. Jeannel conclut que c'était une fièvre traumatique, laquelle, par opposition à la fièvre septique, ne fait pas avorter. Puis il institua, sur une chienne, une expérience qu'il trouve démonstrative. M. Marchand se déclare peu convaincu par cette expérience, où la température de l'animal n'a même pas été prise ; il se déclare non moins sceptique vis-à-vis de l'observation clinique où il s'agit bel et bien de fièvre infectieuse et, tout au rebours de M. Jeannel, il en conclut (et donne de sa pratique personnelle une observation analogue) que la fièvre septique peut fort bien ne point faire avorter. A cela M. Jeannel joint une observation, qui n'a aucun rapport avec la précédente, prouvant qu'un polype du rectum peut, sans provoquer l'avortement, produire une anémie grave par hémorrhagie et être opéré avec succès.

M. *Terrier* insiste sur la septicité évidente de l'amputée de M. Jeannel.

— M. *Berger* a soigné, en avril 1887, une femme atteinte d'*ostéomyélite aiguë du fémur*. Un peu surmenée au moment de ses règles, cette femme, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, vit apparaître une douleur du genou droit avec gonflement et fièvre vive. Lors de son admission, elle avait manifestement deux collections, l'une extra-articulaire et l'autre intra-articulaire. Elle raconta qu'à l'âge de seize ans elle avait eu au genou une affection grave, terminée par un abcès resté si longtemps fistuleux que ses parents avaient désiré faire pratiquer l'amputation. Mais tout avait guéri et les mouvements du genou avaient recouvré leur amplitude et leur force. De cela il y avait trente ans, et au palper l'os n'en présentait nulle trace. M. Berger fit cependant le diagnostic : réveil subaigu d'une ostéomyélite de l'adolescence. C'est en vain que l'abcès extra-articulaire fut ouvert ; puis que, le lendemain, le genou fut lavé et drainé. M. Berger fit alors l'amputation de cuisse et trouva du pus concrété sous le périoste : il scia l'os et en trouva dans le canal médullaire. Changeant alors de plan, il désarticula la hanche : la malade mourut en quatre jours de son état septicémique antérieur à l'opération.

Il semble prouvé aujourd'hui, par les recherches bactériologiques de Rosenbach, de Kraske (voy. *Gaz. hebd.*, 1887, p. 302), que le microbe pyogène cause de l'ostéomyélite n'est pas spécifique. Mais il ne se développe guère que dans les conditions spéciales où la croissance met le système osseux. Chez l'adulte, on observe presque exclusivement des poussées subaiguës dans l'hyperostose laissée par l'ostéomyélite de l'adolescence. Plus rarement ces poussées sont aiguës comme dans des observations de Volkmann, de Kraske, de Lemoine, mais ce qui est exceptionnel, surtout, c'est de voir cette ostéite aiguë sans hyperostose préalable ; l'autopsie du membre amputé, vérifiant les données de la clinique, a montré qu'il n'y avait ici ni hyperostose, ni abcès, ni séquestre. Il est bien probable, cependant, que l'affection d'il y a trente ans avait laissé à sa suite quelque chose prédisposant l'os à la poussée actuelle. M. Berger a parcouru bien des observations d'ostéomyélite aiguë chez l'adulte ; dans presque toutes, il a trouvé la mention d'une lésion de la jeunesse, soit sur l'os frappé, soit — fait plus remarquable — sur une autre partie du squelette.

M. *Bouilly* rapporte deux observations d'ostéomyélite aiguë du fémur. L'une concerne une femme de trente-deux ans qui, à la suite d'une maladie dite fièvre typhoïde, présenta un volumineux abcès de l'aine gauche, pris d'abord pour une phlébite. Appelé, M. Bouilly incisa la poche et tomba sur l'os largement dénudé, qu'il trépana et d'où il vit sortir du pus. La malade guérit. Elle avait eu autrefois — ce qui corrobore peut-être l'opinion de M. Berger — une affection mal déterminée de la hanche et en était restée quelque peu boiteuse. Tout commémoratif fait défaut pour l'autre malade, un Anglais d'une quarantaine d'années, que M. Bouilly ne vit qu'*in extremis*, avec un vaste abcès osseux, aigu, incisé auparavant d'une façon des plus défectueuses.

M. *Lannelongue* affirme d'abord qu'il ne faut pas dire ostéomyélite de l'adolescence. C'est une maladie fréquente pendant toute la période de croissance, à partir de la naissance. Puis, chez l'adulte, elle est rare, mais elle existe et il ne faut pas vouloir tout rapporter à l'ostéomyélite prolongée. Une ostéomyélite de l'adolescence qui ne laisse pas de traces, comme dans le cas de M. Berger, ou en laisse d'aussi douteuses que dans celui de M. Bouilly, ne doit pas être admise ; il est impossible de ne pas séparer cela de la vraie ostéomyélite, toujours identique à elle-même dans ses conséquences prolongées : abcès, séquestres, hyperostose. Donc, dans le fait précédent, il faut admettre une ostéomyélite primitive de l'adulte.

M. *Trélat* vient d'amputer la cuisse à un homme de cinquante-neuf ans, atteint depuis six mois d'une affection du tibia dont le diagnostic resta obscur : ostéo-sarcome ou lésion inflammatoire. L'examen du membre révéla un séquestre invaginé de la diaphyse. La cause est à peu près inconnue, car il est bien difficile d'invoquer un traumatisme subi par cette région sept ans auparavant. L'an dernier, d'autre part, M. Trélat a désarticulé l'épaule à un homme d'une trentaine d'années qui avait une ostéomyélite suraiguë du coude et qui mourut de son infection antérieure ; là encore, cause inconnue. Enfin, il y a quelques mois, il amputait la cuisse à un homme de trente-sept ans qui, après avoir eu dans l'enfance une lésion du genou dont il restait une cicatrice, avait souffert d'une arthrite assez insidieuse, bientôt purulente et que l'arthrotomie n'arrêta pas ; à l'autopsie du membre ostéomyélite fémorale des plus nettes. Là, malgré un silence long et absolu, on peut penser à une lésion prolongée, ce qui sans doute est la règle pour l'ostéomyélite de l'adulte. Mais, malgré soi, on se laisse trop influencer par cette règle, et les ostéomyélites primitives sont ainsi la source de nombreuses erreurs de diagnostic.

M. *Le Fort* rapproche le cas de M. Berger de ceux où Chassaignac a décrit l'os dénudé dans toute sa longueur. Lui-même a vu la clavicule entière nécrosée et il l'a enlevée avec succès ; la femme quitta l'hôpital, mais pour y rentrer bientôt et y mourir d'une ostéomyélite pelvienne aiguë.

M. *Reclus* pense que les traces de l'ostéomyélite prolongée peuvent être fort légères. Il vient d'évider d'abord le haut, puis le bas du tibia à un homme de vingt-sept ans qui, à quatorze ans, avait eu dans l'extrémité supérieure de cet os une poussée de douleur, avec un peu de fièvre. Puis il y a trois à quatre ans ont débuté des phénomènes nouveaux, conduisant à la formation d'abcès osseux multiples.

— M. *Le Dentu* présente le moule d'un *pied bot varus équin* pour lequel il a extirpé l'astragale et le cuboïde et réséqué un coin du calcanéum et du scaphoïde. Le résultat est bon.

— M. *Gérard Marchant* présente un malade qui, atteint d'une fracture de l'extrémité supérieure du péroné, avait une paralysie par compression du sciatique poplité externe dans le cal ; résection du cal ; guérison.

A. BROCA.

(1) A ce propos nous signalerons une faute d'impression que nous avons laissé échapper dans notre dernier compte rendu. A l'aide de sa pièce, M. Lucas-Championnière ne *corrobore* pas la théorie de L. Tait, mais la *combat*.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Traumatisme et grossesse : MM. Berger et Monod. — Ostéomyélite de l'adulte : MM. Th. Anger, Lannelongue, Berger, Trélat. — Infection purulente : M. Desprée. — Kyste hydatique du jarret : M. Lannelongue (Discussion : M. Trélat). — Sciatique des variqueux : M. Quénu.

M. *Berger* pense que parfois, sans fièvre aucune, le traumatisme peut provoquer l'avortement, et cela peut être assez tardif. Ainsi, dans un cas d'ostéosarcome très douloureux de l'extrémité inférieure du fémur, il a pratiqué l'amputation, après avoir différé pendant quelques semaines pour que le fœtus eût sept mois et fût viable. La cuisse fut amputée très haut et la plaie se réunit sans une goutte de pus; au dix-huitième jour, la femme accoucha, et l'enfant vécut pendant un mois et demi. L'opérée mourut onze mois après d'asphyxie par un double épanchement pleural dû à une généralisation pulmonaire. Il n'y avait pas trace de récidive locale. A l'examen histologique de l'os amputé on avait reconnu un sarcome fasciculé périostique.

M. *Monod*, opérant un kyste de l'ovaire, a été un jour assez surpris de trouver derrière la tumeur un utérus gravide. La malade guérit sans fièvre et accoucha à terme.

— M. *Th. Anger* se refuse à admettre la conception de M. Lannelongue sur l'ostéomyélite. Ce n'est pas une maladie une, ayant son point de départ constant dans le tissu spongieux situé près du cartilage de conjugaison et appelé par M. Lannelongue bulbe de l'os. Il faut, dans bien des cas, avec les anciens auteurs, individualiser la périostite, l'ostéite, la médullite. Dans la médullite, il faut trépaner aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, et là l'opinion de M. Lannelongue est exacte. Enfin, l'ostéomyélite primitive de l'adulte existe. M. Anger en rapporte un exemple, survenu sans cause connue. La trépanation a été certainement trop tardive, mais il a été pendant longtemps impossible de trouver, à part une douleur intense, mais mal localisée, un symptôme qui permît de guider le trépan.

M. *Lannelongue* proteste contre le nom d'ostéomyélite de l'adolescence. La plupart des cas qu'il observe se déclarent avant quatorze ans; d'ailleurs, son service ne reçoit que les enfants au-dessous de quinze ans. Il faut donc dire ostéomyélite de croissance. Quant à l'ostéomyélite prolongée, il la rallie toujours à un état morbide nettement défini, aigu ou tout au moins subaigu et il n'admet guère les ostéomyélites s'installant sans qu'on sache trop comment. Enfin, il faut absolument admettre l'ostéomyélite primitive de l'adulte.

M. *Berger* l'admet parfaitement; il pense seulement que par un interrogatoire précis on peut en restreindre le domaine. D'autre part, pour M. Lannelongue, l'ostéomyélite prolongée exige l'hyperostose avec le séquestre ou l'abcès; M. Berger affirme que dans son observation, quoiqu'il y eût eu autrefois une ostéomyélite indéniable, l'os de nouveau atteint ne présentait aucun de ces reliquats.

M. *Trélat* insiste sur les observations qu'il a déjà communiquées et surtout sur celle qui prouve que la trêve de l'ostéomyélite peut être très longue (de sept à trente-quatre ans) et absolue (malade ayant fait son service militaire) jusqu'à l'éclosion d'une récidive aiguë nécessitant l'amputation.

— M. *Després* communique un cas d'*infection purulente chronique* avec éruption cutanée à la suite d'une lymphangite non suppurée, traitée par les compresses d'eau de sureau, recouvertes de cataplasmes de graine de lin. Il pense que ces éruptions caractérisent les pyohémies chroniques d'origine lymphatique; il estime que la vérole est une infection purulente chronique.

M. *Richelot* insiste sur l'intérêt historique des observations actuelles de pyohémie.

— M. *Lannelongue* fait hommage de ses leçons sur la *tuberculose vertébrale*.

Il présente ensuite un *kyste hydatique* du demi-membraneux, au 1/5 inférieur de la cuisse. Il croyait enlever un sarcome; il a erré pour avoir oublié un précepte de Denonvilliers : penser au kyste hydatique pour toute tumeur musculaire de nature incertaine. Dure et ronde, ajoute M. *Trélat*, qui cite à ce propos deux cas où il a fait ainsi le diagnostic (région sous-maxillaire; grand pectoral).

— M. *Quénu* montre des veines variqueuses appendues au nerf sciatique. Ces pièces lui serviront à établir ultérieurement l'histoire clinique de la *sciatique des variqueux*.

Question pour le Prix Gerdy. — *Traitement des suppurations diffuses et enkystées du petit bassin.*

Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

État du sang dans la fièvre typhoïde : MM. Hénocque et G. Baudoin. — Phénomènes chimiques de la respiration dans le tétanos électrique : MM. Hanriot et Richet. — De la digestion chez les insectes : M. Beauregard. — Appareil pour apprécier la pression intra-artérielle chez l'homme : M. Bloch. — Toxicité de l'eau expirée par les poumons : MM. d'Arsonval et Brown-Séquard. — Sur la toxicité de l'eau expirée par les poumons : MM. Dastre et Loye. — Sur les anomalies des muscles : M. Debierre.

M. *Hénocque* fait en son nom et au nom de M. *G. Baudoin* une communication sur les variations de la quantité d'oxyhémoglobine et d'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine dans la fièvre typhoïde. Cette étude importante fondée sur onze observations de fièvre typhoïde sera publiée in extenso dans la *Gazette*.

— M. *Ch. Richet* a étudié avec M. *Hanriot*, au moyen de l'appareil antérieurement décrit devant la Société, les phénomènes chimiques de la respiration chez les chiens dont on tétanise tous les muscles par un fort courant électrique. Chez ces animaux, comme M. Richet l'a montré il y a déjà quelques années, la température s'élève considérablement et très rapidement. Or les présentes recherches ont fait voir que la quantité d'acide carbonique éliminée est beaucoup plus grande qu'à l'état normal.

— M. *Beauregard* indique quelques points des expériences qu'il a entreprises sur la digestion des insectes vésicants; il insiste sur ce fait, que la digestion s'effectue régulièrement, quoique le suc gastrique soit alcalin.

— M. *Bloch* a imaginé et il décrit un appareil qu'il a fait construire pour apprécier l'état de la pression intra-artérielle chez l'homme; cet appareil est fondé sur le principe de la contre-pression nécessaire pour surmonter la résistance du pouls. Quant aux résultats qu'il a obtenus avec cet appareil, M. Bloch estime qu'ils sont encore trop peu nombreux pour qu'il en puisse parler.

— M. *Brown-Séquard*, continuant l'exposé des recherches qu'il poursuit avec M. *d'Arsonval* sur la toxicité de l'eau expirée par les poumons, rapporte des expériences qui prouvent la toxicité de ce liquide, quelle que soit la voie par laquelle on l'introduit dans l'organisme.

— M. *Dastre*, qui a entrepris avec M. *Loye* des expériences sur le même sujet, indique d'abord les conditions dans lesquelles ces expériences sont faites. Or, sur les lapins en expérience, il n'a jamais vu se produire de mort immédiate, même après l'injection d'une grande quantité

de liquide (50 à 60 centimètres cubes), et quel qu'ait été le procédé employé pour obtenir ce liquide de condensation pulmonaire. Il s'est alors occupé de rechercher le rôle exact de l'eau introduite dans les veines et il a vu que des lapins auxquels on injecte par cette voie environ 50 centimètres cubes d'eau meurent en présentant à peu près les mêmes phénomènes que ceux auxquels on injecte de l'eau expirée par les poumons et au bout du même temps à peu près. M. Dastre signale quelques-unes des causes ou conditions qui, d'après lui, expliquent la contradiction apparente des résultats qu'il a obtenus et de ceux qu'ont rapportés MM. d'Arsonval et Brown-Séquard.

— M. *Blanchard* présente une note de M. *Debierre* sur le rapport qui existe entre les anomalies des muscles et les anomalies des nerfs.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Influence de l'ergotine sur les fibres musculaires lisses : M. de Varigny. — Sur les greffes animales : M. Redard. — Présentation d'instruments : M. Laborde. — Toxicité de l'eau expirée par les poumons : MM. d'Arsonval et Brown-Séquard. — Sur la toxicité des injections intra-veineuses d'eau : M. Brown-Séquard. — Appareil pour faire respirer un animal dans un milieu confiné : M. d'Arsonval. — Des contractures chez les épileptiques : M. Lemoine. — Des variations de l'oxyhémoglobine dans la fièvre typhoïde : MM. Hénocque et Beaudoin. — Sur le nystagmus expérimental d'origine cérébrale : M. Beaunis. — Le chlorure de méthyle comme anesthésique local : M. Galippe. — Élection d'un membre titulaire.

M. *de Varigny* a étudié l'influence de l'ergotine sur la fibre musculaire lisse. En comparant les graphiques que donne le jabot des céphalopodes, isolé du corps, organe creux formé d'un réseau de fibres lisses, avant et après introduction d'ergotine, on voit que cette substance stimule la contractilité. Les contractions sont plus nombreuses et plus amples, si l'effet dure assez longtemps, ce qui confirme l'opinion généralement admise de l'action de l'ergotine sur la fibre lisse.

— M. *Redard* a greffé, dans un certain nombre de cas, sur des plaies d'origine et de nature diverses, des morceaux de peau d'oiseaux (peau prise sous l'aile de jeunes poulets); ces greffes lui ont donné d'excellents résultats.

— M. *Laborde* présente une boîte d'instruments nécessaires aux vivisections, construite par M. Ch. Verdin ; cette boîte contient en outre les petits appareils d'usage courant dans les laboratoires, tels que seringues, canules diverses, etc.

— M. *d'Arsonval* signale la parfaite concordance des phénomènes qu'il a constatés avec M. *Brown-Séquard* à la suite d'injections de l'eau expirée par les poumons, avec ceux que Brieger a vus dans ses expériences sur les effets toxiques de certaines ptomaïnes, le chlorhydrate de névrine en particulier.

— M. *Brown-Séquard* a fait autrefois, ainsi que beaucoup de physiologistes, un grand nombre d'injections d'eau dans les veines chez des animaux divers, sans voir survenir d'accidents. Tout récemment cependant il a vu trois lapins, à la suite d'injections semblables, mourir avec tous les symptômes de la septicémie. Il tient à signaler ce fait, maintenant que quelques physiologistes s'occupent de déterminer le rôle réel de l'eau introduite dans l'organisme.

— M. *d'Arsonval* présente et décrit un appareil très simple qui permet de faire respirer un animal dans un milieu confiné, mais en enlevant constamment l'acide carbonique produit et en renouvelant l'oxygène d'une façon également constante ; la vapeur d'eau exhalée s'accumule seule, qui contient la substance toxique éliminée par les poumons, comme le montrent les recherches que M. d'Arsonval poursuit avec M. Brown-Séquard.

— M. *Lemoine* (de Lille) a étudié un certain nombre de cas de contractures chez les épileptiques, à la suite des accès violents.

— M. *Hénocque* a déterminé avec M. *Beaudoin* les variations de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de réduction qui se produisent dans les complications de la fièvre typhoïde. Les résultats de ces intéressantes recherches seront publiés in extenso dans la *Gazette*.

— M. *Beaunis* rapporte les résultats de ses expériences sur la production du nystagmus d'origine cérébrale. Ce nystagmus est direct ou réflexe. Le premier, qui est unilatéral et du côté opposé au côté lésé du cerveau, survient à la suite de lésions irritatives ou destructives des tubercules quadrijumeaux ; les lésions destructives se ramèneraient d'ailleurs pour M. Beaunis aux irritations. Ce nystagmus s'accompagne souvent d'oscillations isochrones de la paupière supérieure et de la tête. Il peut présenter toutes les formes qu'on observe en clinique. Le nystagmus réflexe est bilatéral et s'observe dans un grand nombre de conditions (excitations corticales, destructions de territoires cérébraux variés, certaines anesthésies, etc.).

— M. *Galippe* applique depuis longtemps, dans les opérations sur la bouche, le chlorure de méthyle en solution, et non en pulvérisation, comme anesthésique local. Il demande la lecture d'un pli cacheté qu'il a déposé en mars 1886 sur le bureau de la Société et dans lequel il indiquait le procédé qu'il emploie depuis cette époque.

M. *Hénocque*, à ce propos, remarque que la réfrigération produite par le chlorure de méthyle liquide peut et même doit ne pas avoir les mêmes effets que la pulvérisation au point de vue de l'intensité et de l'étendue de l'anesthésie.

— M. *Brissaud* est élu membre titulaire de la Société.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Réductibilité de l'oxyhémoglobine : M. Hénocque. — Recherches sur le passage des bactéries dans l'urine : M. Yvon. — Action hémostatique de l'antipyrine : M. Bilhaut. — De la saccharine : M. C. Paul. — Des inhalations sulfureuses : M. Dujardin-Beaumetz (Discussion : M. Durand-Fardel). — Du mode d'administration des potions : M. C. Paul (Discussion : MM. Mayet, Créquy, Catillon, F. Vigier).

M. *Hénocque* offre à la Société une brochure, dont il est l'auteur, sur l'*activité de réduction de l'oxyhémoglobine chez l'homme sain et l'homme malade*. Il a déterminé chez un grand nombre de sujets la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang et la durée de réduction de l'oxyhémoglobine étudiée avec le spectroscope ; ces deux facteurs lui permettent d'établir l'activité des échanges dans les divers tissus, ainsi que les variations qu'elle subit suivant les diverses conditions de jeûne, de température, de maladie, etc. On voit par exemple que, dans la chlorose, le fait prédominant est un défaut d'activité de ces échanges, qui ne se retrouve pas dans l'anémie. Il se réserve de montrer bientôt l'importance de ces études au point de vue thérapeutique, pour apprécier la médication martiale, l'hydrothérapie, les bains hydro-minéraux, etc.

— M. *Yvon* présente, au nom de l'auteur, la thèse de M. Berlioz sur le *passage des bactéries dans l'urine des maladies infectieuses*. L'auteur montre que ce passage ne s'effectue qu'à la faveur d'une lésion rénale. Il insiste sur

la nécessité de la preuve par culture et inoculation pour affirmer la présence ou l'absence des bactéries dans l'urine.

— M. *Bilhaut* lit une note sur l'action hémostatique et antiseptique, indiquée par M. Hénocque, d'une solution d'antipyrine au vingtième, et l'heureuse influence de son emploi pour faciliter la suture et la cicatrisation des plaies.

— M. *C. Paul* donne lecture d'une lettre adressée par M. Küglei et relative à la *saccharine*. Il s'agit d'une substance ayant pour formule $C^6H^4COSO^2NH$, qui se présente sous l'aspect d'une poudre blanche, cristalline; sa solution rougit faiblement le tournesol; elle est peu soluble dans l'eau froide, plus soluble dans l'eau chaude et surtout dans l'alcool à 80 degrés. Elle sucre, à poids égal, 280 fois plus que le sucre de canne, dont elle rappelle la saveur, bien que moins agréable peut-être, mais elle a ce grand avantage de pouvoir être administrée sans aucun inconvénient aux diabétiques. Elle ne s'élimine que par le rein; on ne la retrouve ni dans le lait, ni dans la salive; elle ne réduit pas la liqueur de Fehling à moins d'avoir été préalablement chauffée avec un acide étendu. On prépare un sirop de saccharine d'après la formule: saccharine, 10 grammes; bicarbonate de soude, 12 grammes; eau distillée, 1000 grammes. On fait encore des pastilles, dont chacune permet de sucrer un verre de liquide, et qui sont ainsi composées: saccharine, 3 grammes; carbonate de soude, 2 grammes; mannite, 50 grammes. (Pour 100 pastilles.)

— M. *Dujardin-Beaumetz* a continué ses expérimentations sur les *inhalations d'acide sulfureux chez les phthisiques* et a obtenu le résultat qu'il a déjà signalé précédemment: amélioration des malades et diminution de l'expectoration, mais persistance du bacille dans les crachats. Il a essayé différents modes de production du gaz acide sulfureux dans l'atmosphère de la pièce où est placé le malade: combustion de l'hydrogène sulfuré, de la fleur de soufre, du sulfure de carbone dans une petite lampe spéciale; décomposition du sulfite de soude par un acide, etc.; tous ces procédés ont des inconvénients ou sont assez coûteux, mais M. Deschiens a inventé une bougie soufrée qui dégage en brûlant de l'acide sulfureux dont la quantité peut être appréciée au moyen d'une graduation inscrite à la surface de la bougie. Il a préparé également des bougies, beaucoup plus volumineuses, que l'on fait brûler, sur une assiette remplie d'eau, dans les chambres que l'on veut désinfecter.

M. *Durand-Fardel* demande si l'on a recherché l'action thérapeutique de ces inhalations sur les lésions bronchiques indépendamment de la tuberculose pulmonaire. La relation est assez directe entre l'état des bronches et l'évolution de la tuberculose pour qu'il ne soit pas sans intérêt de déterminer les modifications que ce mode de traitement apporte au catarrhe bronchique. On peut, d'ailleurs, rapprocher les inhalations d'acide sulfureux de celles qui se pratiquent dans les stations d'eaux minérales sulfureuses, bien que, dans ce dernier cas, le mélange d'hygrogène sulfuré et d'azote, en proportions variables, puisse modifier les résultats obtenus.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait savoir que M. Darier se propose de montrer, dans sa thèse sur ce sujet, que les inhalations d'acide sulfureux constituent une médication remarquable du catarrhe bronchique dont elles modifient notablement l'expectoration. Il faut, d'ailleurs, pour apprécier exactement cet effet, tenir compte de la décoloration subie par les crachats, dans le crachoir même, sous l'influence de l'acide sulfureux. Enfin, l'expectoration diminue d'une façon très manifeste, et la toux devient moins fréquente. Un fait remarquable c'est la tolérance d'autant plus marquée des phthisiques, pour les vapeurs sulfureuses, qu'ils sont atteints de lésions plus étendues. Enfin, il faut bien savoir qu'il n'y a aucun danger d'hémoptysie. M. Dujardin-Beaumetz n'a jusqu'ici observé aucun cas de guérison, mais il faut bien remarquer que l'expérimentation se fait, à l'hôpital, sur un terrain peu favorable; aujourd'hui que le procédé est devenu plus pratique et pourra être essayé en ville, peut-être obtiendra-t-on des résultats plus complets. A cet égard il est bon de savoir que la combustion des bougies soufrées n'altère pas les tentures ni le mobilier des appartements.

M. *Durand-Fardel* pense que la tolérance plus grande des tuberculeux tient à ce que, chez eux, le catarrhe bronchique concomitant recouvre la muqueuse des bronches d'une couche protectrice de mucosités, ce qui n'a pas lieu chez les personnes saines dont les bronches sont dès lors plus offensées par l'inhalation de l'acide sulfureux.

— M. *C. Paul* présente quelques remarques pratiques sur le *mode d'administration des potions*. La plupart du temps on prescrit une potion de 120 ou 150 grammes *par cuillerées toutes les deux heures;* or il arrive que, lorsqu'on revient le lendemain voir le malade, la bouteille est encore aux trois quarts pleine, un certain nombre de cuillerées n'ayant pas été prises à cause des repas ou pour toute autre cause. D'autre part, la cuiller est une mauvaise mesure de capacité; on ne la remplit qu'en partie, de crainte de renverser son contenu; or, comme c'est précisément la partie supérieure plus évasée qui a la capacité la plus grande, la *cuillerée* prise par le malade n'est, en fin de compte, que les deux tiers à peine de la cuillerée théorique. Pour éviter tous ces inconvénients, il faut prescrire ainsi la potion: *à prendre en vingt-quatre heures*, en deux, trois ou quatre fois, suivant les cas; on choisira, dès lors, comme mesure de capacité pour le fractionnement, le verre à liqueur, qui contient deux cuillerées, le verre à madère, le demi-verre à bordeaux, ce qui est beaucoup plus commode. On sera sûr ainsi que la dose totale sera prise dans le temps voulu.

M. *Mayet* reconnaît que l'inconvénient reproché à la cuiller est réel, mais il est à peu près le même pour le verre à liqueur dont la contenance est fort variable. Il rappelle qu'il a proposé, il y a déjà longtemps, un procédé fort simple, qui consiste à coller sur un verre une bande de papier verticale, que l'on divise ensuite par des traits correspondant aux cuillerées. On peut alors verser et boire commodément une quantité de potion équivalente à une, deux, trois cuillerées ou plus.

M. *Créquy* rappelle également qu'il a montré à la Société des flacons gradués qu'il a fait construire dans le but de faire prendre aux malades la potion entière dans les vingt-quatre heures, en quatre fois.

M. *Catillon* est d'avis que ces deux procédés peuvent se fusionner avec avantage, et qu'il est plus simple de coller la bande de papier sur la bouteille de potion, et de la diviser par des traits de plume en quatre parties sensiblement égales.

M. *F. Vigier* s'est assuré que les verres à liqueur *à pied* sont tous d'une contenance identique, à un gramme près; ils peuvent contenir 20 grammes d'eau.

M. *C. Paul* insiste sur la plus grande commodité qui résulte pour le malade de l'emploi du verre. Il rappelle que le verre constitue le meilleur récipient pour faire prendre, sans dégoût, l'huile de foie de morue aux enfants. On verse l'huile sur une petite couche de vin de Malaga et l'on humecte la surface interne et les bords du verre avec le même vin; la première sensation, en appliquant les lèvres, est celle du vin de Malaga; la dernière est encore celle du vin qui, plus dense que l'huile, arrive le dernier dans la

bouche; on ne s'aperçoit pour ainsi dire pas, par ce moyen, que l'on absorbe l'huile de morue.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

Société anatomique.

Séance du 27 janvier 1888. — Présidence de M. Cornil.

M. *Engelbach* présente des pièces de *phlegmon périnéphrique*.

— M. *Deeressac* montre une hydronéphrose due à la *compression de l'uretère par des vaisseaux anormaux*.

— M. *Dumoret* apporte les pièces d'*ostéomyélite de l'adulte* signalées par le professeur Trélat à la Société de chirurgie. (Voy. plus haut.)

— M. *Callot* fait voir des *hématomes sous-muqueux de la vessie* chez un prostatique dont la rétention a cependant été traitée suivant les règles classiques du cathétérisme.

— M. *Couder* montre une *rupture de l'aorte* au niveau d'une plaque d'athérome adhérente au poumon. Mort d'hémoptysie.

— M. *Lejars* décrit une poche d'*abcès ossifluent de la fosse iliaque*, traitée par les injections d'éther iodoformé. Les rapports intimes avec la veine cave eussent rendu le grattage dangereux.

Séance du 3 février 1888. — Présidence de M. Cornil.

M. *Guinard* présente une pièce d'*anus iliaque* pratiquée par M. Jalaguier pour un cancer du rectum.

— MM. *Cornil* et *Castex* montrent une *généralisation d'ostéosarcome* avec une forme spéciale d'arthrite du genou.

— M. *Broca* fait une communication sur la *hernie inguino-interstitielle*.

— M. *Winokouroff* fait voir un *fibrome du sein* enlevé à une jeune fille de treize ans.

— MM. *Dejérine* et *Tuilant* communiquent un cas d'*hémianesthésie par hémorrhagie cérébrale*; l'anesthésie n'était que superficielle, ce qui peut être un signe important pour le diagnostic de l'hémianesthésie hystérique.

— M. *Dagron* présente une observation de *salpingite* avec accidents nerveux réflexes pour M. Landrieux, dûs à une ataxie concomitante pour M. Lucas-Championnière.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE.

Occlusion intestinale. — La discussion qui a eu lieu sur ce point au Congrès des chirurgiens allemands en 1887 a déjà été résumée par la *Gazette* dans ses lignes principales (voy. 1887, p. 375). Les mémoires les plus importants viennent de paraître *in extenso*, et il reste quelques détails à y puiser.

Les préférences de Madelung pour l'entérotomie ont déjà été indiquées ici. L'auteur insiste longuement sur la difficulté de réduire les anses intestinales météorisées : c'est là ce qui empêchera toujours cette laparotomie d'être comparable à la laparotomie exploratrice ordinaire, aussi repousse-t-il le procédé de Kuemmel : incision de l'appendice xiphoïde à la symphyse et examen immédiat du paquet intestinal extrait d'un bloc. En outre, cette pratique expose au refroidissement du péritoine, et partant au choc. Quant aux procédés de Treves (exploration, sans y voir, avec la main introduite dans le ventre) ou de Mikulicz (dévidement des anses, réduites à mesure, à travers une petite incision; si l'on ne trouve rien dans un sens, même manœuvre en sens inverse), ils laissent souvent méconnaître l'obstacle. Aussi Madelung donne-t-il un autre manuel opératoire (voy. *Gaz. hebd.*, 1887, p. 376). Il reconnaît, d'ailleurs, que nous sommes encore loin de la perfection. On gagnera sans doute encore beaucoup en diagnostic et en technique opératoire, mais, quoi qu'on en dise, cette laparotomie ne sera jamais à mettre sur le même plan que la kélotomie. Ici, c'est le péritoine entier qui forme le sac où s'épanchent les produits septiques qui transsudent de l'anse étranglée bien avant la gangrène. En outre, on ne tirera jamais d'affaire les malades que l'on trouve dans le collapsus : or, chez les enfants surtout, il n'est pas rare que ce collapsus existe au bout de douze à vingt-quatre heures. Conclusion : « Le chapitre du traitement opératoire de l'occlusion intestinale est encore un des plus obscurs de la chirurgie. » (Madelung, *Zur Frage der operativen Behandlung der inneren Darmeinklemmungen*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 283.)

Rydygier se fonde sur sept observations de laparotomie. La première concerne une femme de quarante-trois ans, enceinte de six mois, atteinte depuis deux ans d'une tumeur rénale, en sorte que Rydygier attribua à la constriction par une bride de péritonite les accidents d'occlusion qu'elle présenta. Il fit la laparotomie, trouva la bride soupçonnée, la sectionna entre deux ligatures. Le malade guérit et la grossesse continua son cours. Ce succès est dû à la rapidité de l'intervention : rien n'est si fatal aux malades que les guérisons parfois obtenues par les lavements forcés, par le lavage de l'estomac. On s'attarde à ces moyens que l'on croit efficaces et on laisse passer le moment favorable. C'est au quatrième jour des accidents que le deuxième malade, homme de trente-neuf ans, a été opéré pour une invagination diagnostiquée : il est mort en quelques heures, sans avoir repris connaissance. Le troisième fait est un volvulus, attribué à une lésion tuberculeuse (pourquoi ?) : la laparotomie a permis de détordre l'anse et, après avoir eu une selle, la malade est morte, probablement de méningite tuberculeuse (pas d'autopsie, symptômes insuffisants pour étayer le diagnostic). Le quatrième est un homme de cinquante ans, opéré, sans diagnostic précis, vers le cinquième ou sixième jour. Rydygier trouva une coudure brusque de l'intestin grêle dans le petit bassin et ne put libérer ces adhérences pérircectales : anus contre nature, mort; c'est encore de péritonite, péricæcale cette fois, avec coudure intestinale et production de pus enkysté, qu'il s'agit dans la cinquième observation; incision dans la fosse iliaque droite, mate à la percussion, drainage, guérison. Les deux derniers faits sont mortels : l'un sur un nouveau-né (péritonite avec adhérence intestinale et oblitération en un point qui fut réséqué); l'autre sur un vieillard où la laparotomie fit trouver, ce qui était prévu, un cancer de l'S iliaque en sorte que Rydygier pratiqua l'anus contre nature. Rydygier se déclare partisan, en principe, de la laparotomie, et non pas seulement, comme le veut Czerny, lorsque les forces du malade sont encore assez conservées, lorsque le ventre n'est pas trop tendu et lorsque, par la palpation sous le chloroforme, on croit sentir le siège de l'obstacle. Ce serait en ce dernier point qu'il faudrait dès lors inciser. Rydygier préfère, en général, l'incision médiane. Avec Hulke et Mikulicz c'est en déroulant les anses vides qu'il va à la recherche de l'obstacle. Lorsque la distension rend difficile la réduction des anses intestinales, Madelung a raison de proscrire les ponctions comme dangereuses et de faire des incisions évacuatrices qu'il suture ensuite. Il est encore bon de faire précéder la chloroformisation d'un lavage de l'estomac. (*Beitrag zur operativen Behandlung innerer Darmeinklemmung*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 194.)

H. Kuemmel est partisan de la laparotomie et pour l'occlusion et pour la péritonite; c'est aux temporisations médicales qu'elle doit sa gravité. Nos efforts doivent tendre à faire entrer l'ileus dans le domaine de la chirurgie : or il est en ce moment dans celui de la médecine. Le diagnostic sans doute est malaisé: chez un tuberculeux (poumon et calcanéum), Kuemmel diagnostiqua une péritonite tuberculeuse, et, malgré la lenteur des accidents, l'autopsie lui montra une bride parfaitement justiciable de l'opération. Mais faut-il s'attarder à des finesses de diagnostic? Kuemmel ne le pense pas : de toutes les affections simulant l'étranglement, la pérityphlite seule contre-indique la laparotomie. L'anus contre nature, en outre, n'évite nullement une laparotomie ultérieure, dans bien des cas. Il est indispensable de trouver l'obstacle (ou la perforation) avec rapidité et certitude; on ne le peut qu'en incisant largement, de l'appendice xiphoïde à la symphyse, et en mettant au dehors d'un corps tout le paquet intestinal. Sur 7 opérations, Kuemmel a toujours trouvé la lésion en quelques minutes; 5 interventions tardives (dont 3 pour perforation) ont été mortelles; mais deux opérations précoces pour occlusion ont fort bien guéri. Mais le météorisme rend souvent difficile la réduction de l'intestin. Il ne faut ni le ponctionner ni l'inciser. On suture le haut de la plaie; quand la tension devient forte, on recouvre le paquet d'une serviette aseptique dont les bords sont bien engagés dans l'abdomen. On passe les fils peu à peu au-dessus d'elle et, en les serrant, on rentre progressivement les anses. On retire la serviette avant de suturer l'angle inférieur. On peut encore essayer ce qui a réussi deux fois à Rehn, qui a vu les anses s'affaisser sous l'influence d'un lavage de l'estomac. (*Zur Frage der operativen Behandlung der inneren Darmeinklemmung*, in *Centralbl. f. Chir.*, 1887, p. 834.)

M. Schede. La discussion sur ce point n'approche pas encore de la clôture : c'est avant tout des progrès du diagnostic qu'elle dépend. On dit que les médecins ont tort d'épuiser sur les malades la série des moyens médicaux. Mais les chirurgiens, auxquels on n'amène que les cas rebelles, ne savent pas la proportion des succès, proportion qui semble s'élever à la moitié des cas, sinon plus. Or le diagnostic à priori est à peu près impossible. Non point, sans doute, quand les accidents ont un début éclatant : on peut alors penser à un obstacle absolu et élevé et le malade arrive vite à l'hôpital, dans de bonnes conditions pour être opéré. (On s'étonne de ne pas voir discuter là le diagnostic de la péritonite suraiguë.) Mais ces cas sont la minorité. Le plus souvent les accidents sont d'abord insidieux et il est fréquent que, lorsque le chirurgien est appelé, l'état de dépression ne permette plus que l'établissement d'un anus contre nature. Quand les forces sont encore suffisantes, on devra chercher l'obstacle : Schede se rallie au procédé de Mikulicz et n'admet celui de Kuemmel qu'à titre d'exception. Pour l'anus contre nature, il préconise la cæcotomie qui, vu la fréquence des lésions de l'S iliaque (volvulus; cancer) a grande chance d'être efficace, et permet, comme pis aller, si le cæcum est flasque, l'entérotomie sur l'intestin grêle (incision parallèle à la moitié externe de l'arcade crurale et à trois doigt au-dessus d'elle). Il insiste sur la fréquence relative des cas où cette opération, en principe palliative, devient réellement curative, le cours naturel des matières se rétablissant (plusieurs observations). Suivent 24 observations. Nous en relevons une sur un sujet opéré sept mois auparavant de résection intestinale pour cancer; pas de récidive; étranglement par bride péritonéale. Une autre, où la bride péritonéale était un reste d'une laparotomie antérieure pour salpingite. (*Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Ileus*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 634.)

Meinhardt Schmidt pense avec Braun (Congrès des chir. all., 1885) que, dans l'invagination, l'intervention chirurgicale (désinvagination ou résection) est, si elle est précoce, moins grave que l'attente d'une guérison naturelle, possible, mais exceptionnelle. Or, parmi les occlusions intestinales, l'invagination est une des rares où le diagnostic précoce et exact soit possible. Mais, pour Braun, les accidents d'étranglement aigu sont l'indication opératoire; pour Schmidt ils peuvent parfaitement faire défaut et la maladie se terminer par la mort sans qu'une occlusion absolue ait ainsi commandé l'opération. L'observation publiée ici en est la preuve. D'ailleurs Trèves insiste nettement sur la fréquence de cette marche insidieuse. Donc, une fois le diagnostic posé — ce qui est souvent possible — il faut faire la laparotomie dans les vingt-quatre heures, au plus tard dans les quarante-huit heures, sans se laisser influencer par le degré d'acuité des accidents. Opération ici facile, car on sait où est l'obstacle; et bénigne, car elle sera courte et faite sur un sujet encore résistant. (*Zur Frage der operativen Behandlung der Darminvagination*, in *Cent. f. chir.*, 1888, p. 1.)

A. Broca.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de pharmacie galénique, par M. Edme Bourgoin, professeur à l'École de pharmacie, etc. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1888.

Cette nouvelle édition du *Traité de pharmacie galénique* a été mise au courant des faits nouveaux contenus dans le Codex de 1884. Elle tient compte, par conséquent, des modifications apportées officiellement dans la préparation d'un grand nombre de médicaments tels que décoction blanche de Sydenham, sirop de gomme, miel rosat, extrait de seigle ergoté, huile phosphorée, collodion, etc., etc. Quelques médicaments nouveaux ont été ajoutés et l'on a supprimé un certain nombre de préparations tombées en désuétude.

Ce Traité est divisé en trois parties.

La première, consacrée aux généralités, est relative à l'élection et à la récolte des matières premières ainsi qu'à la description des opérations pharmaceutiques, physiques et chimiques qui sont indispensables à connaître pour confectionner les médicaments.

La deuxième partie comprend la description des *médicaments internes* en allant des plus simples aux composés.

L'auteur étudie successivement, dans une première subdivision, les *pulpes*, puis les *sucs* qu'il divise en sucs : aqueux, gommeux, résineux, gommo-résineux, balsamiques, huileux volatils, huileux fixes. Un important chapitre est consacré aux sucs aqueux (sucs herbacés, sucrés, acides), à leur clarification et à leur conservation.

L'étude des médicaments obtenus par solution est l'objet de la seconde subdivision qui comprend : 1° *Hydrolés :* tisanes simples, bouillons, émulsions, mucilages et gommes, limonades, potions, eaux médicamenteuses; 2° *Alcoolés :* teintures alcooliques, alcoolatures, alcoolés sucrés, acides, ammoniacaux, alcoolés de sels métalliques; 3° *Ethérolés;* 4° *Œnolés :* vins médicinaux, laudanum, etc.; 5° *Acétolés :* vinaigres médicinaux par distillation, par macération, au moyen des alcoolats; 6° *Brutolés :* bières médicamenteuses.

Les médicaments obtenus par distillation forment la troisième subdivision : Hydrolats, Huiles essentielles, Alcoolats. Viennent ensuite les médicaments obtenus par évaporation : extraits aqueux, alcooliques, éthérés; résines, gommes-résines, baumes. Les saccharolés forment la cinquième subdivision de ce deuxième livre que termine une dernière subdivision consacrée aux médicaments anomaux : espèces, pilules, granules et capsules, poudres granulées.

La troisième et dernière partie du *Traité de pharmacie galénique* comprend la description des *médicaments externes :* huiles médicinales, pommades, onguents, emplâtres, sparadraps, cataplasmes, suppositoires, fomentation, lotions, injections, etc., liniments, escharotiques.

L'ouvrage est terminé par une série de documents fort utiles et dont on a constamment besoin dans la pratique.

En raison du titre même de cet ouvrage et du but vers lequel tendait l'auteur, ce sont le mode de préparation de chaque médicament et sa composition chimique qui ont reçu le plus de développements : les détails qui sont plutôt du ressort de la matière médicale ont été volontairement négligés. Ce traité n'en est pas moins utile pour les praticiens qu'il met au courant de la préparation et des propriétés des médicaments en même temps que des récents progrès de la science à ce sujet.

G. P.

Manuel de trachéotomie, par M. le docteur Paul Renault, ancien interne des hôpitaux, avec une préface du docteur Jules Simon. — Paris, 1887. G. Steinheil.

Cette publication posthume entreprise par MM. Darier et Carron de la Carrière a non seulement le mérite d'être un hommage pieux à la mémoire d'un ami et d'un collègue d'internat, mais elle a encore l'avantage de donner au public médical une excellente monographie sur la trachéotomie. Les éloges adressés à cet ouvrage par M. Jules Simon, dans sa préface, font ressortir les nombreuses qualités de ce manuel : exposition claire et concise, mise en relief de nombreux détails, superflus peut-être en apparence, mais répondant bien à la réalité des faits ; renseignements pratiques fort utiles sur les suites de l'opération, l'hygiène de l'opéré, les soins à prendre pour éviter les complications locales ou éloignées. On sent en lisant les divers chapitres de ce manuel que c'est l'œuvre de quelqu'un qui a vu et su voir ; on y reconnaît le souci constant de la pratique au lit des petits malades, le désir d'éviter aux autres les hésitations, les erreurs, les omissions qui peuvent en pareilles circonstances décider de la vie de l'enfant. C'est un livre qui devra se trouver entre les mains de tous, étudiants, praticiens des villes ou de la campagne ; sa lecture attentive leur évitera sans doute plus d'un cruel mécompte, lorsqu'ils seront appelés un jour à intervenir d'urgence.

Étude sur la syphilis du nez et des fosses nasales (accidents primitifs et secondaires), par M. le docteur Georges Dupond. — Paris, 1887. O. Doin.

L'auteur, frappé du peu de renseignements contenus dans les ouvrages de syphiliographie sur les accidents primitif et secondaires du nez et de la muqueuse pituitaire, a entrepris des recherches propres à combler cette lacune. Il a reconnu que le chancre infectant de l'organe de l'odorat est extrêmement rare, et que sa localisation en cette région doit être attribuée, le plus souvent, au hasard ayant amené l'inoculation du virus tantôt sur le tégument externe, à l'orifice antérieur des fosses nasales, ou à leur orifice postérieur. C'est une lésion, d'ailleurs, bénigne, en ce qu'elle n'entraîne pas de perte de substance et son diagnostic n'offre guère de difficulté que lorsqu'elle est située sur la muqueuse pituitaire ; elle s'accompagne d'une adénopathie assez caractéristique située dans la région sous-maxillaire ou au-devant de l'oreille. Les accidents secondaires sont représentés par les syphilides érosives de l'orifice du nez, qui ne sont pas rares et se reconnaissent facilement ; et par les plaques muqueuses de la pituitaire, lésion rare et d'un diagnostic souvent délicat. Du reste, ces accidents secondaires, justiciables du traitement classique de la syphilis, n'offrent aucune gravité particulière, et leur pronostic, comme celui du chancre, ne comporte pas de réserves spéciales.

VARIÉTÉS

Monument élevé a la mémoire de M. Béclard. — Aujourd'hui même aura lieu au cimetière du Père-Lachaise l'inauguration du monument élevé à la mémoire du regretté professeur Béclard. L'heure à laquelle ce numéro doit être mis sous presse nous oblige à remettre à la semaine prochaine le compte rendu des discours qui seront prononcés par MM. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris ; Brouardel, doyen de la Faculté ; le président de l'Académie de médecine et Laborde, chef du laboratoire de physiologie.

Association générale des médecins de France. *Société centrale.* — L'assemblée annuelle de cette Société s'est tenue dimanche dernier dans le grand amphithéâtre de l'avenue Victoria, sous la présidence de M. Lannelongue qui, après avoir payé un juste tribut de regrets à la mémoire de Gosselin et de Foville, a parlé en excellents termes de la nécessité d'adresser à tous ceux qui ne font pas encore partie de l'Association un pressant et chaleureux appel. Dans son rapport annuel M. Piogey, secrétaire de la Société centrale, a insisté lui aussi sur l'avantage qu'auraient tous les médecins à s'inscrire parmi les membres de l'Association. Ceux qui, après quelques années prospères, auraient besoin de son assistance ne regretteraient point alors leur adhésion. Quant aux autres, la certitude de rendre service à d'infortunés confrères sera toujours pour eux une récompense suffisante de leurs sacrifices pécuniaires. L'exposé de l'état financier de l'Association prouve que, grâce à M. le docteur Brun et aux donateurs annuels, on peut espérer beaucoup pour l'avenir.

Corps de santé militaire. — Nous sommes heureux d'apprendre que par décret en date du 7 février 1888, M. le professeur J. Arnould, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, vient d'être nommé médecin inspecteur, tout en restant maintenu dans ses fonctions actuelles où il rend de si éminents services à la médecine militaire aussi bien qu'à l'Université.

Corps de santé militaire. — *Tableau d'avancement :* État de classement par ordre d'ancienneté, des médecins-majors de 2e classe, inscrits au tableau d'avancement pour le grade de médecin-major de 1re classe.

1886. — M. Perrin.

1887. — MM. Klein, Donion, Reverchon, Pouchet, Cabanié, Franck, Weil, Chupin, Maria, Laval, Colnenne, Chatain, Carayon, Langlois, Salvetat, Antony, Vautrin, Yvert (Tonkin), Longuet, Duponchel, Amat (L.-E.) (Tonkin), Desmons (Tonkin), Mercier (Tonkin).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Bitot, ancien professeur de l'École secondaire de Bordeaux où il avait enseigné l'anatomie pendant près de trente ans. Lors de la création de la Faculté de médecine, M. Bitot fut nommé professeur honoraire et conservateur du musée d'anatomie. Ses recherches sur la structure de l'encéphale et ses travaux cliniques sur la chirurgie infantile lui avaient valu une juste renommée. M. Bitot était l'un des praticiens les plus estimés de la ville de Bordeaux où sa mort laisse dans le monde médical auquel appartiennent ses fils et son gendre les plus symphatiques regrets.

— Nous apprenons aussi la mort d'un honnête et respectable praticien de Münster (Alsace), le docteur Dietz, qui pendant près de quarante ans y a exercé avec distinction la médecine et l'obstétrique.

Mortalité a Paris (4e semaine, du 22 au 28 janvier 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 12. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 47. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 191. — Autres tuberculoses, 29. — Tumeurs : cancéreuses, 46 ; autres, 8. — Méningite, 39. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 58. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 58. — Bronchite aiguë, 42. — Bronchite chronique, 59. — Broncho-pneumonie, 32. — Pneumonie, 104. — Gastro-entérite : sein, 13 ; biberon, 24 ; autres, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 35. — Sénilité, 39. — Suicides, 10. — Autres morts violentes, 17. — Autres causes de mort, 209. — Causes inconnues, 7. — Total : 1153.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

13477. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 15 février 1888.

Académie de médecine : L'antipyrine et les accidents qu'elle peut produire.

Il y a quelques semaines (23 décembre 1887, p. 838), en reproduisant une correspondance de MM. Mairet et Combemale, qui avaient impunément prescrit de très fortes doses d'antipyrine, nous avions signalé les accidents nerveux graves qui, chez certains sujets, peuvent suivre l'administration du médicament. La discussion qui vient d'être soulevée devant l'Académie par M. Ball démontre bien que ces accidents sont exceptionnels et, comme l'a dit M. G. Sée, presque toujours dus à une idiosyncrasie spéciale. Je ne crois pas, en effet, que la pureté du médicament soit souvent à incriminer. Dans le cas particulier que j'ai cité, l'antipyrine a été analysée attentivement et reconnue parfaitement pure. Mais la rapidité avec laquelle on absorbe successivement les doses prescrites (3 ou 4 grammes en quelques heures) joue parfois un certain rôle et l'on évite les accidents gastriques et nerveux en faisant prendre des doses fractionnées et surtout en associant à l'antipyrine des préparations eupeptiques ou des eaux gazeuses. La conclusion à tirer de l'intéressante discussion qu'on trouvera résumée plus loin est que l'antipyrine, très utile comme médicament sédatif de la douleur, ne doit pas être indifféremment prescrite à tous les sujets et qu'il importe d'en surveiller les effets. On verra ainsi que, presque toujours, avant le *rash* caractéristique, les accidents d'intolérance débutent par des crises d'éternuement très fréquents et très pénibles. Si l'on s'arrête alors, on évitera des désordres plus sérieux que l'administration coup sur coup de doses massives eût certainement déterminés. En surveillant bien le mode d'administration de l'antipyrine, on constatera souvent aussi que les sujets qui supportent difficilement ce remède, qui en éprouvent des troubles gastriques, de l'inappétence, de la prostration, avec ou sans éternuements, rash ou vertiges, sont précisément ceux chez lesquels l'antipyrine n'agit pas, ne calme pas les crises de migraine ou de névralgies. Les faits signalés par M. G. Sée restent donc avec leur valeur clinique et thérapeutique. Les observations qui prouvent les inconvénients qu'a parfois l'antipyrine montrent seulement qu'il y a des sujets réfractaires à ce médicament comme aux autres.

CLINIQUE MÉDICALE

La recherche de l'activité du suc gastrique en vue du diagnostic et du traitement des affections de l'estomac.

(Suite. — Voy. le numéro 6.)

III

Avant d'entrer dans l'étude même des divers réactifs qui ont été successivement préconisés par les observateurs pour déterminer l'acidité du suc gastrique et le degré de cette acidité, il resterait à traiter une question connexe fort débattue, et dont la solution définitive ne semble pas encore suffisamment établie : nous voulons parler de la nature de l'acide libre existant dans le suc gastrique. Nous ne saurions lui accorder ici tous les développements qu'elle comporte, mais nous croyons néanmoins devoir nous y arrêter quelques instants à cause de son importance au point de vue même des recherches cliniques basées sur l'analyse chimique des sécrétions de l'estomac.

Les expériences de digestion artificielle ont démontré que le pouvoir digestif de la pepsine ne peut se manifester qu'en présence d'un acide. Quel est donc l'acide existant dans le suc gastrique normal? Suivant Blondlot c'est l'acide phosphorique (phosphate acide de chaux); d'après Cl. Bernard, Barreswill, Laborde, Béclard, il s'agit de l'acide lactique ou, suivant les recherches de Richet, de l'acide sarcolactique; enfin, si l'on en croit Prout, Schmidt, Mulder, Brinton, Braconnot, Rouget, Ritter, Rabuteau, Van der Velden, Herzen, Ewald, et la plupart des auteurs modernes, à l'avis desquels se range G. Sée, on doit admettre la présence de l'acide chlorhydrique. Il semble bien difficile de prendre parti

entre des observateurs d'un mérite et d'une compétence aussi indiscutables, et peut-être faut-il se borner à enregistrer les faits, tout en signalant la cause possible d'une semblable divergence d'opinion : l'existence simultanée, ou successive, des deux acides lactique et chlorhydrique dans le liquide sécrété par les glandes de l'estomac pendant la période digestive.

Nous voyons, en effet, Ch. Richet (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, 1878), qui admet la présence de l'acide sarcolactique libre, démontrer l'existence simultanée de l'acide chlorhydrique à l'état de combinaison, non avec la pepsine comme le veut Schiff, mais sans doute avec la leucine, et établir au moyen du procédé de Berthelot le coefficient de partage des deux acides. D'autre part, tandis que Cahn a soutenu que dans l'alimentation exclusivement animale l'acide lactique fait défaut pendant toute la période digestive et que le suc gastrique renferme seulement de l'acide chlorhydrique libre, par contre Ewald et Boas ont affirmé la présence de l'acide lactique pendant la première heure de la digestion de la viande. En résumé, d'après les recherches de ces auteurs, on peut admettre, ainsi que l'a rappelé M. G. Sée devant l'Académie, que pendant les trente premières minutes de la digestion normale l'acide lactique précède l'acide chlorhydrique ; puis il y a coïncidence des deux acides; enfin, il y a une phase exclusivement chlorhydrique qui commence quelquefois après une demi-heure, au plus tard après une heure. Dans un certain nombre de cas pathologiques la durée de ces, périodes lactique, ou amylolytique, et chlorhydrique peut être assez notablement modifiée.

Quoi qu'il en soit, au point de vue des recherches de chimie clinique que nous avons spécialement pour but d'étudier, on peut envisager la présence de l'acide chlorhydrique comme étant la plus importante, les expériences de Hünefeld et celles de Meissner ayant montré que le suc gastrique préparé avec l'acide chlorhydrique digère plus activement que celui qui est acidifié avec l'acide lactique. Aussi, doit-on se proposer de distinguer au moyen des réactifs, ainsi que l'a dit M. G. Sée (*Acad. de méd.*, séance du 24 janvier 1888), « le bon acide qui est l'acide chlorhydrique, d'avec les acides médiocres comme l'acide lactique, acétique, butyrique », et ne doit-on recueillir le contenu stomacal, après le repas d'épreuve, qu'au bout de trois quarts d'heure au moins, puisque nous avons vu que pendant la première période digestive c'est l'acide lactique qui existe seul ou prédomine dans la sécrétion de la muqueuse stomacale.

Quant à l'acide acétique ou aux acides gras, tels que l'acide butyrique, ils n'ont qu'une importance absolument secondaire et sont simplement le résultat de fermentations ou de décompositions subies par les substances ingérées et les résidus alimentaires.

Peut-être, dans les recherches de chimie clinique, appliquées dans ces dernières années avec tant d'ardeur par les Allemands et par quelques expérimentateurs français à l'étude des fonctions de l'estomac et des maladies de ce viscère, a-t-on laissé un peu trop de côté le rôle important dévolu à la pepsine, et en particulier au pepsinogène de Grützner et Ebstein, ou propepsine de Schiff, pour s'attacher d'une façon quelque peu exclusive à la teneur du suc gastrique en acide? Loin de nous, certes, la pensée de contester la valeur de ces études et toute leur importance relativement aux conséquences qui en découlent pour le diagnostic et la thérapeutique des affections de l'estomac et des dyspepsies; la pepsine sans acide, et sans le *bon* acide, agit mal ou même n'agit pas, nous le reconnaissons volontiers, mais l'acide sans pepsine et sans *bonne* pepsine se montre-t-il plus actif? et n'y aurait-il pas lieu de se demander si, dans un certain nombre de cas d'hyperchlorhydrie, par exemple, on ne pourrait trouver dans la théorie de la pepsinogénie et des peptogènes édifiée par Schiff, de précieuses indications thérapeutiques. Si l'on en croit les recherches de Herzen (*La digestion stomacale*, Lausanne, 1886), il y a là une voie ouverte qui promet de conduire ceux qui voudraient s'y engager à des résultats fort remarquables et d'une haute portée pratique.

Nous ne pouvions que signaler en passant ce point particulier avant d'entreprendre la description des réactifs et des procédés chimiques employés pour contrôler l'acidité du suc gastrique retiré de l'estomac par les moyens divers que nous avons passés en revue.

Les premières analyses de ce genre paraissent avoir été entreprises en France par MM. Laborde et Dusart avec le sulfate d'aniline et avec le violet de Paris. Lorsqu'on verse dans de l'eau, acidulée par l'acide chlorhydrique, à laquelle on a ajouté un corps oxydant, tel que le bioxyde de plomb, quelques gouttes d'une dissolution de sulfate d'aniline, le liquide prend une teinte acajou foncé; si l'on répète la même expérience avec l'acide lactique, on obtient au contraire la coloration de l'eau rougie par le vin. Le violet de Paris, traité par l'eau acidulée avec l'acide chlorhydrique (2 millièmes), prend une belle couleur verte, tandis que l'acide lactique, au même titre, ne modifie pas la coloration du réactif. M. Laborde a cherché par ces moyens à déterminer la nature de l'acide libre du suc gastrique et a été amené à conclure qu'il s'agit de l'acide lactique.

Le violet de Paris, ou méthyl-violet, a été depuis lors employé en Allemagne et en France pour la recherche de l'acide chlorhydrique par divers expérimentateurs, et M. Dujardin-Beaumetz (*Soc. méd. hôp.*, décembre 1884) indique la coloration bleue que prend une dissolution de violet de gentiane au cinq millième en présence de traces d'acide chlorhydrique (1,5 pour 1000); le même virage au bleu pâle, allant jusqu'au bleu foncé, est signalé par M. G. Sée (*Ac. de méd.*, janvier 1888) dans les essais pratiqués avec le suc gastrique.

Frappé de voir le virage au vert signalé par Laborde et au contraire le virage au bleu indiqué par d'autres expérimentateurs, nous avons vérifié nous-même la coloration obtenue dans ces conditions, et nous nous sommes assuré qu'il s'agit d'une simple décoloration par l'acide chlorhydrique passant depuis le bleu foncé, le bleu pâle, ensuite le vert-émeraude, jusqu'au jaune-rouille clair, suivant la proportion d'acide en rapport avec la quantité de principe colorant. On obtient des résultats identiques avec l'acide sulfurique et l'acide nitrique.

En Allemagne, où ce genre de recherches de chimie clinique a été très employé depuis quelques années, principalement à la suite des travaux de Van der Velden (***Deutsch. Arch. f. klin. Med.***, XXIII, 4), on a eu surtout recours à la tropéoline, substance colorante extraite du goudron de houille et dont le nom vient de ce que les couleurs qui en découlent rappellent celles de la capucine (***Tropæolum majus***). Il existe dans l'industrie plusieurs espèces de tropéoline, mais c'est la variété dite OO qui convient pour la recherche de l'acidité des liquides gastriques. En France, M. Dujardin-Beaumetz a fait connaître, comme succédanée

de la tropéoline allemande une substance, colorante tout analogue, désignée dans le commerce sous le nom d'orangé Poirier n° 4. Une solution aqueuse à 1 pour 100 de l'un ou l'autre de ces réactifs prend, lorsqu'on lui ajoute un liquide renfermant de l'acide chlorhydrique ou des chlorhydrates, une coloration rouge violacé d'autant plus intense que la proportion d'acide est plus considérable. On avait même songé, en Allemagne, à établir une échelle de graduation de teinte qui aurait permis d'apprécier le titre de l'acidité chlorhydrique du suc gastrique employé; mais ce procédé d'analyse quantitative ne donne que des résultats difficiles à apprécier et par trop approximatifs. Enfin M. Dujardin-Beaumetz a signalé ce fait que l'orangé Poirier donne avec l'acide lactique un virage différent, rouge orangé au lieu de rouge violacé; on peut se demander si la distinction est toujours bien facile à faire entre ces deux teintes?

L'emploi de la solution aqueuse de tropéoline n'est peut-être pas à l'abri de toute critique, puisque Herzen (*loc. cit.*, p. 73), qui l'a expérimentée, déclare que « c'est la manière la plus défectueuse d'employer ce réactif ». Il est vrai qu'il ne dit pas s'il y en a une meilleure, et qu'il se contente de signaler que la présence d'une certaine proportion de corps albumineux dans le liquide à analyser suffit pour empêcher la réaction; le même fait a été constaté par Cahn avec le violet de méthyle ou le papier du Congo.

Ce papier réactif, expérimenté surtout par Riegel, est peu employé à cause du manque de certitude et de précision des renseignements qu'il fournit. Cet abandon serait d'ailleurs injuste, si l'on en croit Konrad Alt, assistant du professeur Riegel, à Giessen, qui plaide chaleureusement la cause du rouge du Congo dans un mémoire tout récent (*Centralblatt f. Klin. med.*, 21 janvier 1888) et adresse à la tropéoline, ainsi qu'à la phlaroglucine vanilline, dont nous parlerons plus loin, le reproche, immérité selon nous, d'être des réactifs trop compliqués en clinique.

Il est encore quelques autres procédés d'analyse que nous ne ferons que citer, car ils sont infidèles, ou relativement peu employés : tels sont par exemple l'alizarine à laquelle Edinger a eu recours; la fuschine dont la solution se décolore plus ou moins complètement par l'acide chlorhydrique; l'airelle de myrtille préconisée par Hübner, et dont la technique a été modifiée tout dernièrement par M. Guillon (*Du carcimone latent de l'estomac*. Th. inaug. février 1888); la phthaléine, dont M. Quinquaud paraît avoir retiré certains avantages; le perchlorure de fer phéniqué, dont la coloration bleue disparaît avec l'acide chlorhydrique, devient jaunâtre avec l'acide lactique, et laiteuse, grisâtre, avec l'acide butyrique. Ce dernier réactif a été en particulier vanté par Uffelmann, qui propose également, pour déceler la présence de l'acide nitrique, l'emploi d'un liquide composé de 1 centimètre cube de vin de Bordeaux et 3 centimètres cubes de glycérine et d'alcool, liquide qui rougit par l'addition de traces d'acide chlorhydrique.

Citons encore le vert malachite, proposé par Jacksh, produit de condensation de la benzaldéhyde avec la diméthylaniline ou le vert brillant de Lépine (*Lettre à la Soc. méd. des hôp.*, 15 janvier 1887) qui ne diffère du précédent que par la substitution de la diéthylaniline. On pourrait, d'après cet observateur et comme l'a montré l'un de ses élèves M. Simonin (*Th. de Lyon*, 1886), non seulement déceler avec ce réactif la présence de l'acide libre, mais même apprécier la nature et la proportion de cet acide suivant le degré du virage au bleu qui se manifeste. C'est le réactif adopté par M. Dieulafoy.

On possède encore des méthodes chimiques complexes qui ne peuvent satisfaire aux conditions d'une étude clinique et qui restent du domaine du laboratoire; nous rappellerons seulement l'une des plus connues, celle de Rabuteau, modifiée par Cahn et Mering en substituant la cinchonine à la quinine, et qui permet de reconnaître l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, même en présence d'une forte proportion de peptones.

Nous ne saurions insister davantage, et nous avons hâte de terminer cette longue énumération par le plus récent et peut-être le plus sensible des réactifs de l'acidité du suc gastrique: la phloroglucine-vanilline.

C'est à Gunzburg (de Francfort) que revient l'honneur d'avoir indiqué ce moyen d'analyse, en 1887; et, peu après, Ewald communiquait à la Société de médecine interne de Berlin (séance du 7 novembre 1887) le résultat de ses expériences avec le réactif de Gunzburg qu'il n'hésite pas à déclarer le meilleur et le plus exact de tous ceux qui ont été imaginés dans le même but. Enfin M. G. Sée vient de faire devant l'Académie de médecine (17 janvier 1888) une importante lecture sur le même sujet et a tiré de ses recherches des conclusions diagnostiques et thérapeutiques sur lesquelles nous aurons à revenir.

Lorsqu'on prépare, avec 30 grammes d'alcool, une solution de phloroglucine et de vanilline, dans le rapport de 2 grammes à 1 gramme, on obtient un liquide rouge-jaune; une goutte de ce liquide laisse précipiter des cristaux rouge écarlate par l'addition d'une trace d'un acide minéral concentré, tandis que les acides organiques ne donnent aucune modification. Avec les acides minéraux très dilués, la précipitation de cristaux n'a plus lieu, mais en évaporant à feu doux dans une capsule quelques gouttes du réactif et de la dilution acide, on obtient soit des petits cristaux, soit un vernis rougeâtre, qui permet de déceler jusqu'à 1/20 d'acide pour 1000.

Tels sont les procédés multiples d'analyse du suc gastrique permettant de reconnaître, et jusqu'à un certain point de doser, au lit du malade, l'acidité qu'il présente; nous avons fait ressortir l'importance de la notion du fait pour juger de la puissance digestive de ce liquide, nous allons voir maintenant les résultats obtenus jusqu'ici par la méthode pour la détermination et la thérapie des affections de l'estomac.

André Petit.

(*A suivre.*)

OBSTÉTRIQUE

Quelques considérations pratiques au sujet de l'allaitement.

Je connais quatre catégories de femmes qui ne peuvent pas nourrir: celles qui ne veulent pas, et qui trouvent à leur abstention toujours de bons prétextes, ce ne sont malheureusement pas les moins nombreuses; — celles dont la santé laisse à désirer, que la cause de cet affaiblissement soit locale et générale; la grossesse et la menstruation doivent être rangées ici; — celles dont la sécrétion lactée est insuffisante, que la glande soit rudimentaire ou qu'un état pathologique soit venu compliquer la situation; — celles enfin qui par le fait d'un vice de conformation du mamelon ou

par l'apparition de gerçures et crevasses, sont dans l'impossibilité de continuer à donner le sein.

Je ne m'occuperai ici que de cette dernière catégorie.

Les malformations du mamelon, les excoriations qui sous l'influence de la succion se développent à sa surface, ont une parenté pathogénique étroite. Ce sont en effet le plus souvent les mamelons malformés qui s'excorient. Le même traitement préventif et curatif leur est applicable. Il est donc naturel d'englober ces deux états pathologiques dans la même description.

I

Quand le mamelon est mal conformé, qu'au lieu d'être suffisamment saillant, il est aplati ou même rentrant, ombiliqué, le nourrisson malgré la meilleure volonté ne peut le saisir. C'est alors un véritable vice de conformation qui rend la fonction impossible, de même par exemple que l'hypospadias empêche la fécondation. Si cependant l'enfant peut saisir le mamelon, il va l'attirer à lui avec force, il va lui demander sa nourriture avec rage, et l'organe ainsi tiraillé, malmené, mâchonné, ne va pas tarder à s'excorier, à s'ulcérer.

Les gerçures, les crevasses sont constituées. Ces simples mots réveillent bien des souvenirs pénibles dans l'esprit des mères et des médecins qui les ont assistées. Les gerçures et les crevasses sont la source d'un double fléau pour l'accouchée : d'une part la douleur vive, intolérable, j'allais dire exquise dont elles sont la cause ; douleur telle que l'allaitement devient impossible malgré la meilleure volonté de la mère; d'autre part ces plaies sont autant de portes d'entrée pour les microbes dont la femme est entourée et qui pénètrent par la moindre solution de continuité, produisant tantôt des accidents locaux, tantôt même des accidents généraux.

Prévenir et guérir ces états pathologiques, c'est rendre aux mères et à l'humanité un des services les plus importants que le médecin ait en son pouvoir.

II

Toute personne qui approfondit cette partie de la pathologie du mamelon arrive promptement à la conviction que les indications des traitements préventif et curatif sont les suivantes :

Avant la lactation il faut développer le mamelon et fortifier son épiderme.

Au début de l'allaitement il convient d'écarter toutes les causes d'irritation, de contusion, de tiraillements, causes habituelles des gerçures et des crevasses.

Si les plaies du mamelon, malgré les précautions prises se sont produites, tous les efforts du médecin devront tendre à calmer la douleur pour rendre l'allaitement possible, et à activer la cicatrisation des ulcérations mamelonnaires.

Il importe donc : dans les derniers temps de la grossesse d'instituer un hygiène du mamelon ; au début de l'allaitement d'éviter par des précautions spéciales la production des gerçures ; puis, si les gerçures se produisent, de chercher à amener leur guérison à l'aide des moyens appropriés.

Telles sont les indications des traitements préventif et curatif, voyons comment on peut les remplir.

III

Dans les derniers temps de la grossesse instituer une hygiène du mamelon.

Il serait bon que cette hygiène ne fût pas limitée à la fin de la grossesse. Les vêtements serrés de la jeune fille ne sont pas en effet favorables au développement de la glande mammaire et du mamelon : il me semble toutefois qu'on a ici exagéré les méfaits du corset comme en quelques autres chapitres de la pathologie; mais nous ne sommes consultés d'habitude que pendant la grossesse, il nous faut soigner le mamelon pendant cette période troublée de la vie génitale.

Durant les huit premiers mois il serait imprudent de tenter une thérapeutique quelconque. Le mamelon est en relation intime avec l'utérus. Ses excitations pourraient se traduire par un travail prématuré.

Dans le cours du dernier mois, on touche au terme normal de la grossesse, le médecin peut devenir plus hardi, et au risque d'avancer de quelques jours l'accouchement tenter un traitement prophylactique.

A ce moment, ai-je dit plus haut, il importe de développer le mamelon, et d'affermir son épiderme.

Parmi les nombreux moyens conseillés, voici ceux qui me semblent les meilleurs :

Pendant les quinze premiers jours du neuvième mois faire exercer tous les matins sur le mamelon de légères tractions que la femme pourra exécuter elle-même, et après cette gymnastique locale, frotter tout le bout du sein, surtout à son pourtour et à sa base, avec un linge fin imbibé d'alcool.

Pendant les quinze derniers jours du neuvième mois, c'est-à-dire durant les deux dernières semaines de la grossesse, le traitement peut être plus énergique à mesure que les craintes de provoquer l'accouchement prématuré diminuent. Tout en continuant les lavages à l'alcool, il est bon de développer le mamelon à l'aide de la succion. On a conseillé la succion directe pratiquée par le mari, la mère, un jeune chien de grosse espèce. Cette manière de procéder m'a toujours paru singulière pour ne pas dire davantage, et je préfère de beaucoup la succion indirecte à l'aide d'un instrument quelconque.

Les instruments sont nombreux; il existe des pompes de différents modèles; on a même conseillé de se servir simplement d'une pipe.

Voici pour ma part comment je procède : j'emploie le bout de sein à deux tubulures qui sera décrit tout à l'heure. La cupule de verre est appliquée sur le mamelon, le grand bout conduit dans la bouche de la mère, le petit bout débarrassé de la téterelle trempe dans un vase contenant un peu d'alcool. La femme aspire, une certaine quantité d'alcool monte dans la cupule en verre et vient baigner le mamelon. Le tube inférieur est alors pressé avec les doigts, et l'aspiration continue. Sous l'influence du vide dans la capsule de verre le mamelon se développe, est baigné en même temps par toute sa surface dans l'alcool, et d'autant mieux qu'il est plus aspiré.

Grâce à ce moyen j'obtiens simultanément le double but désiré : développement du mamelon par succion; renforcement de l'épiderme par le contact de l'alcool.

IV

J'arrive au second point : *au début de l'allaitement éviter par des précautions spéciales la production des gerçures.*

La cause des gerçures est unique, c'est le traumatisme exercé par la bouche de l'enfant. Toutes les autres considé-

rations étiologiques sont secondaires et effacées à côté de celle-là. Or, il n'est d'autre moyen d'empêcher ce traumatisme, tout en continuant l'allaitement, que par l'emploi d'un bout de sein artificiel. Le meilleur de ces instruments, le plus commode, le plus employé est certainement celui de M. le docteur Bailly, composé, ainsi que l'indique la figure ci-jointe, par une cupule en verre terminée par une téterelle en caoutchouc.



Fig. 1. — Bout de sein (Bailly).

Cet instrument a toutefois un inconvénient, un gros inconvénient tel qu'on est obligé souvent de renoncer à son emploi. L'enfant pour aspirer le lait par son intermédiaire est obligé de faire des efforts beaucoup plus considérables qu'à l'état naturel, et souvent il se rebute dans cette tâche trop pénible pour ses jeunes forces, il refuse de continuer à sucer, et au lieu de téter il se met à pleurer. Il faut des enfants complaisants et vigoureux pour réussir avec le bout de sein de M. Bailly. Pour éviter cet écueil, j'ai fait construire un bout de sein qui permet à la mère d'aider son enfant pour lui épargner ces violents et souvent infructueux efforts de succion.

La figure ci-jointe (n° 2) dispense de toute description;

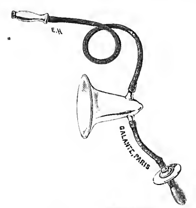


Fig. 2. — Bout de sein (Auvard).

je dirai simplement que dans la téterelle destinée à la bouche de l'enfant il existe une petite soupape en caoutchouc, qui permet à la mère de faire le vide dans la cupule en verre même quand l'enfant, pour une cause quelconque, abandonne l'extrémité du caoutchouc.

Quant au mode d'emploi, il est également simple. La figure 3 montre la nourrice en train d'allaiter son enfant. La mère commence par aspirer, le lait arrive dans la cupule de verre, se dirige spontanément vers le tuyau qui gagne la bouche de l'enfant; quelques mouvements de succion suffisent pour amener le liquide dans sa bouche.

Grâce à cette modification l'allaitement devient facile à l'aide du bout de sein artificiel, moins pénible même qu'à l'état naturel sans intermédiaire aucun.

Ce bout de sein que j'emploie depuis trois mois à la maternité de la Charité où je remplace M. Budin, m'y a donné les meilleurs résultats. Le seul inconvénient que je lui ai reconnu, c'est sa grande fragilité : la cupule en verre heurte contre différents objets, se casse très facilement. C'est le seul défaut auquel on pourra en partie remédier. Il sera bon d'employer ce bout de sein pendant les quinze premiers jours de l'allaitement, époque la plus propice à la production des gerçures et crevasses, puis petit à petit on pourra cesser son emploi de manière à arriver à donner le sein directement.

Je n'ai pas vu de gerçures se produire avec l'usage de cet instrument quand la femme était assez intelligente pour

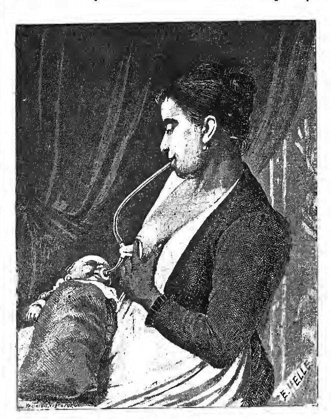


Fig. 3. — Mère allaitant son enfant (1).

comprendre la nécessité et les avantages de son emploi, et quand par paresse elle ne négligeait pas de s'en servir régulièrement.

V

Je termine par l'étude du troisième point : *les gerçures sont produites, tout en continuant l'allaitement chercher à amener leur guérison.*

Empêcher la douleur de l'allaitement. — Combattre l'accès des microbes. — Obtenir la cicatrisation aussi promptement que possible. — Tel est le triple but que doit se proposer l'accoucheur.

Pour empêcher la douleur de l'allaitement nous avons dans le chlorhydrate de cocaïne employé en solution au 1/20e un bon moyen, quoique son action ne soit pas également heureuse chez toutes les femmes. On lui a reproché par son goût amer de dégoûter l'enfant du mamelon, mais en se servant du bout de sein comme je vous le conseille, le reproche n'est plus fondé. Le bout de sein a également un autre avantage au point de vue de la douleur, c'est de la rendre moins intense par le fait même qu'il évite à la

(1) Je dois dire, pour éviter toute réticence, qu'en confiant à M. Galante les dessins pour la confection de cet instrument, celui-ci m'a dit que la même idée avait été poursuivie par un médecin de Paris, le docteur Smester. J'ignore d'ailleurs le résultat obtenu par notre confrère parisien qui n'a rien publié à ce sujet.

femme les tiraillements et mâchonnements opérés par la bouche de l'enfant alors qu'il tête directement.

Afin de combattre l'accès des microbes, on recouvrira le sein d'un linge imbibé d'une solution antiseptique, soit d'une solution d'acide borique à 4 pour 100, ainsi que je l'ai vu appliquer à la maternité de Lariboisière, dans le service de M. Pinard pendant l'internat que j'y ai fait, soit simplement d'alcool comme l'emploie M. Budin à la Charité. J'ai pu comparer l'effet de ces deux agents, je préfère l'alcool, car à ses propriétés antiseptiques il joint celle de former, de durcir le mamelon, et semble mieux que l'acide borique activer la cicatrisation des ulcérations. J'avais aussi essayé dans le même but antiseptique le pansement sec à la poudre d'iodol, espérant par ce moyen hâter davantage la cicatrisation. J'ai été déçu dans mon attente et ai été obligé de reconnaître que le pansement humide était préférable au pansement sec.

Enfin, pour obtenir la cicatrisation aussi promptement que possible, c'est le repos du mamelon qu'il faut rechercher. Si une femme atteinte de gerçures au début restait trente-six heures sans donner le sein, ses plaies seraient guéries. On voit en effet dans les cas de petites gerçures (la chose n'est plus vraie pour les crevasses profondes), quand pour une cause quelconque la femme est obligée de cesser l'allaitement, les deux lèvres de la plaie s'accoler, et la réunion se faire par première solution. La cicatrisation est suffisamment solide au bout d'un jour et demi.

Malheureusement ce repos complet de trente-six heures est impossible. Il le serait à la rigueur pour l'enfant qu'on pourrait nourrir artificiellement pendant ce temps, ou avec le lait puisé à un seul sein. Mais au point de vue de la mère, si un sein n'est pas vidé pendant ce laps de temps, le lait y stagne, la sécrétion s'arrête, et l'on s'expose à voir les fonctions de la glande modifiées et arrêtées.

Cette guérison des gerçures par le repos de l'organe serait donc souvent pire que le mal, puisqu'elle aboutirait à la cessation de la sécrétion lactée. Aussi est-il préférable de faire continuer l'allaitement avec la mamelle malade en atténuant, ainsi que je l'ai précédemment indiqué, les fâcheux effets de la succion par l'usage du bout de sein artificiel. Sous la cupule de verre on verra bien la gerçure se rouvrir à chaque tétée, et parfois quelques gouttes de sang s'échapper, mais le traumatisme est relativement bénin, et petit à petit les gerçures au lieu d'augmenter diminuent et bientôt se cicatrisent complètement.

VI

Je me résume : les précautions à prendre pour rendre l'allaitement aussi facile que possible, pour éviter la production des gerçures ou les guérir quand elles existent sont les suivantes :

Pendant le dernier mois de la grossesse : au début, quelques tractions sur le mamelon et de légères frictions avec de l'alcoool. — A la fin, succion du mamelon à l'aide du bout de sein à double tubulure qui permet simultanément un bain local alcoolisé.

Au début de l'allaitement avant l'apparition des gerçures : emploi du bout de sein de manière à éviter les traumatismes exercés par la bouche de l'enfant, cause habituelle des plaies du mamelon. En continuer l'usage exclusif pendant quinze jours, puis en cesser petit à petit l'emploi.

Dans le cours de l'allaitement s'il existe des gerçures : prescrire simultanément l'usage de la cocaïne pour diminuer la douleur; l'application locale de l'alcool pour empêcher la pénétration des microbes; l'emploi du bout de sein pour atténuer dans la mesure du possible les traumatismes du mamelon.

AUVARD.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

NOTE SUR LE POUVOIR TOXIQUE DE L'ACIDE BORIQUE ET SUR QUELQUES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE CET AGENT ANTISEPTIQUE. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 27 janvier 1888, par M. E. GAUCHER, médecin des hôpitaux.

Entre toutes les substances employées comme antiseptiques, l'acide borique possède ces deux qualités précieuses de n'être pas caustique et d'être insipide. C'est pourquoi j'ai pensé qu'en dehors de ses applications externes, ce corps pourrait être, dans certaines circonstances, avantageusement administré à l'intérieur. Mais, avant de faire absorber l'acide borique à des malades, j'ai voulu être fixé d'une façon précise sur sa toxicité, et j'ai institué à cet effet des expériences sur les animaux.

J'ai fait manger à deux cobayes de l'acide borique, à la dose quotidienne de 50 centigrammes, mélangé avec du son. L'un de ces cobayes, pesant 330 grammes, a vécu quatorze jours, du 10 au 24 août 1886. Il est mort le quatorzième jour; l'urine, recueillie directement dans la vessie, renfermait de l'albumine. L'autre cobaye, pesant 300 grammes, n'a vécu que onze jours, du 1er au 11 octobre 1886. Son urine, recueillie dans la vessie aussitôt après la mort, était également albumineuse.

Cette dose quotidienne de 50 centigrammes est énorme pour un animal de ce poids. En admettant que l'homme présente à l'action toxique de l'acide borique la même sensibilité que le cobaye, et en prenant pour poids moyen du cobaye 400 grammes et pour poids moyen de l'homme 60 kilogrammes, on trouve qu'il faudrait une dose quotidienne de 75 grammes d'acide borique, administrée pendant plus de dix jours, pour empoisonner un homme.

Pratiquement on peut donc dire que l'acide borique n'est pas toxique, aux doses auxquelles il est nécessaire de l'employer.

En applications locales, même sur des ulcérations de la peau, il n'y a jamais qu'une absorption minime, l'acide borique étant, comme on sait, très peu solide. Cet agent antiseptique est, de plus, dépourvu de toute causticité et ne produit aucune irritation des téguments. Pour toutes ces raisons, l'acide borique peut être d'un grand secours dans la thérapeutique dermatologique.

Dans l'impétigo, dont la nature infectieuse et contagieuse est aujourd'hui démontrée, l'acide borique donne des résultats aussi prompts que l'huile de cade et ne présente aucun de ses inconvénients. L'huile de cade, qui était considérée à juste titre, depuis Bazin, comme le meilleur topique à employer contre l'impétigo, possède une odeur désagréable et tache la peau et le linge; elle n'est pas plus efficace que l'acide borique, qui est incolore et inodore.

Depuis quatre ans, j'ai traité par l'acide borique 103 cas d'impétigo, dont 80 cas à la consultation dermatologique de la clinique des maladies des enfants (service de M. le professeur Grancher). Ces 80 cas concernaient des enfants de tout âge, depuis trois mois jusqu'à quatorze ans (1) ; parmi

(1) Le relevé de ces observations a été fait par M. Ramally, élève du service de M. Grancher.

les 23 autres cas, il y avait des enfants et des adultes. Tous ces impétigos ont guéri, par l'application d'une pommade boriquée, dans une moyenne de huit à quinze jours.

Je formule cette pommade au dixième : pr. acide borique, 3 grammes; glycérolé d'amidon, 30 grammes. Quand les croûtes impétigineuses sont très épaisses, il est bon de les faire tomber d'abord à l'aide de cataplasmes d'amidon.

Cette pommade boriquée est peut-être applicable dans d'autres dermatoses infectieuses. Je l'ai employée avec succès dans un cas de tuberculose cutanée probable, chez une petite fille de quatre ans, traitée à la consultation dermatologique de la clinique des Enfants et dont voici l'observation résumée :

H... (Marie), âgée de quatre ans, venue à la consultation le 13 mai 1887, présente plusieurs gommes, dites scrofuleuses, ulcérées, sur le bras gauche, sur la cuisse et sur la fesse droites. Elle porte, de plus, deux plaques de petits tubercules ulcérés sur la cuisse gauche; chaque plaque du diamètre d'une pièce de cinq francs en argent environ. Une autre plaque semblable existe à la partie inférieure de la jambe gauche, et une autre beaucoup plus petite en avant de l'oreille droite. D'après la mère de l'enfant, la maladie aurait débuté à l'âge de huit mois, à la suite de la vaccination (?), et se serait manifestée d'abord par de la *gourme*, généralisée à tout le corps. Peu à peu sont survenus des tubercules qui se sont ulcérés et des nodosités cutanées (gommes), qui se sont ouvertes et ont formé aussi des ulcérations.

Toutes ces lésions, par leur évolution et par leur aspect, ressemblent singulièrement à des lésions tuberculeuses. L'examen microbiologique n'a pas été fait, mais mes collègues peuvent se rappeler que cet examen fut négatif dans un cas de tuberculose cutanée, présenté récemment à cette Société par M. Barié, et cependant dans le cas de M. Barié, j'ai pratiqué moi-même une inoculation expérimentale, qui a été positive et qui a provoqué la tuberculose chez un cobaye. L'absence d'examen microbiologique ne suffit donc pas pour infirmer le diagnostic de tuberculose.

Chez l'enfant dont je viens de rapporter l'histoire, j'ai fait faire, sur les gommes et sur les tubercules ulcérés, des applications de pommade boriquée. Au bout de quinze jours (le 27 mai), les ulcérations étaient complètement cicatrisées.

Cette observation de tuberculose cutanée probable, guérie par l'acide borique, est tellement exceptionnelle que j'ai hésité à la publier ; mais cependant c'est là un fait dont je garantis l'exactitude.

Il y a peut-être, d'ailleurs, une parenté éloignée entre l'impétigo et la tuberculose ; — je dis seulement parenté et non similitude. — M. Grancher, qui a fait de nombreuses inoculations d'impétigo, n'a réussi qu'une fois à provoquer la tuberculose chez un animal ; c'était dans un cas d'impétigo ulcéré, et il a inoculé non pas seulement du pus, mais le produit de raclage du fond de l'ulcération. M. Grancher, qui a communiqué les résultats de ses expériences au Congrès de Copenhague, pense néanmoins que le micro-organisme de l'impétigo est distinct de celui de la tuberculose.

Quoi qu'il en soit, ce cas de guérison de tuberculose cutanée par l'acide borique m'avait frappé, et comme je savais, par les expériences que j'ai rapportées au commencement de ce travail, combien était faible la toxicité de l'acide borique, j'ai pensé qu'il n'y aurait aucun inconvénient et qu'il y aurait peut-être des avantages à administrer l'acide borique à l'intérieur aux tuberculeux.

Dans le service annexe de l'hôpital Cochin, dont j'étais chargé l'année dernière, j'ai donné l'acide borique à plusieurs tuberculeux, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour. J'ai constaté que, chez les malades dont les crachats étaient fétides, chez des phthisiques arrivés à la dernière période, la fétidité de l'expectoration diminuait et même disparaissait au bout de quelques jours, après l'absorption de l'acide borique ; les crachats devenaient aussi plus fluides. Chez deux de ces malades il y eut une amélioration incontestable de l'état général ; chez l'un d'eux même, les signes stéthoscopiques s'amendèrent et les râles diminuèrent au bout de quelques jours; le souffle et la matité persistaient. Le médicament fut d'ailleurs très bien toléré par tous ces malades et ne produisit aucun accident gastro-intestinal.

Ces malades étaient des tuberculeux très avancés, chez lesquels on ne pouvait pas espérer une grande amélioration, et qui se trouvaient dans les conditions hygiéniques déplorables de l'hôpital. On serait peut-être plus heureux chez des malades de la ville. Depuis plusieurs mois, je fais prendre de l'acide borique à deux tuberculeux soignés dans leur famille. L'un est un jeune homme qui n'avait pas de caverne quand il a commencé le traitement et qui n'en a pas encore ; les signes de ramollissement ont même disparu à un sommet. L'autre malade est une femme de cinquante-cinq ans qui a les deux poumons atteints; les signes cavitaires ont persisté sans modification depuis quatre à cinq mois; l'état général s'est amélioré ; les lésions locales ne sont pas guéries, mais elles n'ont fait aucun progrès.

Ce sont là, je le reconnais, des résultats bien insuffisants. Mais, en tout cas, il n'y a aucun inconvénient à continuer l'expérience. L'acide borique ne peut produire aucun accident; les malades l'absorbent, en quelque sorte, sans s'en apercevoir. Je me suis assuré que l'élimination de ce médicament se faisait facilement par la sécrétion urinaire et qu'il n'y avait pas à craindre d'accumulation. M. Voiry, préparateur de chimie, a bien voulu, sur ma demande, rechercher l'acide borique dans l'urine des malades qui avaient absorbé 50 centigrammes de ce médicament, et il a pu l'extraire de l'urine à l'état d'éther borique.

L'acide borique passe donc facilement dans l'urine, et il y a là la source d'une nouvelle application thérapeutique de ce corps.

Chez les malades affectés de cystite, à la suite d'hypertrophie de la prostate, de rétrécissements de l'urèthre et des cathétérismes nécessités par ces affections, les chirurgiens pratiquent avantageusement, pour modifier la muqueuse vésicale, des injections d'eau boriquée dans la vessie. Or, puisque l'acide borique, administré à l'intérieur, est éliminé par l'urine, j'ai pensé qu'on pouvait traiter la cystite en faisant prendre aux malades l'acide borique en potion et en évitant ainsi le cathétérisme.

J'ai administré l'acide borique, à la dose quotidienne d'un gramme, à plusieurs vieillards de l'hospice de La Rochefoucauld, atteints de cystite et d'hypertrophie de la prostate. Les urines, qui étaient troubles et chargées de muco-pus, se sont éclaircies, et j'ai obtenu le même résultat que par les injections dans la vessie, sans avoir besoin de recourir à la sonde. Je sais que, dans des cas semblables, plusieurs chirurgiens ont déjà donné le borate de soude à l'intérieur, mais l'acide borique me semble préférable, car il n'est pas astringent et ne présente aucun des inconvénients du borate de soude.

Telles sont les maladies, assez différentes, dans lesquelles l'acide borique m'a paru pouvoir être employé avec avantage. Je regrette, à côté de faits précis et de conclusions positives, de n'avoir communiqué à la Société, sur une des applications de l'acide borique, que des résultats incomplets; mais ces expériences seront poursuivies et je demanderai à mes collègues la permission de leur faire part ultérieurement des nouveaux résultats que je pourrai obtenir.

Pathologie interne.

Ulcère simple du duodénum chez un tabétique. Entérorrhagies et hématémèses. Mort; par M. le docteur Gaube.

E..., soixante-deux ans, est de grande taille, et, malgré son âge, de constitution robuste encore. Il présente des signes évidents de tabes. Cette maladie débuta par une paralysie de la sixième paire. Puis vinrent des douleurs fulgurantes caractéristiques, accompagnées à intervalles assez éloignés de crises gastriques; des plaques d'hyperesthésie le long des gouttières vertébrales, de la parésie vésicale. Les réflexes rotuliens étaient abolis. Pas de signe de Romberg.

Suivi pendant plus de deux ans, E... n'a présenté aucun trouble des voies digestives. L'appétit était bon, les digestions faciles. Il n'a jamais éprouvé de brûlure lors de l'ingestion des aliments. Les seuls vomissements qui se soient montrés avaient lieu pendant les crises gastriques. Jamais de sang dans les matières vomies. Pas de point xiphoïdien ni vertébral. Pas de dilatation de l'estomac.

Rien dans les poumons.

Le vendredi 26 novembre, on met à E... des pointes de feu, le long de la colonne vertébrale (région dorsale inférieure). La douleur est des plus pénibles. Le malade demande à plusieurs reprises à se reposer. Après l'application d'une vingtaine de pointes il se refuse à continuer.

Après cette secousse, léger mouvement fébrile. Le soir à six heures le malade est remis.

Le 27, E... reprend son travail. Il mange à onze heures d'assez bon appétit. Tout à coup, vers deux heures de l'après-midi, il se sent un peu mal à l'aise, est pris d'obnubilations de la vue, de vertiges. Il monte chez lui, afin de se coucher. Mais auparavant il va à la garde-robe et rend par les selles une abondante quantité de sang noir, couleur marc de café. En même temps se fait une hématémèse. Le malade perd connaissance et tombe.

Jusqu'à trois heures et demie E... resta ainsi, étendu dans sa chambre, sans connaissance. Réveillé par le froid, il put, non sans beaucoup de peine, regagner son lit. Là, de nouveau, entérorrhagie et hématémèse.

A trois heures et demie on le trouva baigné dans son sang, froid et presque sans connaissance.

Je le vois à quatre heures. Le malade est sur son lit, dont on a changé draps et matelas. Il est dans le décubitus dorsal, pâle et les traits tirés. Le pouls est filiforme, dépressible, impossible à compter; la peau est froide; à la commissure labiale gauche se voient encore des traces de sang.

On me montre la première selle du malade et les matières vomies Le vase est rempli à moitié de sang noir, grumeleux, couleur marc de café, mélangé à quelques parties de sang rouge encore et liquide.

Les vomissements ont à peu près le même aspect.

E.... dit ne souffrir de nulle part. On ne trouve chez lui ni point xiphoïdien, ni point vertébral; sur la face externe du droit de l'abdomen, au-dessous du rebord des fausses côtes droites, la pression ne détermine aucune douleur. Le ventre est souple; pas de tumeur appréciable.

Injections d'éther sulfurique. Perchlorure de fer, trente gouttes en deux fois. Extrait d'opium, 10 centigrammes. Compresses glacées sur l'épigastre et la partie supérieure de l'abdomen. Lait glacé, additionné d'eau de chaux. Immobilité absolue.

Sous l'influence de ce traitement, le pouls se relève; la peau se réchauffe. E..., qui auparavant répondait avec peine, revient bien à lui et cause sans embarras. Il se dit extrêmement fatigué. C'est alors qu'il nous raconte les épisodes qui ont précédé sa perte de connaissance: coliques, envies d'aller à la selle, garde-robe abondante, vertiges, puis vomissements.

Eructations nombreuses, d'odeur infecte.

Le malade, à sept heures, me paraît en bonne voie; il n'y a pas de crainte à avoir, si les hémorrhagies ne se montrent pas de nouveau.

La nuit du samedi au dimanche ne présente rien de particulier. E... n'a pas de garde-robes, ni de vomissements. Il a un peu reposé.

Dimanche, 28, à sept heures du matin, l'état est bien meilleur. Les plus grandes précautions sont recommandées au malade et le traitement continué.

Perchlorure de fer, vingt gouttes dans du lait. Bouillon et lait glacé, ce dernier additionné d'eau de chaux. Compresses glacées sur l'épigastre, glace à l'intérieur.

Le même jour (dimanche 28 à quatre heures), on m'appelle en toute hâte. Le malade vient d'avoir quelques convulsions. Le pouls est filiforme, les extrémités refroidies, le corps couvert d'une sueur froide; le malade dit avoir un nuage devant les yeux, la face est pâle, la faiblesse extrême. Eructations fréquentes, gaz infects par l'anus. Envies fréquentes d'aller à la garde-robe; après deux essais infructueux, le malade rend un bol fécal constitué uniquement par du sang noirâtre, couleur de suie délayée. Autour, quelques gouttes d'un sang rutilant.

Il y a donc lieu de croire que le malade vient d'avoir une nouvelle hémorrhagie intestinale.

Injections d'ergotine; injections d'éther; potion avec acétate d'ammoniaque, compresses glacées, etc.

Sous l'influence de l'injection d'éther le pouls reprend un peu et bientôt retombe: convulsions légères; les extrémités restent froides. On ne sent plus le pouls.

Nouvelle injection d'éther qui reste sans résultat; nouvelles convulsions.

Mort à quatre heures quinze du matin. Il n'a pas été possible de faire l'autopsie.

Réflexions. — Bien qu'elle manque de sanction anatomique, peut-être trouvera-t-on quelque intérêt à l'observation qui précède. Ces entérorrhagies répétées survenant chez un homme dont aucune affection des voies digestives n'avait jusqu'alors attiré l'attention, dont l'appétit était bon, les digestions faciles, sans pyrosis, sans sensation de brûlure, ne peuvent, à notre sens, avoir leur raison d'être que dans un ulcère simple du duodénum. A quoi, en effet, rapporter ces hémorrhagies intestinales, notre malade n'ayant ni tuberculose ni syphilis, ni cancer, ni fièvre typhoïde, ni aucune des causes qu'on invoque en pareil cas?

Peut-il être question d'un ulcère de l'estomac? nous ne le croyons pas. Nous avons pu suivre E... pendant plus de deux ans et malgré nos recherches nous n'avons jamais rencontré chez lui de symptômes capables de faire croire à la maladie de Cruveilhier. Il n'avait ni point xiphoïdien, ni douleur vertébrale, ni cette sensation de brûlure si caractéristique, lors de l'ingestion des aliments. Les crises gastriques ne soulèveront pas de doute quand on pensera à la rareté de leur apparition et aux douleurs fulgurantes qui, constamment, les accompagnaient. Notre malade a eu, il est vrai, deux fortes hématémèses. Mais on sait que ces vomissements sanguins ne sont pas rares dans l'ulcère duodénal. L'observation IV de l'important mémoire de M. Bucquoy et le cas de M. Vilocq (*Arch. gén. méd.*, décembre 1887) en sont la preuve.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

L'orchite paludéenne.

A propos du mémoire lu par M. Le Dentu (séance du 2 novembre 1887) à la Société de chirurgie sur l'*éléphantiasis testiculaire* et du fait d'orchite paludéenne, analogue à ceux qu'a fait connaître M. Charvot (*Gazette hebdomadaire*, 11 novembre 1887, p. 730), je me rappelle un cas très curieux d'orchite paludéenne, observé sur un sujet âgé de trente ans environ.

M. F... avait été atteint plusieurs années auparavant d'une blennorrhagie avec chancre mou; mais il en avait été parfaitement guéri. Jusqu'au moment où il subit des accès paludéens, il n'avait pas souffert de poussées testiculaires, ni de lésions scrotales.

Il habite des lieux marécageux au bord du Parahyba, fleuve qui traverse la province de Saint-Paul (Brésil) dans sa partie du nord.

Or, après avoir fait un voyage et avoir été mouillé par la pluie,

il arrive chez lui très fatigué. Il se couche ; il dort mal et se lève le jour suivant avec une vive céphalalgie, une douleur à la région hépatique, de la courbature, de l'inappétence ; le même jour il est frappé d'un accès paludéen très fort ; les jours suivants des accès de même nature avec frisson, chaleur et sueur se reproduisent. Il fait appeler son médecin. Le sulfate de quinine prescrit immédiatement arrête la fièvre.

Mais dès les premiers accès de fièvre paludéenne, M. F... ressent des poussées inflammatoires vers les testicules et principalement le droit. Son médecin ne fait pas attention à cet incident, le jugeant de peu de valeur. Cependant, quoique la fièvre ait cédé, l'affection testiculaire persiste. Des poussées inflammatoires attaquent aussi les ganglions de l'aine. Ces ganglions suppurent. En même temps les genoux sont frappés de douleurs rappelant celles du rhumatisme ; ils se prennent même de manière à rendre la marche difficile.

Dans cet état le malade vient à Paubaté et me fait appeler.

Il est très amaigri, face pâle, langue blanchâtre, inappétence ; il y a presque quinze jours que les accès fébriles ne se reproduisent plus, mais en examinant le foie et la rate je les trouve engorgés et douloureux à la pression : on sent le foie à deux ou trois travers de doigt à peu près au-dessous de la dernière côte ; cependant le sujet se plaint surtout de ses genoux, des ganglions suppurants de l'aine et des testicules. Les genoux sont enflés, comme dans les cas de rhumatisme articulaire ; les testicules sont aussi enflés, indurés, douloureux à la pression digitale ; les épididymes se présentent sous forme de cordon induré et très sensible à la compression. A l'aine on trouve du côté droit deux ganglions en suppuration, et du côté gauche un seul à peine engorgé, qui cependant entre aussi en suppuration. J'institue un traitement par l'iodure de potassium à doses massives dans une potion diurétique. Ce traitement réussit.

Pendant un mois le malade se porte bien ; ses genoux reviennent à l'état normal ; la marche redevient possible ; les ganglions suppurés de l'aine sont guéris. Seuls les testicules ne sont pas modifiés sensiblement.

Le malade retourne malgré moi chez lui dans un pays marécageux. Pendant quinze jours environ il se porte relativement bien ; mais ensuite il est frappé de nouveaux accès paludéens. Je suis appelé et je prescris le sulfate de quinine, dont le malade prend des doses considérables. Les accès traînent en longueur et le malade revient à Paubaté. Avec ces accès, nouvelle poussée inflammatoire dans les testicules (orchite). Un mois après le sujet retourne chez lui ; depuis quelques jours nouveaux accès paludéens qui cessent lorsqu'il revient à Paubaté. Quatre fois, le sujet retourne chez lui et revient à Paubaté, en raison de ses accès paludéens, ayant chaque fois des accès de poussée inflammatoire dans les testicules.

Voilà, si je ne me trompe, une observation intéressante de fièvre palustre rémittente et qui plaide en faveur de l'existence possible de l'orchite paludéenne des pays chauds.

Malheureusement je n'ai pu suivre le sujet jusqu'à la fin de sa maladie, mais la dernière fois que je l'ai vu il était resté beaucoup plus longtemps à Paubaté et il n'avait pas eu de nouveaux accès paludéens. Il y avait alors dans les vaginales une petite quantité de liquide.

Tous les accès paludéens qui ont frappé le malade furent conjurés par l'administration du sel de quinine, qu'il a pris en quantité considérable. Sous l'action de ce sel la poussée testiculaire s'amendait aussi.

Dr Cursino de Moura.

Paubaté (Prov. de Saint-Paul, Brésil), le 31 décembre 1887.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1888.

Influence de l'alimentation chez l'homme sur la fixation et l'élimination du carbone. Note de MM. Ch. Richet et Hanriot. — Dans une première expérience où le régime alimentaire un peu fort, se composait d'aliments contenant 268gr,9 de carbone, le carbone éliminé par la respiration à l'état d'acide carbonique a été de 208 grammes, celui éliminé à l'état d'urée de 6 grammes, et de 30 grammes environ dans les matières fécales ; d'où résulte un excès de 25 grammes de carbone. Cet excès répond bien à l'augmentation de poids constatée chez l'individu (300 grammes par jour), puisque, d'après les derniers travaux classiques, sur 300 grammes de nos tissus, il y a à peu près 25 grammes de carbone (pour 250 grammes d'eau).

Dans une seconde expérience (série également de quinze jours), l'alimentation moins abondante se composait d'aliments contenant 230 grammes de carbone. Dans ce cas, le carbone éliminé par la respiration à l'état d'acide carbonique a été de 190 grammes, et celui éliminé par les matières fécales et l'urine de 40 grammes, soit au total 230 grammes de carbone éliminé, chiffre égal à celui du carbone ingéré par l'alimentation. Aussi, dans ces conditions, l'individu n'a-t-il pas augmenté de poids.

D'autre part, l'analyse du gaz de la respiration, chez un sujet à jeun et immobile, montrant que la proportion centésimale de l'oxygène absorbé et de l'acide carbonique expiré est à peu près constamment la même, indique par là que la ventilation se règle automatiquement par les proportions nécessaires de gaz carbonique à éliminer ou d'oxygène à absorber. Mais, pendant la digestion, les chiffres de ces deux gaz augmentent, leur rapport entre l'acide carbonique et l'oxygène s'élève ; l'acide carbonique éliminé augmente un peu plus que l'oxygène absorbé et la ventilation augmente également, de façon que les proportions centésimales, en réalité, varient peu ; en un mot, la ventilation croît en même temps et parallèlement avec les échanges chimiques.

Telle est l'influence des repas mixtes comportant à la fois des aliments gras, azotés et féculents.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Influence des différentes alimentations sur les échanges gazeux respiratoires. Note de MM. Hanriot et Ch. Richet. — On peut déduire des nouvelles expériences de ces deux physiologistes les conclusions suivantes :

1° La ventilation augmente par le fait de l'alimentation, mais presque uniquement quand cette alimentation est composée d'hydrate de carbone.

2° Les aliments azotés et les aliments gras modifient très peu les échanges respiratoires.

3° Les aliments féculents font croître la ventilation et l'absorption d'oxygène, mais surtout la production d'acide carbonique.

4° Les proportions centésimales (dans l'air expiré) d'oxygène absorbé ou d'acide carbonique produit, varient peu tant qu'il y a repos musculaire. La proportion d'oxygène absorbé est en moyenne voisine de 4,2 pour 100 (avec des variations de 3,4 à 4,7). La proportion d'acide carbonique produit est en moyenne voisine de 3,4 pour 100, avec des variations de 2,7 à 4,2 pour 100.

5° Chez un homme adulte, bien portant, la ventilation est en moyenne à l'état de jeûne de 8 litres par kilogramme et par heure, avec une production de 0gr,5 d'acide carbonique et une absorption de 0gr,45 d'oxygène. A l'état de digestion la ventilation est portée à 9 litres par kilogramme et par heure avec une production de 0,6 d'acide carbonique et une absorption de 0,50 d'oxygène.

Le microbe de la fièvre jaune. Note de M. Paul Gibier. — Dans les séances du 21 mars et du 4 avril 1887, MM. Domingos Freire, Paul Gibier et Rebourgeon, ont appelé l'attention sur le microbe de la fièvre jaune et son atténuation (voy. *Gaz. hebd.*, année 1887, p. 204 et 232), et montré que la mortalité par cette maladie tombait de

1 pour 100 chez les *non vaccinés* à 1 pour 100 chez les sujets *vaccinés*.

Malheureusement. les nouvelles recherches entreprises au mois de novembre dernier par M. Paul Gibier ne confirment pas, à son vif regret, dit-il, les résultats primitivement obtenus. En effet, de l'étude qu'il a faite du sang et de l'urine de malades atteints de la fièvre jaune, soit pendant le cours de la maladie, soit après la mort, il ressort des faits complètement opposés à ceux qui avaient été énoncés précédemment. En effet, malgré tout le soin avec lequel M. Gibier a fait cette étude, il ne lui a pas été possible de retrouver soit dans ce sang, soit dans cette urine, le micro-organisme de la fièvre jaune.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

MM. les docteurs *Dropet* (à Fays-Billot, Haute-Marne) et *Lingrand* (à Lille) envoient des *Plis cachetés*.

M. *Pourquier*, directeur de l'Institut vaccinal de Montpellier, adresse un mémoire sur un *parasite du cowpox*.

M. le docteur *Moure* envoie un *Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne*.

M. le docteur *Depeyron*, médecin aide-major de 1re classe au 143e de ligne, adresse un mémoire sur les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées en 1887.

M. le docteur *Lagade* envoie un *État des vaccinations* qu'il a faites dans le canton d'Antraigues (Ardèche).

M. le docteur *Roux*, médecin de 1re classe au 21e d'artillerie, adresse deux mémoires sur *la rougeole et la fièvre typhoïde à Angoulême en* 1886-1887.

M. *Brouardel* présente: 1° de la part de M. le docteur *Pamponkis*, une *Étude clinique et bactériologique sur les fièvres pernicieuses de la Grèce;* 2° un ouvrage de M. le docteur *Bournet* sur une *mission en Corse au point de vue de l'anthropologie criminelle;* 3° un mémoire de M. le docteur *de Valincourt* sur *les eaux minérales d'Hammam-Meskoutine* (Algérie).

M. *Proust* dépose un *Guide de l'hygiéniste à Rouen*, par M. le docteur *Deshayes*.

M. *Constantin Paul* présente un travail de M. le docteur *Roorda Smitt* (de Corduba, République Argentine) sur *le traitement du choléra et de la diarrhée prémonitoire par le calomel à haute dose*.

M. *Hardy* dépose, au nom de M. le docteur *Josias*, une *Relation de l'épidémie cholérique observée en 1884 dans les prisons de la Seine*.

M. *Verneuil* offre un mémoire de M. le docteur *Fontan* sur *le traitement des ulcères phagédéniques des pays chauds, par les pulvérisations phéniquées*, ainsi qu'un grand nombre de lettres confirmatives de sa méthode de traitement des furoncles et des anthrax par ces pulvérisations.

M. *Vidal* présente des observations au sujet de la note de M. le docteur *Galippe*, déposée à la dernière séance par M. *Dujardin-Beaumetz*, sur l'*emploi du chlorure de méthyle liquéfié comme anesthésique local*.

M. *Bergeron* donne lecture du discours qu'il a prononcé à l'inauguration du monument élevé à la mémoire de M. Béclard. (Voy. p. 111.)

EAUX POTABLES ET MALADIES CONTAGIEUSES. — L'Académie charge la section d'hygiène d'examiner la question des rapports des eaux d'alimentation avec les maladies transmissibles.

RESPIRATION. — M. *François-Franck* lit un rapport sur un travail présenté dans la séance du 10 janvier 1888 (voy. le compte rendu de cette séance) par MM. *Hanriot* et *Ch. Richet* et ayant pour titre: *Étude de la variation des échanges respiratoires avec la ventilation pulmonaire et sous l'influence du sommeil*. Il rappelle le procédé employé par ces physiologistes et indique l'importance des divers résultats auxquels ils sont parvenus, ainsi que les conséquences qu'ils en ont pu tirer.

CHOLÉCYSTOTOMIE. — M. *Polaillon* donne lecture d'un rapport sur une observation de cholécystotomie, suivie de guérison, que M. le docteur *Terrillon* a lue à l'Académie à la fin du mois de novembre 1887 (voy. le compte rendu de cette séance). Il insiste sur les particularités les plus intéressantes de cette opération rare, suivie jusqu'ici de 16 succès pour 100 en moyenne, si l'on défalque les morts qui ne sont pas dues à l'acte chirurgical, mais à l'affection primitive, et à 34 succès et 10 morts si l'on prend la statistique totale.

ANTIPYRINE. — Les faits rapportés par M. *Ball* et qu'il emprunte à une note de M. le docteur *Oscar Jennings* appellent l'attention sur certains accidents qui suivraient assez communément l'administration de l'antipyrine à doses élevées et surtout à doses prolongées, quelquefois même dès la première administration. Plusieurs auteurs anglais et américains disent avoir observé des rash érythémateux et même des troubles nerveux, qui témoigneraient d'une sorte d'intoxication par ce médicament.

M. *Germain Sée* ne conteste pas que des éruptions cutanées se produisent ordinairement, chez certaines personnes, plus particulièrement chez les femmes, après l'administration de 3 ou 4 grammes d'antipyrine pendant huit ou dix jours; mais ce sont des phénomènes sans aucune gravité et auxquels on ne peut attribuer les caractères d'une intoxication. Il est excessivement rare que ces éruptions se produisent aussitôt après l'administration du médicament.

Tel est aussi l'avis de M. *Dujardin-Beaumetz*. Il fait, d'autre part, observer que l'antipyrine produit assez fréquemment des troubles des fonctions de l'estomac; peut-être faut-il les attribuer à l'impunité du produit livré sous ce nom dans des conditions de fabrication et de dessiccation trop rapides par suite de la consommation considérable. Mais jamais on n'a observé d'empoisonnement proprement dit ni avec l'antipyrine, ni avec aucun autre des antithermiques si communément employés aujourd'hui comme nervins puissants, pour peu qu'on prenne soin de ne pas dépasser certaines doses. Quant aux injections sous-cutanées d'antipyrine, elles sont en général très douloureuses.

M. *Ball* fait remarquer que M. Oscar Jennings a voulu surtout, dans son mémoire, appeler l'attention sur les accidents nerveux (troubles cérébraux, pouls et prostration), jusqu'ici peu connus, qui ont été constatés à la suite l'administration de l'antipyrine.

Lorque l'antipyrine provoque des troubles de l'estomac, M. *Germain Sée* conseille de lui adjoindre un peu de bicarbonate de soude ou de la faire prendre avec un peu d'eau de Seltz. En injections hypodermiques il est préférable de diminuer la dose de chaque injection et d'administrer les $0^{gr},50$ d'antipyrine en deux ou trois fois. Au point de vue de la pureté du produit, un certain nombre de pharmaciens prennent soin de l'épurer de nouveau avant de le livrer à leurs clients.

M. *Ollivier* a constaté que, dans le traitement de la chorée, les résultats obtenus avec l'antipyrine sont des plus incertains, tantôt favorables et souvent des plus défavorables. Cela tient-il au degré de pureté ou d'impureté du produit, ou bien plutôt à ce que l'on ne connaît pas la physiologie pathologique de la chorée et que par suite il est impossible de lui appliquer actuellement une thérapeutique rationnelle?

GÉOGRAPHIE MÉDICALE DE L'AIN. — En rendant compte d'un manuscrit adressé à l'Académie par M. le docteur *Aubert*, sur la géographie médicale du département de l'Ain, M. *G. Lagneau* montre que depuis le dessèchement de 6000 hectares d'étangs, la Dombes est devenue beaucoup plus salubre. A propos de la taille des conscrits de ce département, il fait remarquer que c'est dans les villes industrielles, à occupations sédentaires, que se trouvent le plus d'hommes classés dans le service auxiliaire pour défaut de taille. Mais il dit qu'en général, lorsque la taille n'est pas modifiée dans son évolution par de mauvaises conditions biologiques, elle se transmet héréditairement, comme les autres caractères ethniques. Dans une population homogène, composée d'une seule race, ou de plusieurs

races intimement mêlées, ainsi que l'a fait remarquer Bertillon père, lorsqu'on répartit un grand nombre de conscrits suivant leur taille, on obtient une série régulière de groupes croissants, comprenant des individus de plus en plus nombreux, depuis la taille inférieure jusqu'à la taille moyenne, qui correspond au groupe maximum, puis des groupes décroissants, comprenant des individus de moins en moins nombreux, depuis cette taille moyenne jusqu'à la taille la plus élevée.

Mais parfois dans une population composée de deux races non intimement mêlées, au lieu d'un groupe maximum, correspondant à la taille moyenne, on constate deux groupes maxima séparés par un groupe moins élevé. Il en est ainsi pour les conscrits du département de l'Ain, où l'on observe plus de jeunes gens de 1m,62 à 1m,65 et de 1m,67 à 1m,70, que de jeunes gens de 1m,65 à 1m,67. Suivant M. Lagneau, ces deux groupes maxima s'expliqueraient par la différence considérable existant, sous le rapport de la taille, entre les descendants des Celtes, de petite taille, ayant anciennement occupé cette région, et les descendants des Burgundions, de taille très élevée (septipèdes, selon Sidoine Apollinaire), ayant envahi cette même région au commencement du cinquième siècle.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

A propos des applications thérapeutiques de l'acide borique: MM E. Gaucher, Sevestre, Cadet de Gassicourt, Comby. — Coronarite primitive et artério-sclérose du cœur: M. Huchard. — Hémoglobinurie dans le rhumatisme articulaire: M. Hayem (Discussion: MM. Bucquoy, A. Robin).

Le président donne lecture d'une lettre adressée à la Société par M. Terrier au sujet de la communication faite dans la dernière séance par M. E. Gaucher sur le pouvoir toxique de l'acide borique et quelques applications thérapeutiques de cet agent (voy. le n° 7, p. 102). M. Terrier dit qu'il laissera de côté la question du pouvoir toxique, assez peu démontré par les expériences sur les cobayes pratiquées par M. E. Gaucher, qu'il ne discutera pas ses tentatives de traitement de l'impétigo et de la tuberculose, non plus que ses espérances d'avoir trouvé l'agent destructeur du bacille. Il s'attache à ce fait que M. Gauchor pense avoir découvert l'efficacité antiseptique de l'acide borique administré à l'intérieur dans les affections des voies urinaires; or M. Gaucher aurait pu lire dans les comptes rendus de la Société de chirurgie de 1886 que M. Terrier a employé avant lui ce moyen et qu'il y a renoncé; l'acide borique étant peu soluble et s'éliminant à l'état de borate de soude, comme M. Terrier en a acquis la certitude après les recherches du pharmacien en chef de l'hôpital Bichat, il lui a préféré le biborate de soude.

M. *E. Gaucher* répond qu'au point de vue des recherches sur les cobayes, il « pense être plus compétent que M. Terrier, qui n'a fait aucune expérience et n'oppose aux siennes qu'une affirmation sans preuves ». D'autre part, si M. Terrier qualifie de *tentatives* le traitement qu'il a employé depuis quatre ans contre l'impétigo, c'est que M. Terrier ignore que bien d'autres médecins l'ont mis en œuvre avant lui et qu'on en retire constamment des effets thérapeutiques certains. Ce fait est aujourd'hui presque banal. Quant à la destruction des bacilles tuberculeux, M. E. Gaucher n'en a pas parlé; il a cité, sans commentaires, plusieurs cas de tuberculose pulmonaire améliorés par l'usage interne de l'acide borique, et s'est contenté de dire que ce médicament meritait d'être essayé. Enfin, en ce qui concerne l'utilité de l'acide borique à l'intérieur dans les affections des voies urinaires, il est surprenant que M. Terrier en revendique la priorité puisqu'il a renoncé à ce procédé le jugeant mauvais; M. E. Gaucher, par contre, le croit bon. On savait, d'ailleurs, avant les recherches chimiques citées par M. Terrier, que l'acide borique, comme tous les acides, s'élimine à l'état de sel alcalin, à base de soude, la soude prédominant dans l'économie.

MM. *Sevestre*, *Cadet de Gassicourt* et *Comby*, ont souvent employé l'acide borique contre l'impétigo. Cette médication est très connue et a toujours donné de bons résultats.

— M. *Huchard* donne lecture, en son nom et au nom de M. Weber, d'un mémoire sur la *coronarite primitive*, comme contribution à l'étude de l'artério-sclérose du cœur. Il rapporte l'observation d'un homme âgé de quarante-deux ans, de bonne santé habituelle, non rhumatisant, qui éprouvait depuis quelques années de la toux, puis de l'oppression, d'abord intermittente et ne se montrant qu'après un effort, puis de plus en plus fréquente avec douleurs rétro-sternales vives et subites, accès d'étouffement le soir et sensations de barre épigastrique. Considéré à diverses reprises dans les services hospitaliers comme un vulgaire emphysémateux, il entra enfin à l'hôpital Bichat où les symptômes dyspnéiques et bronchitiques qu'il présentait laissèrent tout d'abord le diagnostic hésitant. Mais, à mesure que la maladie évoluait, on put constater, en même temps que l'absence de tout souffle valvulaire cardiaque, l'existence d'un retentissement diastolique, en coup de marteau, de l'aorte, puis des sensations angineuses, des syncopes répétées, des attaques successives de congestion pulmonaire, des accès de pâleur de la face qui firent diagnostiquer la cardiopathie artérielle ou artério-sclérose du cœur. Après une amélioration momentanée sous l'influence de la médication iodurée, les accidents s'aggravèrent, la dilatation du cœur apparut et le malade mourut presque subitement dans un accès violent de suffocation. A l'autopsie on constatait une notable dilatation des cavités cardiaques, sans lésion valvulaire; pas d'insuffisance aortique; une sclérose dystrophique cardiaque avec atrophie de la paroi antérieure et du pilier postérieur du cœur gauche, correspondant à des lésions athéromateuses des coronaires, ayant amené des rétrécissements multiples et l'oblitération de plusieurs branches. Ce processus athéromateux était presque exclusivement limité aux coronaires; l'aorte était relativement saine, aussi l'idée d'une coronarite primitive s'imposait avec évidence. Lésions d'emphysème pulmonaire atrophique avec un peu d'endartérite de quelques artérioles. M. Huchard insiste sur ce fait que les cardiopathies vasculaires pourraient être souvent confondues, à un examen superficiel, avec d'autres affections dyspnéiques, telles que l'emphysème pulmonaire accompagné d'accès asthmatiques; mais la constatation du retentissement diastolique de l'aorte, de l'hypertension artérielle qui en est la cause directe, de l'élévation des sous-clavières, témoignage de la dilatation aortique, doivent permettre le diagnostic; il vient d'ailleurs s'y ajouter ordinairement les accès angineux, l'inégalité des deux pouls, les syncopes, les accès de congestion pulmonaire et enfin la mort subite.

— M. *Hayem* rapporte l'observation d'une femme de trente-sept ans, nourrice, chez laquelle les urines, pendant une deuxième attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu, offrirent une coloration rouge-vineux foncé avec dépôt bourbeux au fond du vase, faisant songer à l'existence d'une hémoglobinurie intense. Au spectroscope, on constatait les raies caractéristiques de l'oxyhémoglobine et de la méthémoglobine, avec une bande nette d'urobiline. L'urine renfermait une grande quantité d'albumine, de nombreux globules blancs, mais pas un seul globule rouge, pas même de stromas d'hématies; l'hémoglobine s'y trouvait à l'état de dissolution complète. Le sérum du sang offrait sa coloration normale; pas d'hémoglobine dissoute. La teinte rouge de l'urine diminua progressivement, puis dis-

parut; il restait encore à ce moment de l'albumine et des cylindres qui disparurent également au bout de peu de jours. Les caractères de l'urine répondent dans ce cas d'une manière indiscutable au phénomène hémoglobinurie; mais cet accès diffère de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* par ce fait que l'albuminurie n'était pas due exclusivement à la présence du sang, mais en partie aussi à une sorte de néphrite catarrhale, d'origine rhumatismale sans doute, révélée par la présence des cylindres et la persistance de l'albumine après la disparition de l'hémoglobine. On a admis, d'après des expériences physiologiques, que l'hémoglobinurie est la conséquence de la destruction des globules rouges dans le sang et de la présence de l'hémoglobine dissoute dans le sérum; mais, dans ce cas encore, comme dans tous ceux qu'il a examinés, M. Hayem a constaté que le sérum sanguin n'était pas plus coloré qu'à l'état normal et ne contenait pas d'hémoglobine dissoute. Or, comme il s'est assuré d'autre part, chez sa malade, que l'urine ne dissolvait pas les globules rouges qu'on y mélangeait, il faut dès lors admettre que la cause de la dissolution de l'hémoglobine est exclusivement rénale et qu'elle apparaît à l'occasion des altérations de l'organe à forme congestive. Le processus rénal est sans doute un peu différent dans l'hémoglobinurie paroxystique sans néphrite albumineuse, de celui de la néphrite congestive rhumatismale, mais la congestion *a frigore* doit y jouer encore le rôle prépondérant. Il semble donc que l'on doive admettre qu'il n'y a pas d'altération particulière du sang dans l'hémoglobinurie, mais *une lésion rénale avec poussées congestives* au moment desquelles le sang passe dissous dans les reins, par un processus encore mal connu. Enfin M. Hayem montre que la méthémoglobine constatée dans l'urine n'existant pas préformée dans le sang et ne se produisant pas dans le mélange *in vitro* d'urine et de sang, il faut admettre que le même processus rénal facilite la transformation d'une partie de l'hémoglobine en méthémoglobine.

M. *Bucquoy* a observé il y a plus de vingt ans un cas type d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* chez un homme arthritique qui émettait de l'urine colorée en rouge-vineux dès qu'il éprouvait le moindre refroidissement au dehors; lorsqu'il restait chaudement chez lui, son urine avait la teinte normale. A cette époque, l'hémoglobinurie n'était pas connue, mais ce fait est resté présent au souvenir de M. Bucquoy, qui pense, comme M. Hayem, que la cause des accidents réside dans un processus congestif rénal essentiellement transitoire. Chez son malade, la brusquerie d'apparition du phénomène sous l'influence du moindre froid ne peut laisser supposer une altération préalable du sang, et, d'autre part, l'absence de toute albuminurie en dehors des accès écarte l'idée d'une lésion rénale permanente.

M. *A. Robin* relate deux observations d'hémoglobinurie: l'une au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, l'autre avant l'apparition des accidents articulaires. Dans les deux cas, on put constater dans l'urine des cylindres, et les malades présentèrent tous les signes d'une néphrite congestive. Ces faits viennent encore à l'appui de l'origine rénale de l'hémoglobinurie proposée par M. Hayem. Il semble que l'on puisse admettre deux formes: l'une, l'hémoglobinurie sans signes de néphrite, mais qui ne serait que le premier acte de l'autre forme avec phénomènes de néphrite congestive rhumatismale.

M. *Hayem* croit qu'il vaut mieux attendre avant de créer des formes distinctes. Ce qui lui paraît certain c'est l'existence d'un processus rénal qui peut être accompagné de lésions congestives.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Kystes hydatiques des muscles: MM. Reclus, Le Dentu, Desprès, Lannelongue. — Tuberculose chirurgicale et eaux de Barèges: M. Grimaud (M. Reclus, rapporteur). — Sciatique des variqueux: M. Quénu (Discussion: MM. Berger, Le Dentu, Terrier, Desprès). — Abcès froids non tuberculeux: M. de Saboïa (Discussion: MM. Lannelongue, Chauvel, M. Sée).

M. *Reclus* a observé trois kystes hydatiques, dont un de l'aine et deux du triceps brachial. Celui de l'aine avait été pris, aussi bien par M. Guyon que par M. Reclus, pour un abcès froid ganglionnaire. Les trois fois la tumeur était fluctuante et présentait une crépitation amidonnée, signalée par Gosselin, qui l'assimile à tort au frémissement hydatique. La tumeur inguinale était survenue à la suite d'un effort. Une autre fois MM. Reclus et Verneuil se sont trouvés en présence d'une petite tumeur de la fosse canine et l'ont prise pour un abcès dentaire.

M. *Després* rappelle que M. Fernet a été un des premiers à attirer l'attention sur les kystes hydatiques des muscles; dans le mémoire de cet auteur sont rassemblés six faits, dont six erreurs de diagnostic. M. Desprès, dans sa thèse sur les tumeurs des muscles, a réuni d'autres observations. Il a montré ainsi que le début est généralement rapporté à un effort après lequel la tumeur s'accroît peu à peu. Le diagnostic se fonde en grande partie sur l'évolution lente et indolente à partir de ce moment.

M. *Le Dentu* a vu il y a vingt-deux ans, dans le service de M. Richet, un kyste hydatique parfaitement fluctuant de la masse des muscles du dos. Mais il en est qui ne fluctuent point.

M. *Lannelongue* n'a pas voulu dire autre chose, et pour ces tumeurs dures il faut s'en référer au précepte de Denonvilliers.

— M. *Reclus* lit un rapport sur un travail où M. Grimaux constate que les eaux de Barèges ont une influence heureuse sur la tuberculose osseuse. Il y a là six observations probantes. M. Reclus en cite une personnelle qui semble confirmative.

— M. *Quénu* lit un travail sur la *Sciatique des variqueux*. M. Guyot lui a appris que déjà Gendrin insistait sur la fréquence de cette coexistence. Fréquence réelle, car sur 67 vieux variqueux de la consultation du Bureau central, 11 avaient de la névralgie sciatique. Des 56 autres, 20 avaient une douleur légère à la pression dans le creux poplité, mais ne se plaignaient pas de sciatique; 8 en avaient à la cuisse et 5 à la fesse même. Il y a donc là des phénomènes douloureux ascendants. Cette sciatique (pour laquelle seule viennent souvent consulter les malades ignorants de leurs varices) diffère de la sciatique ordinaire en ce qu'elle ne procède pas par crises aiguës, mais est plus continue, plus gravative; en ce qu'elle s'amende vite par le décubitus dorsal et disparaît même pendant la nuit. On a dit qu'il s'agit de phénomènes de compression, et M. Verneuil a expliqué ainsi les douleurs des mollets, les crampes si fréquentes dans le triceps sural. M. Quénu pense que cette théorie, hypothétique pour le mollet, devient insoutenable pour la fesse, pour la sciatique par conséquent; mais déjà en 1882 il a démontré que sur les jambes ulcérées les nerfs sont, loin de l'ulcère, atteints de névrite interstitielle causée par des varices de leurs veines propres. Il a vu de même que, chez tous les vieux variqueux, de grosses veines dilatées sont appendues au tronc du sciatique. Toute varice cause de la périphlébite; ici la périphlébite sera de la névrite interstitielle. De ceci l'intérêt thérapeutique est que ces sciatiques, rebelles aux traitements usuels, sont soulagées

par le bas élastique remontant jusqu'à l'aine et c'est ce qu'il faudra prescrire dès que la pression poplitée et surtout fémorale devient douloureuse.

M. *Berger* fait quelques réserves: vu la fréquence extrême des varices profondes, il faut se méfier des simples coïncidences. Quant aux douleurs à la pression, elles relèvent peut-être bien d'une hyperesthésie musculaire, due à la congestion. Mais il a vu de ces varices du grand sciatique et admet leur influence possible. Le bas élastique mis jusqu'à l'aine est souvent mal supporté; le haut s'étire et bientôt fait corde.

M. *Le Dentu* a disséqué jadis les veines des membres inférieurs et n'a pas vu ces varices nerveuses dont parle M. Quénu; il les admet, mais comme rares. Il a vu un jeune homme qui fut atteint, sans cause connue, d'une phlébite variqueuse qui, après avoir causé d'un côté des ulcères multiples et arrondis, a envahi le côté opposé. Des deux côtés elle a débuté par une sciatique extrêmement intense dont la pathogénie reste obscure.

M. *Terrier* a établi depuis longtemps que les troubles de la sensibilité sont usuels sur les membres variqueux et que les ulcères sont d'ordre trophique. Il a souvent vu les varices des nerfs et admet ce qu'avance M. Quénu.

M. *Després* demande si dans ces cas il n'y a pas parfois de l'arthrite sèche de la hanche, cause fréquente de sciatique.

M. *Quénu* répond à M. Berger qu'il n'a tenu compte que des douleurs à la pression dans le jarret et nullement dans le mollet. A M. Le Dentu il répond qu'il a fait voir ces varices nerveuses à plusieurs de ses collègues sur des cadavres pris au hasard. Il s'associe absolument aux idées de M. Terrier et rappelle qu'en 1882 il a été le premier à leur donner un fondement anatomique.

— M. *de Saboïa* (de Rio-de-Janeiro) fait une communication sur *une variété d'abcès froids non tuberculeux consécutifs aux fièvres paludéennes graves*. Sa première observation a été recueillie sur une femme de trente-quatre ans qui, guérie au bout de dix mois de ses accès palustres, a été atteinte dans la convalescence d'abcès multiples, successifs, survenant par poussées de deux ou trois, sans rougeur, ni douleur, ni fièvre. Ces abcès ont vite guéri par l'incision. Depuis, il a vu trois autres cas semblables. Un assistant de M. de Saboïa a cultivé le pus de ces abcès et y a constaté le microbe de la malaria; mais pas de bacille de Koch. A ce propos, M. Verneuil a dit à M. de Saboïa avoir vu une femme qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, a eu dans l'aine une collection froide contenant le microbe typhoïdique.

M. *Lannelongue* vient de voir un enfant qui a été atteint d'abcès froids multiples de cause inconnue. En somme ces faits prouvent qu'il faut préciser, par le nom d'abcès tuberculeux, ce qu'on entend par le nom vulgaire d'abcès froids, nom qui prête à la confusion, car tous les abcès froids ne sont pas tuberculeux.

M. *Chauvel*, qui a été deux ans en Afrique, n'a jamais rien vu de semblable. Il demande, en outre, de quel microbe de la malaria il s'agit; les recherches de M. Laveran ne sont, en effet, peut-être pas définitives.

M. *de Saboïa* répond qu'il s'agit du microbe décrit dans ces dernières années par des auteurs italiens.

— M. *Lucas-Championnière* présente des pièces de *salpingite*.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Sur le diabète expérimental: MM. G. Sée et E. Gley. — De l'absorption du glucose: M. Butte. — Modifications de la respiration chez les épileptiques: M. Féré. — Sur l'électricité du corps humain: M. Vigouroux. — Appareil pour l'anesthésiation par le chlorure de méthyle: M. d'Arsonval. — De la myotrophie musculaire progressive: MM. Babinski et Onanoff. — Un hyménoptère parasite: M. Lemoine. — Fistule biliaire sur le chien: M. Dastre. — Action physiologique d'une nouvelle alcamine: M. Louise. — Système artériel de l'écrevisse: M. Bouvier.

M. *Gley*, en son nom et au nom de M. *G. Sée*, expose la nature des expériences qu'ils ont entreprises sur la production expérimentale du diabète. Ils ont d'abord pu déterminer une glycosurie abondante chez le chien en agissant sur la nutrition générale au moyen de la phloridzine, comme v. Mering l'avait déjà fait. Ils ont essayé aussi de produire de la glycosurie par une irritation prolongée du bout central du pneumogastrique droit. Mais jusqu'à présent ces dernières expériences ont eu pour résultat de déterminer, non pas de la glycosurie, mais une véritable azoturie.

— M. *Quinquaud* dépose une note de M. *Butte* où se trouve étudiée la manière dont le glucose disparaît dans l'économie quand on l'introduit par injection intraveineuse.

— M. *Féré* a fait de nombreuses recherches sur les modifications que présente la respiration chez les épileptiques dans l'intervalle des attaques; c'est, ainsi que le montrent les tracés pneumographiques, l'expiration qui diffère beaucoup de ce qu'elle est chez les sujets sains; elle est comme saccadée, spasmodique. Il y aurait donc chez les épileptiques une sorte d'état spasmodique permanent de certains muscles.

— M. *d'Arsonval* présente une note de M. *Vigouroux* sur l'électricité du corps humain.

— M. *d'Arsonval* présente et décrit un appareil très simple qu'il a imaginé pour liquéfier le chlorure de méthyle et le conserver aisément sous cet état, de façon que l'application en soit facile par les procédés du docteur Bailly.

— M. *Babinski*, s'appuyant sur ce fait que certaines myopathies ne commencent que par le muscle, les nerfs et les centres nerveux étant intacts, a eu l'idée de rechercher avec M. *Onanoff* si dans la myotrophie musculaire progressive la localisation de l'affection dans certains muscles ne s'expliquerait pas par des différences de développement entre les muscles atteints et ceux qui restent sains. Étudiant alors les muscles du fœtus, ils ont reconnu entre eux des différences, non pas anatomiques, mais histologiques très réelles. De ces nombreux examens histologiques il ressort ce fait que les muscles qui sont atteints dans la myopathie sont ceux qui, chez le fœtus, sont le plus rapidement développés. Il y a une très étroite corrélation entre ces deux faits.

— M. *Lemoine* (de Reims) fait une communication concernant la morphologie et l'évolution d'un hyménoptère parasite.

— M. *Dastre* présente un chien très bien portant sur lequel il a pratiqué une fistule biliaire d'après le manuel opératoire qu'il décrit.

— M. *Dastre* dépose une note de M. *Louise* sur une nouvelle alcamine que celui-ci a découverte et dont il a étudié les effets physiologiques.

— M. *Perrier* présente une note de M. *Bouvier*, qui relate certaines particularités, non encore décrites, du système artériel de l'écrevisse.

Société anatomique.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Netter* fait une communication sur une *méningite à pneumonocoques* due à une infection d'origine nasale.

— M. *Besançon* montre une *dilatation aortique* sans athérome dans le cours d'un rétrécissement aortique avec légère insuffisance.

— M. *Hartmann* décrit des anastomoses des nerfs du membre supérieur et leurs conséquences pour les plaies des nerfs.

M. *Delbet* présente, à ce même point de vue, une anomalie des nerfs de la jambe.

— MM. *Poirier* et *Picqué* communiquent une observation de *hernie obturatrice*.

— M. *Dagron* présente des pièces de *salpingite* enlevées par M. Lucas-Championnière.

— M. *Desnos* lit un travail sur les *kystes* de la prostate.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Tuberculose infantile, hémorrhagies tuberculeuses d'origine intrapulmonaire, par M. MANTEL, interne des hôpitaux. — L'hémoptysie est un symptôme relativement rare dans la clinique infantile. Les traités spéciaux fournissent à cet égard peu de documents. On en trouve cependant quelques observations entre lesquelles il est bon de faire un choix. Une perforation de l'artère pulmonaire par des ganglions tuberculeux (Berton, 1837) peut donner lieu à une hémoptysie foudroyante. West a donné sept observations d'hémoptysies chez l'enfant, survenues par le mécanisme ordinaire si fréquemment observé chez l'adulte. Cadet de Gassicourt a observé un cas du même genre. En somme, ces observations se comptent et leur petit nombre donne un grand intérêt à l'étude que M. Mantel, interne à la Charité, au service de la Crèche, a publiée à ce sujet dans le *Progrès médical*.

M. Mantel a pu observer personnellement deux cas d'hémoptysie foudroyante : l'un chez un enfant de deux mois; l'autre chez un enfant de deux ans (hôpital des Enfants). Ces deux observations ont été le point de départ d'un travail intéressant dans lequel on trouvera des recherches bibliographiques très complètes et une étude clinique approfondie de tout ce qui se rapporte à l'hémoptysie infantile. Cette étude porte sur plus de vingt observations.

Nous en relèverons les résultats les plus importants. L'auteur a dû d'abord limiter son sujet. Divisant les hémoptysies en deux grandes classes suivant qu'elles sont tuberculeuses ou non, il s'attache uniquement à l'étude des premières et spécialement à celles qui ont une origine *intrapulmonaire*, chez les enfants au-dessous de sept ans. Il élimine par conséquent toutes les hémoptysies des fièvres éruptives, de la coqueluche, etc.

On sait aujourd'hui que la tuberculose n'est pas rare dans le premier âge. Des travaux récents assez nombreux, dus à MM. Damaschino, Lannelongue, Landouzy, Queyrat, etc., en font foi. La rareté de l'hémoptysie est également constatée et cette particularité trouve plusieurs explications. M. Mantel fait observer que l'intégrité habituelle du système vasculaire chez l'enfant rend bien compte du peu de fréquence de l'hémoptysie. Quand on la rencontre, il faut admettre chez l'enfant une cause générale qui altère la texture même du tissu vasculaire de l'enfant. Cette cause est *fréquemment* la syphilis. Les auteurs qui ont étudié la syphilis chez le nouveau-né ont signalé dans ces cas des altérations vasculaires qui sont éminemment propres à produire des stases sanguines et des hémorrhagies. C'est surtout dans les petits vaisseaux que ces endartérites peuvent se produire, oblitérer le calibre du tube vasculaire, affaiblir la résistance de sa paroi. Une observation prise dans le service du docteur Parrot (Thèse d'Hutinel) montre bien le rôle que peuvent jouer chez les syphilitiques ces altérations vasculaires, alors surtout qu'intervient une maladie de déchéance comme la tuberculose.

Examinant avec soin toutes les observations à ce point de vue, M. Mantel arrive à cette conclusion qu'il faut souvent incriminer la syphilis et surtout la syphilis maternelle dans la genèse des hémoptysies observées chez les enfants tuberculeux. Toutes les maladies de déchéance réunies par Parrot sous le chef de l'*athrepsie* disposent les enfants aux coagulations veineuses qu'on observe particulièrement dans les veines profondes et surtout dans l'artère pulmonaire. Par le fait de ces maladies, le champ de l'hématose se trouve considérablement réduit. La circulation est ralentie, des obstacles se produisent. On suit en quelque sorte pas à pas la genèse de l'hémoptysie.

Un fait très particulier avait frappé M. Mantel dans les autopsies d'enfants hémoptysiques. C'est l'état de l'estomac dans lequel le sang se trouvait constamment accumulé sous forme de coagulum ou simplement liquide. L'organe était quelquefois distendu et rempli par un caillot moulé sur sa paroi. Cet état de l'estomac qui n'a jamais été noté chez les tuberculeux adultes s'explique par ce fait que l'enfant ne crache pas. Quand l'hémoptysie se produit, les gorgées de sang qui arrivent dans l'arrière-gorge sont immédiatement avalées par l'enfant, jusqu'au moment où l'estomac distendu rejette violemment le sang qu'il ne peut pas digérer. Si l'hémoptysie a continué, on s'explique que le sang fourni à la fois par l'estomac et par le poumon arrive au dehors en grande abondance, d'où la gravité que ces grandes hémorrhagies ont toujours chez l'enfant.

Les lésions qu'on rencontre à l'autopsie viennent à l'appui de ces explications. Les adhérences pleurales, la broncho-pneumonie tuberculeuse, l'hypertrophie et la dégénérescence des ganglions, la congestion du pneumogastrique, jouent évidemment un rôle important dans la genèse des hémoptysies, par les obstacles qu'elles apportent au jeu du poumon et aux échanges nécessaires à l'hématose.

Les auteurs insistent beaucoup sur la difficulté qu'on éprouve le plus souvent à découvrir la source de l'hémoptysie. A côté des faits bien reconnus de rupture d'anévrysme de l'artère pulmonaire, de perforation directe des vaisseaux par compression ou par ulcérations tuberculeuses, on se trouve le plus habituellement en présence d'hémorrhagies de source inconnue et dans lesquelles la congestion passive joue certainement le rôle principal.

Les observations démontrent que l'hémoptysie, chez l'enfant, a une gravité particulière et immédiate. Le plus souvent on ne cite qu'une seule hémoptysie qui enlève le malade. Mais n'est-il pas probable que cette hémorrhagie ultime a été souvent précédée de petites hémorrhagies peu abondantes dans lesquelles le sang a été avalé et plus ou moins digéré? Chez l'enfant toute hémoptysie peu abondante passe inaperçue. D'où la nécessité absolue d'examiner attentivement les selles des enfants suspects. Le diagnostic de l'hémoptysie infantile est malheureusement presque toujours tardif. Quand le sang arrive en abondance, noir, mal aéré, mélangé d'air, de lait ou d'autres aliments, il faut avec soin examiner l'état des voies digestives; s'assurer qu'aucune hémorrhagie ne se fait par le nez, par la langue; et si rien ne se présente de ce côté on songera à l'hémoptysie de source pulmonaire, quand l'enfant est souffreteux, chétif. Si l'on a affaire à un enfant manifestement tuberculeux, le médecin devra toujours surveiller les selles et peut-être un traitement approprié pourra-t-il détourner ou retarder les grands accidents auxquels nulle thérapeutique sérieuse ne peut être opposée. La gravité de ces hémoptysies infantiles ne saurait donc être mise en doute. Mais nous avons

vu le rôle que la syphilis pouvait y jouer. Toute l'attention du médecin devra se porter de ce côté, et s'il arrive à dépister une syphilis et qu'il puisse conjurer les premiers accidents par une médication appropriée, son intervention peut avoir une grande efficacité.

Le travail de M. Mantel présente un intérêt qu'on ne saurait méconnaître. La question y est en même temps limitée et envisagée sous toutes ses faces. Tous les médecins qui se sont occupés spécialement des maladies infantiles liront ce mémoire avec fruit et y trouveront des documents nouveaux et une exposition d'ensemble bien présentée. P. B.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux éléments de pathologie externe, publiés par A. Bouchard (de Bordeaux). — Tome I. — Paris, 1886-87, Asselin et Houzeau.

Depuis quelques années, après une disette, les traités et manuels de pathologie externe se font nombreux. Le professeur A. Bouchard (de Bordeaux) en vient augmenter la liste par un ouvrage, dont deux fascicules déjà sont parus, nous exposant la pathologie générale et les affections chirurgicales des appareils et des systèmes.

Ce livre, qui sera terminé en deux volumes, n'a pas la prétention d'être un compendium complet; à d'autres il laisse cette besogne et, tout d'abord, élimine d'emblée tout ce qui est historique, tout ce qui est index bibliographique. Et, cependant, ce n'est pas un manuel, au sens propre du mot, dont nous avons à rendre compte. L'appréciation générale, qui seule convient à une œuvre de ce genre, serait peut-être difficile à trouver. Heureusement que M. Bouchard s'est donné la peine de nous la fournir dans sa préface :

« L'état des connaissances biologiques est aujourd'hui à un degré assez avancé pour justifier une tentative de traité de pathologie chirurgicale reposant sur les bases anatomo-physiologiques. Tous les ouvrages de pathologie externe publiés en France jusqu'à ce jour ont été surtout une énumération précise et détaillée des phénomènes cliniques, sans relation entre eux et souvent sans lien aucun avec les causes anatomo-physiologiques qu'ils déterminent. Il nous a semblé possible de grouper tous ces phénomènes et de donner pour la plupart d'entre eux, sinon pour tous, une explication rationnelle basée sur nos connaissances biologiques... Nous n'avons pas voulu faire d'érudition, nous avons tenté surtout de faire du raisonnement scientifique.»

Mais faire du raisonnement scientifique sans érudition est chose impossible : M. Bouchard et ses collaborateurs ont cherché, ce qui est l'art suprême, à faire oublier leur érudition. Les collaborateurs, en effet, sont ici nombreux et distingués. M. Bouchard, sans doute, n'a pas craint de prendre pour lui une bonne part de la besogne. Mais au professeur Coyno sont dues les pages concernant les généralités, les éléments anatomiques et les tissus, l'inflammation et les tumeurs; à M. Poinsot, la tuberculose chirurgicale, les pansements. Puis, à côté des professeurs Demons et Viault, nous aurions à énumérer encore la pléiade des agrégés bordelais : Poinsot, Planteau, Piéchaud, Lagrange, Maurice Denucé.

A. Broca.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

Monument élevé a la mémoire de M. Béclard. — La cérémonie d'inauguration du monument élevé à la mémoire du regretté professeur Béclard a réuni, jeudi dernier, au cimetière du Père-Lachaise, plusieurs de ses collègues de la Faculté et de l'Académie de médecine et un grand nombre d'amis et d'étudiants. Ce monument, très modeste, se compose d'une stèle surmontée d'un buste placé à côté de celui du professeur Béclard père, et placé sur la tombe qui les réunit tous les deux.

Dès que le crêpe qui recouvrait le buste eut été retiré, M. Laborde a remercié les souscripteurs en quelques paroles pleines de tact, d'émotion et d'une grande élévation de pensées. Puis, M. Hébert, au nom du Conseil supérieur des Facultés et à la place de M. Gréard empêché, s'est associé à l'hommage rendu à la mémoire de M. Béclard. M. Brouardel et M. Bergeron ont ensuite rappelé, avec l'autorité qui leur appartient, le souvenir laissé par le doyen de la Faculté et par le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; ils ont loué tout ce qui avait fait de leur prédécesseur « une personnalité hors ligne par les travaux, le talent et le caractère ».

Une dernière allocution a été prononcée par M. Pozzi au nom de la Société d'anthropologie, dont M. Béclard fut, avec Broca, un des fondateurs, et la cérémonie s'est terminée après qu'un groupe délégué de l'Association générale des étudiants fut venu incliner devant la tombe le drapeau tricolore de cette Association, que M. Béclard ne cessa d'aider de toute sa sympathie.

Peu d'hommes ont plus que Béclard, en effet, aimé la jeunesse studieuse et cherché les occasions de lui être utile. Simple, modeste et bon, il était un guide partout écouté; sa grande et bienveillante autorité ne s'est pas seulement exercée publiquement dans maintes occasions que les générations médicales n'ont pas oubliées; mais que de circonstances plus ignorées où il sut, avec la plus grande discrétion, rendre service et inspirer de salutaires résolutions par les conseils que lui dictaient son ferme bon sens et sa parfaite droiture!

Ainsi que l'a dit si bien M. Gréard, dans le discours qu'il n'a malheureusement pu prononcer sur sa tombe et qui a été communiqué à la presse, « son intervention dans les débats n'avait jamais rien d'empressé, mais elle était toujours utile, et il était rare qu'elle ne fût pas décisive, tant il y apportait de bonne grâce et de bon sens. Rien n'égale la force de ces esprits discrets et tempérés lorsqu'ils croient le moment venu d'accuser leur opinion : ils s'imposent par la confiance qu'ils inspirent, et c'est justice, parce que leur habileté ne va qu'à faire passer chez les autres, pour le bien commun, les convictions qu'ils ont eux-mêmes silencieusement mûries. Cette aimable sérénité de raison s'alliait, chez M. Béclard, à la chaleur du sentiment. Il était né généreux. Il avait l'esprit comme le cœur ouvert à tout ce qui honore l'humanité. Lorsqu'une question pouvait donner lieu à deux interprétations contraires, on pouvait être sûr qu'il inclinait naturellement vers la plus large, et qu'il s'y fixerait. Modestement, mais inflexiblement fidèle, dans la maturité de l'âge, aux idées qui avaient nourri et charmé sa jeunesse, il suivait les évolutions de notre transformation sociale d'un regard attentif, sans complaisance comme sans prévention, avec le juste discernement des besoins de la démocratie moderne et un patriotisme élevé. De tels hommes constituent le fonds le plus solide de la richesse intellectuelle et morale d'un pays. Longtemps après qu'ils ont disparu, on les recherche autour de soi. »

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Dans ses dernières séances, le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est occupé de diverses questions du plus grand intérêt, notamment de la prophylaxie des maladies pestilentielles exotiques, de l'alimentation en eau potable de la ville de Toulouse et de l'importation des viandes d'animaux abattus.

On sait que l'administration sanitaire française a offert aux Compagnies de navigation de diminuer et quelquefois de supprimer les mesures quarantenaires à l'arrivée, si les navires étaient munis de procédés de désinfection, notamment d'étuves à vapeur sous pression et si ces opérations étaient surveillées et certifiées par des médecins commissionnés, offrant toutes garanties. Le gouvernement français a fait adopter cette manière de voir à la conférence sanitaire internationale de Rome. L'Angleterre, qui s'y était montrée hostile, vient de demander officiellement à notre gouvernement de s'entendre au sujet de ces mesures, qu'elle va rendre obligatoire pour les steamers traversant le canal de Suez. Le Comité s'est empressé de s'associer à cette demande. D'autre part, le gouvernement de la République argentine négocie une entente du même genre avec la France et l'Italie; si bien que, dans un avenir très rapproché, les idées développées par MM. Brouardel et Proust à ce sujet auront été adoptées et réalisées par les nations qui s'y étaient jusqu'ici montrées les plus réfractaires. Seules, les compagnies françaises de navigation se refusent encore à vouloir bénéficier des avantages qui sont ainsi offerts au commerce international.

La ville de Toulouse a besoin d'un complément d'eau potable; elle veut l'obtenir en usant plus largement d'eau filtrée empruntée à la Garonne. L'opinion est faite sur les inconvénients des filtres généraux appliqués à l'alimentation d'une ville. L'eau que Toulouse fera venir ne sera ni moins bonne ni meilleure que celle dont elle se sert aujourd'hui, tandis que dans un rayon assez rapproché se trouvent des sources excellentes qui n'auraient nul besoin de procédés de filtration. C'est dans cet ordre d'idées que le Comité a cru devoir conseiller la ville, tout en acceptant son projet actuel.

Il y a quelques semaines, le Comité avait reconnu que les quartiers d'animaux de race ovine pouvaient être introduits en France sans qu'il fût nécessaire d'exiger, comme pour ceux d'autres races, l'adhérence des viscères. Mais le conseil supérieur de l'agriculture, dont les tendances protectionnistes sont bien connues, a pensé que cette tolérance pouvait avoir des inconvénients: il visait surtout l'importation des moutons abattus qui se fait actuellement en grande quantité par les frontières allemande et belge et par les steamers venant de la Plata. Le Comité, examinant les diverses affections qui peuvent rendre dangereux l'usage alimentaire de ces viandes, vient de persister dans son opinion, à savoir que la présence des viscères n'est nullement indispensable en pareil cas.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que notre ami le docteur Straus vient d'être présenté en première ligne et à l'unanimité pour la chaire de pathologie expérimentale et comparée, précédemment occupée par M. Vulpian. M. le docteur Hanot a été présenté en deuxième ligne.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Ont été nommés au grade de médecin de deuxième classe :* MM. Blanc et Brossier, médecins auxiliaires de 2e classe, docteurs en médecine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 24 février). — *Ordre du jour :* M. Joffroy: Présentation de malade. — M. Ballet: Des paralysies bulbaires au cours du goitre exophthalmique. — M. Debove: Recherches sur l'intoxication hydatique. — M. Brocq: Nouvelle communication sur la destruction des poils par l'électrolyse. Continuation de la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde.

ASSOCIATION DES ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES ASILES DE LA SEINE. — MM. les anciens internes sont priés de faire connaître, à la salle de garde de Sainte-Anne, leur adresse exacte.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — L'Assemblée générale annuelle de cette Société se tiendra le dimanche 19 février prochain à deux heures précises dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue Sorbonne, 15, sous la présidence d'honneur de M. le docteur Hérard, président de l'Académie de médecine.

Ordre du jour : 1° La protection de l'enfance, par M. le docteur Marjolin; 2° Compte rendu moral et financier par M. le docteur Blache; 3° Rapport sur les récompenses décernées aux médecins-inspecteurs, par M. le docteur Moizard; 4° Rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. le docteur Leroux.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE. — Il vient de se fonder à Paris une Société médicale dite : *Société de stomatologie*, dont les premiers membres ont été MM. les docteurs Brochard-Rigaut, A. Chauveau, E. Courtaix, Cruet, M. Ernoux, Ferrier, Galippe, Lempert, de Madec, Magitot, Moreau-Marmont, Pietkiewicz, Richard d'Aulnay, Stoess.

Cette Société a pour objet l'étude scientifique des maladies de la bouche, de l'appareil dentaire et de leurs annexes. Elle se compose: 1° de membres fondateurs; 2° de membres titulaires; 3° de membres correspondants nationaux ou étrangers ; 4° de membres honoraires.

Les membres titulaires, correspondants et honoraires sont en nombre illimité.

Les médecins qui ont pris l'initiative de fonder la Société de stomatologie, placent au-dessus de toute contestation que la stomatologie, définie ainsi qu'il est dit ci-dessus, fait partie intégrante de la médecine et qu'elle exige, pour être exercée avec autorité, une instruction scientifique aussi variée et aussi complète que les autres spécialités médicales. Or, l'exercice de la médecine en France n'étant pas libre, ils invoquent l'application du droit commun, c'est-à-dire la pratique de la stomatologie par les médecins.

Ils font appel, en outre, à ceux de leurs confrères exerçant des spécialités dont les points de contact avec la stomatologie proprement dite sont les plus fréquents (laryngologie, rhinologie, otologie, ophthalmologie, etc.). Ils espèrent, par le rapprochement de ces compétences multiples, fonder une œuvre profitable à la science.

Les médecins, désireux d'entrer dans cette Société, sont priés d'en informer l'un des membres du bureau dont les noms suivent: MM. les docteurs Magitot, président, 8, rue des Saints-Pères; Cruet, 2, rue de la Paix; Galippe, 65, rue Sainte-Anne; Moreau-Marmont, 23, boulevard Haussmann ; Pietkiewicz, 79, boulevard Haussmann.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Z. Perrin (de Lyon); de M. le professeur Gentilhomme (de Reims), et de M. le docteur Valentin (de Charmes).

MORTALITÉ A PARIS (5e semaine, du 29 janvier au 4 février 1888.— Population : 2 260 945 habitants). — Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 11. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 51. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 214. — Autres tuberculoses, 10. — Tumeurs : cancéreuses, 52; autres, 5. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 56. — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 79. — Bronchite aiguë, 46. — Bronchite chronique, 53. — Broncho-pneumonie, 33. — Pneumonie, 77. — Gastro-entérite : sein, 22; biberon, 28; autres, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 44. — Suicides, 7. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 242. — Causes inconnues, 7. — Total : 1187.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La syphilis et la prostitution dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale et la loi, par le docteur H. Mireur, adjoint au maire de Marseille. Deuxième édition (ouvrage couronné par l'Académie de médecine, prix Vernois, 1887). 1 vol. in-8 de près de 500 pages. Paris, G. Masson. 5 fr.

De l'électricité comme agent thérapeutique en gynécologie, par M. le docteur P. F. Mundé, professeur de gynécologie a la polyclinique de New-York, traduit avec l'autorisation de l'auteur et annoté par M. le docteur P. Ménière. 1 vol. grand in-8° raisin de VIII-72 pages avec 12 figures intercalées dans le texte. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, par M. le docteur Durey-Comte. In-8°. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

14571. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE — N° 8 — 24 FÉVRIER 1888

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 22 février 1888.

Académie de médecine : **Acétanilide et antipyrine. — La prophylaxie de la syphilis.**

Il ne faudrait pas, ainsi qu'on l'a bien dit hier à l'Académie, attacher une trop grande importance aux accidents que détermine parfois l'administration de l'antipyrine et condamner un médicament vraiment utile par cela seul qu'il existe des sujets réfractaires à son action bienfaisante. Le fait cité par M. Hardy, à propos de l'acétanilide, aurait bien plus de gravité s'il était bien démontré que l'absorption du médicament a déterminé la mort. Mais, ainsi que l'a objecté M. Dujardin-Beaumetz, la preuve est loin d'être faite à ce sujet, et une autopsie minutieuse eût seule pu donner quelque certitude. Nous persistons toutefois à considérer l'acétanilide comme un médicament infiniment plus difficile à manier et plus dangereux que l'antipyrine. Dans les pneumonies adynamiques en particulier, ses effets sont néfastes. Il en est de même dans certaines formes de la fièvre typhoïde. En général d'ailleurs, et bien que M. Laborde ait établi scientifiquement que l'action antithermique est corrélative de l'action modératrice exercée sur le système nerveux sensitif, l'administration de l'antipyrine n'est avantageuse que dans les maladies douloureuses apyrétiques. Nous devons donc affirmer encore que les observations de M. G. Sée n'ont pas été jusqu'à ce jour sérieusement contredites. Mais, avec la plupart des membres de l'Académie, nous devons aussi reconnaître que l'on abuse singulièrement de tous les médicaments nouveaux et en particulier de ceux qui ont pour prétention d'agir sur la douleur. Lorsque nous avons analysé les intéressantes recherches de M. A. Robin sur le mode d'action de l'antipyrine, nous avons déjà dit combien était antiscientifique cet engouement passager pour un agent médicamenteux dont les indications sont jusqu'à un certain point restreintes. Puisse la discussion actuelle modérer les abus qu'elle a dévoilés! Nous voudrions, de plus, puisqu'il est démontré que l'antipyrine est souvent impure, que les fabricants de produits chimiques français se préoccupassent de préparer ce

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

La situation des médecins des hôpitaux en Suède. — Hôpital permanent pour l'isolement dans le cours des maladies épidémiques à Gothembourg. — Travaux pratiques de physiologie et examens à l'Université d'Upsal. — Fredrik-Theodor Berg. — Congrès général des médecins suédois à Norr-Koping. — Projet d'enquête sur l'alcoolisme.

Il n'y a peut-être pas de pays en Europe où la question de l'hygiène et de l'aménagement des hôpitaux ait été étudiée avec plus de soin qu'en Suède ; de tous côtés s'élèvent des constructions irréprochables au point de vue de l'aération et de la disposition générale ; les salles sont agrandies, les lits deviennent plus nombreux qu'autrefois. Si l'on a fait beaucoup pour le matériel, on n'a fait rien ou à peu près pour le personnel médical. Un article du docteur J.-G. Frykmamn (de Karlshamme), publié dans l'*Eira* du 15 août dernier, renferme des renseignements précis sur sa situation actuelle. Elle n'est nullement comparable à celle des médecins des hôpitaux de Paris : ceux-ci sont des praticiens auxquels, à la suite d'un concours scientifique, l'Assistance publique confie le soin des malades auxquels elle donne l'hospitalité ; leur situation à son égard n'est pas déterminée ; leur rôle est purement consultatif ; les médecins des hôpitaux suédois sont des fonctionnaires dans toute l'acception du mot ; au lieu d'une simple indemnité de déplacement, ils reçoivent un traitement, sont logés le plus souvent dans les établissements et prennent part à l'administration ; leur rôle est à peu près le même que celui des médecins des asiles d'aliénés chez nous :

« Leur esprit d'initiative et d'abnégation est reconnu par tout le monde, dit M. Frykmamn, et malgré cela leur situation matérielle n'est plus en rapport avec le travail exigé d'eux. Si en tenant compte des avantages en nature,

nouveau produit. Le procès dont on les menace ne saurait aboutir qu'à la reconnaissance pleine et entière de leur droit de fabrication. Aucun médicament n'est susceptible d'être breveté en France. Il ne faut donc pas laisser à un étranger le monopole de la fabrication d'un produit qui souvent ne nous est donné que falsifié ou impur.

— La discussion générale sur la prophylaxie de la syphilis, que l'on considérait, après la lecture du rapport de M. Fournier, comme à peu près inutile, se développe aujourd'hui à l'occasion des articles relatifs à la définition du *délit* que commettraient les filles qui excitent à la débauche. Le discours très étudié et très remarquable que vient de prononcer M. L. Le Fort sera continué dans la prochaine séance; nous attendrons donc qu'il soit terminé pour en faire mieux ressortir tous les arguments. Nous ne voulons, aujourd'hui, qu'exprimer un vœu : Il serait bien désirable que l'Académie, qui a surtout pour mission de veiller à la santé publique, dont le but n'est aujourd'hui que d'obtenir une répression plus effective de la prostitution clandestine, arrive à rédiger ses conclusions, de manière à leur donner plus d'autorité lorsqu'elles seront transmises, avec une adhésion à peu près unanime, au Ministre et au Parlement. La Commission ne pourrait-elle pas examiner avec moins de détails les moyens à employer pour réprimer les abus qu'elle signale et se borner à appeler l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de cette répression? Les mots de *loi*, *délit*, *autorité judiciaire* qui, seuls, causent des divergences au sein de l'Académie et motivent une certaine opposition, ne pourraient-ils pas être supprimés dans le rapport? Tout le monde est d'accord sur tout le reste. Les difficultés commencent alors qu'il s'agit de *définir* le délit de provocation, ce qui n'est pas précisément du ressort de la médecine. Les hésitations de ceux qui n'admettent pas toutes les conclusions de la Commission proviennent de ce qu'ils n'espèrent pas obtenir le vote d'une loi nouvelle. Que l'on se hâte donc de réclamer, par mesure de salubrité publique, ce que — c'est M. L. Le Fort qui l'a dit — le Préfet de police peut faire immédiatement quand il s'agit de ses amis. S'il y a des abus dans la répression, ceux-ci sont infiniment plus rares que les abus dans la provocation.

CLINIQUE MÉDICALE

La recherche de l'activité du suc gastrique en vue du diagnostic et du traitement des affections de l'estomac.

(Fin. — Voy. les numéros 6 et 7.)

IV

La notion générale des variations en plus ou en moins de l'acidité gastrique dans les diverses affections de l'estomac, et dans les dyspepsies en particulier, n'est point nouvelle à coup sûr, et la dyspepsie acide se trouve signalée par les vieux auteurs comme le résultat de l'irritation des parois gastriques par un excès d'acidité des liquides contenus dans le viscère. Mais on peut dire que l'étude des modifications des sécrétions stomacales, au point de vue de leur réaction acide, n'est entrée dans une voie vraiment scientifique que depuis l'application des méthodes dont nous avons donné un aperçu dans les paragraphes précédents.

C'est surtout en Allemagne que ces recherches ont été faites, et von der Velden (*loc. cit.*) et Leube (*Deutsch. Arch. f. Klin.*, XXXIII, mars 1882) ont été des premiers à mettre en œuvre ces procédés d'examen clinique des malades ; en France, M. G. Sée (*Des dyspepsies gastro-intestinales*, 1881) a également eu recours aux mêmes moyens d'exploration (p. 18) et a fait connaître alors l'état actuel de cette question encore à ses débuts. Depuis lors, les faits se sont multipliés, en France et à l'étranger, et la discussion académique provoquée le mois dernier par la communication de M. G. Sée a de nouveau rappelé l'utilité pratique de ces méthodes et a mis cet intéressant sujet à l'ordre du jour.

On peut, au point de vue particulier qui nous occupe, et qui est celui de la dyspepsie d'après la définition chimique qu'en a dès longtemps donnée M. G. Sée, diviser les faits en deux groupes principaux : 1° ceux dans lesquels il y a diminution ou absence de l'acidité gastrique (*sécrétions anachlorhydriques*); 2° ceux que caractérise au contraire l'exagération de cette acidité (*sécrétions hyperchlorhydriques*, ou plus simplement *hyperacides*). Enfin, un 3° groupe, moins important, ou plutôt peut-être moins bien établi et délimité, renfermerait les cas de *sécrétions chlorhydriques variables*. Les deux premiers doivent surtout nous intéresser.

---

c'est-à-dire du logement et de l'éclairage, qu'on peut évaluer de 250 à 700 francs, on cherche à exprimer en chiffres l'indemnité journalière revenant à chacun par malade traité, on trouve que dans les hôpitaux de 300 lits ou moins elle varie entre 25 et 80 centimes ; dans ceux de 3 à 500 lits, entre 15 et 35. » Cet état de choses a frappé tout le monde, et une circulaire du Conseil médical général du royaume en date du 1er juin 1885 l'a signalée à l'attention des Assemblées provinciales. Jusqu'à présent la question n'a pas été résolue d'une façon satisfaisante et uniforme. Cependant la plupart des *landstings* ont reconnu le bien fondé des réclamations et proposé des mesures destinées à y faire droit. On paraît disposé à augmenter le traitement et à créer des retraites; les projets élaborés dans ce sens, généralement timides, sont parfois singuliers. L'Assemblée provinciale de Christianstad, qui a insisté par trois fois sur la nécessité de la retraite, propose de l'accorder après trente-cinq ans de service et lorsque les infirmités rendront le médecin incapable de remplir ses fonctions! Chez nous une pareille idée paraîtrait peu généreuse, mais dans leurs rapports avec les fonctionnaires les administrations se montrent partout les mêmes; elles accordent les améliorations indispensables, difficilement et à leur corps défendant.

Nous parlions de la construction des hôpitaux; la municipalité de Gothembourg a résolu un problème qui est loin de l'être chez nous : celui de l'isolement immédiat en temps d'épidémie. Nous sommes toujours dans le même état que cette commune fortunée dont le maire prit un arrêté prescrivant la réparation et la mise en état de la pompe la veille de tous les incendies. Lors de la dernière apparition du choléra on prit des mesures d'hospitalisation lorsqu'il sévissait déjà à Toulon et à Marseille; Gothembourg possède une maison permanente, disposée de telle sorte qu'elle puisse fonctionner au moment de l'explosion d'une épidémie. Il existait une institution analogue de-

L'acidité chlorhydrique du suc gastrique, bien que se trouvant en déficit moins souvent qu'on ne l'avait admis tout d'abord, se montre diminuée d'une façon notable, ou même plus ou moins complètement supprimée, dans un certain nombre de cas. C'est ainsi que, chez les fébricitants, par exemple, elle est inférieure à la normale sans faire pourtant complètement défaut (Cahn et Mering); de même, elle peut être diminuée sous l'influence de perturbations variées dont quelques-unes sont pour ainsi dire physiologiques : suractivité du système nerveux, sueurs abondantes, menstruation, etc. Mais c'est surtout dans les faits de dyspepsie, avec ou sans lésion gastrique, que les variations du taux de l'acidité chlorhydrique ont fixé l'attention des observateurs, en particulier au point de vue du diagnostic du cancer de l'estomac lorsque les symptômes sont insuffisants pour autoriser une affirmation.

Les recherches de von der Velden avaient eu pour résultat de poser en principe que, dans le cas de carcinome de l'estomac, l'acide chlorhydrique disparaît constamment du suc gastrique. Riegel confirmait bientôt cette assertion et constatait la disparition de l'acidité gastrique dans cinq cas de cancer de l'estomac vérifiés à l'autopsie, et dans onze cas de cancer stomacal en cours d'évolution, mais manquant encore du contrôle nécroscopique; par contre, les réactifs décelaient l'existence de l'acide chlorhydrique dans deux cas de cancer œsophagien. Ewald se rangeait à la même opinion et attribuait à l'absence de l'acide chlorhydrique une haute valeur diagnostique en faveur du cancer stomacal.

Mais, pour que l'anachlorhydrie puisse être considérée comme pathognomonique du carcinome gastrique, il faudrait qu'elle fût constante dans cette affection, et ne se retrouvât pas dans d'autres maladies de l'estomac pouvant prêter à la confusion par l'analogie symptomatique. Or von der Velden lui-même a signalé quelques exceptions à la règle de l'anachlorhydrie cancéreuse, et M. Dujardin-Beaumetz (*Soc. méd. hôp.*, nov. 1884) a fait ressortir les doutes que l'on peut conserver sur l'importance absolue du symptôme. Bientôt, d'ailleurs, Jaworski fit connaître de nouveaux cas contradictoires; et Roose (*Revue méd. de Louvain*, janvier 1886) publiait une observation de cancer du pylore avec persistance, jusqu'à la mort, d'acide chlorhydrique dans le suc stomacal.

Cependant M. Debove, tout en reconnaissant que, comme toute autre, « cette règle souffre des exceptions », communiquait à la Société médicale des hôpitaux (séance du 24 décembre 1886) une observation dans laquelle le manque d'acide chlorhydrique libre lui avait permis de poser le diagnostic de cancer, en l'absence de tout autre signe certain : diagnostic vérifié plus tard par l'évolution de la maladie. Il ajoutait que, dans tous les faits de cancer où il avait recherché l'acidité du suc gastrique, elle avait constamment fait défaut; tandis qu'il avait toujours trouvé de l'acide chlorhydrique ou de l'acide lactique, isolés ou réunis, chez les malades atteints d'autres affections gastriques non cancéreuses. Un mois plus tard (28 janvier 1887) M. Lépine adressait à la Société des hôpitaux, en réponse à M. Debove, une lettre dans laquelle il signale deux observations personnelles de cancer de l'estomac avec acidité chlorhydrique manifeste. Il rappelait, à ce propos, huit cas analogues de Cahn et Mering, et se montrait disposé à croire que « la rareté relative de la constatation de l'acide chlorhydrique en ces conditions tient à l'insuffisance des méthodes. » C'est une opinion tout analogue qu'a soutenue Cahn au Congrès de médecine interne de Wiesbaden, en avril 1887.

D'autre part, comme pour mettre le comble à l'incertitude sur cette question si importante de diagnostic, l'anachlorhydrie a été constatée dans d'autres affections que le cancer gastrique. Grundzach l'a signalée cinq fois chez des sujets non porteurs d'un cancer; Riegel dans un cas de dégénérescence amyloïde de l'estomac; Ewald dans neuf cas, sur dix-huit, de dyspepsies muqueuses; Boas dans trois cas, sujets à discussion il est vrai, de catarrhe gastrique intense.

Enfin M. G. Sée, qui a repris l'étude de ces faits avec le nouveau réactif de Gunzburg, a constaté l'absence d'acide chlorhydrique libre dans deux cas de cancer de l'estomac, mais l'a notée également chez deux phthisiques, un cardiaque, un brigthique, un diabétique, dans une dyspepsie chez un vieux paralytique, et dans une dilatation gastrique ancienne.

Aussi croyons-nous qu'il faut, jusqu'à plus ample informé, se contenter de conclure avec M. G. Sée que « les affections qui ramènent l'acide chlorhydrique au minimum sont le carcinome gastrique, avec ou sans dilatation, peut-être l'atrophie ou la dégénérescence amyloïde de l'organe, enfin certaines dyspepsies appelées muqueuses, et surtout celles qui résultent de l'inanition et du marasme ».

Il y a loin de là, on le voit, à la possession d'un signe

---

puis 1834; elle servit aux cholériques en 1850, 1853, 1855; depuis lors le choléra est devenu rare; ni en 1866, ni en 1873, ni en 1884, les épidémies n'ont présenté l'étendue de celles du commencement du siècle. En revanche d'autres maladies sévissent dans la ville; leur gravité est toujours sérieuse et elles se disséminent parfois d'une manière foudroyante. Les hygiénistes modernes sont unanimes sur les mesures à prendre; il faut isoler sérieusement et non comme on le faisait naguère : dans des cabinets ajoutés à des salles ordinaires. « Un hôpital de cette nature, dit M. Vrethlind, devait être construit, en tenant compte des conditions particulières de la ville, de sa population, de la fréquence relative des maladies qu'on y observe, des circonstances se présentant dans leur intervalle. Les relations antérieures montrent que celles qui exigent des divisions spéciales sont : la variole, le choléra, la dysentério, le typhus exanthématique, la méningite cérébro-spinale, la scarlatine et la diphthérie. Depuis plus de dix ans il y a chaque année des cas sporadiques de méningite cérébro-spinale, de scarlatine et de diphthérie à Gothembourg. De temps en temps il se fait une dissémination, puis la proportion redevient ce qu'elle est dans les conditions ordinaires. » Tous les desiderata sont aujourd'hui remplis; il a fallu quinze ans pour cela; dès 1874, on fit un premier plan et un devis que le Conseil communal trouva bons; deux ans plus tard un médecin et un architecte sont envoyés à Copenhague pour étudier le fonctionnement et la disposition d'un établissement érigé dans le même but : nouveau plan et nouveau devis; l'Administration recula devant la dépense; un mouvement offensif du typhus ou de la méningite cérébro-spinale eurent raison de ces hésitations; enfin, en 1883, le projet fut adopté, les travaux commencèrent et l'hôpital fonctionne.

L'idée que nous nous faisons en France des Universités du Nord est tout à fait favorable; la plupart des travaux qui en viennent sont excellents : recherches, érudition,

pathognomonique du cancer de l'estomac ; et, comme c'est précisément dans les cas où la conviction du clinicien sera le plus difficile à établir (dans les dyspepsies marastiques par exemple simulant le cancer) que la valeur du signe est la moins grande, nous pensons que l'on a vraisemblablement espéré de ce procédé de diagnose plus qu'il ne peut donner. Cependant, en présence des affirmations que nous avons rappelées et qui émanent d'observateurs d'un mérite incontestable, en présence de l'assertion formulée récemment en ces termes par M. Dieulafoy dans une de ses leçons (*Semaine médicale*, 4 janvier 1888) : « Tel est à l'heure actuelle le seul signe de certitude que nous possédions pour faire le diagnostic du cancer de l'estomac dans les cas complexes et difficiles » ; en présence de conclusions identiques formulées dans une thèse toute récente par M. Guillou (*Du carcinome latent de l'estomac*, février 1888), il nous semble sage de ne pas vouloir être trop rigoriste, et de considérer que l'absence d'acide chlorhydrique, très fréquente dans le cancer stomacal, sera un appoint de valeur pour le diagnostic de cette affection, dans les cas douteux.

On est revenu, à propos de cette question du diagnostic du cancer latent de l'estomac, sur les propositions émises par Rommelaere (de Bruxelles) relativement à l'importance séméiologique de la diminution permanente du taux de l'urée urinaire; la discussion déjà portée sur ce sujet devant la Société médicale des hôpitaux, en 1884, à propos d'une observation négative de M. Dujardin-Beaumetz, s'est reproduite, devant l'Académie, entre M. G. Sée et M. C. Paul dans les séances du 17 et du 24 janvier dernier. C'est là évidemment une question un peu différente de celle qui fait le sujet de cette revue, mais elle est connexe et s'y relie, suivant nous, d'autant plus étroitement que le taux de l'urée urinaire est sous la dépendance directe des phénomènes de nutrition qui relèvent eux-mêmes, en bonne partie, du fonctionnement gastrique plus ou moins régulier.

D'ailleurs, on nous excusera de lui consacrer quelques lignes qui nous paraissent avoir au moins cette utilité de fixer une fois pour toutes le point de départ du débat, et de montrer que l'on fait dire généralement à Rommelaere ce que lui-même n'a pas dit. Dans la récente discussion académique, M. C. Paul a fort justement fait une restriction de ce genre, mais il y a intérêt, pensons-nous, à reproduire le texte même de Rommelaere pour montrer qu'il est bien moins affirmatif et absolu que ceux qui citent son opinion pour la combattre. Comme conclusions d'un fort intéressant travail (*Annales de l'Univ. libre de Bruxelles*, 1883), Rommelaere a formulé, entre autres, les propositions suivantes: « La malignité d'un produit morbide dépend de la déviation nutritive de l'ensemble de l'organisme; l'un des signes de cette déviation se traduit par l'hypo-azoturie... Si l'on doute de la nature cancéreuse d'une localisation morbide, il y a lieu d'analyser l'urine rendue par le sujet en vingt-quatre heures, en ayant soin de faire porter l'analyse sur plusieurs jours consécutifs. Si la quantité d'urée que renferme cette urine est notablement et constamment supérieure à 12 grammes, on peut *presque* certainement exclure le cancer comme cause du mal. » Et plus loin : « Est-on en droit de conclure à l'existence d'un cancer chaque fois que le chiffre de l'urée urinaire s'abaissera au-dessous de 12 grammes par jour chez l'adulte? Est-on en droit d'exclure à coup sûr le cancer chaque fois que ce chiffre sera supérieur à 12 grammes par jour? *Nullement*... D'autre part, ne perdons pas de vue qu'il n'y a pas de signe pathognomonique d'une valeur absolue en médecine; l'hypo-azoturie ne l'est pas plus que tout autre. Elle se rencontre, en effet, encore dans les cas de tuberculose pulmonaire et de néphrite parenchymateuse parfois, aussi dans les cas d'inappétence ou d'abstention alimentaire prolongée. »

Il faut prendre garde d'être plus royaliste que le roi (c'est peut-être beaucoup déjà que l'être autant que lui) et de prêter aux auteurs des affirmations que l'on combat ensuite bien inutilement. D'autre part, il nous semble intéressant de faire remarquer que si l'on remplace, par la pensée, dans les conclusions de Rommelaere, le mot hypo-azoturie par celui de sécrétion anachlorhydrique, on voit aussitôt se dégager une frappante analogie entre la valeur des deux signes chimiques du carcinome et les conditions où ils se produisent: ils ne sont, d'ailleurs, pas plus pathognomoniques l'un que l'autre, puisqu'il n'existe pas de signe aussi absolu en médecine.

Nous serons plus bref relativement aux autres variétés des modifications de l'acidité gastrique, qui ont été moins complètement étudiées jusqu'ici, ou moins bien mises en relief peut-être, et dont l'importance diagnostique ne paraît pas avoir encore autant préoccupé les observateurs que l'a fait l'anachlorhydrie.

---

discussions approfondies, rien n'y manque; les thèses inaugurales ne rappellent en rien les essais imparfaits qui, en France et en Allemagne, constituent la dernière épreuve du doctorat; la dissertation danoise ou suédoise est une monographie. Elle ressemble par son volume à nos thèses d'agrégation, et n'y ressemble que par là, car ce n'est pas un devoir commandé sur un sujet que le sort assigne. Les auteurs choisissent la matière, prennent le temps qu'ils veulent; il paraît pourtant qu'il y a des imperfections universitaires. Les étrangers qui passent un temps limité dans une école la voient rarement sous son véritable jour. Ils y arrivent avec une impression favorable, et tout est merveilleux, idéal, ou ils sont mal disposés, malveillants. Une correspondance anonyme, envoyée d'Upsal au journal cité plus haut, me paraît, malgré le ton satirique qu'elle affecte, indiquer de réelles imperfections. L'auteur en veut surtout à la physiologie; les travaux sont organisés d'une façon défectueuse. Depuis un temps immémorial ils portent sur les mêmes matières : le système musculaire et l'appareil de la vision. Pour qu'un enseignement donne tout ce qu'il peut donner, il faut de l'initiative, beaucoup d'initiative de la part de l'étudiant. Afin de développer cette qualité, le chef de laboratoire l'abandonne à lui-même. Qu'arrive-t-il, le pauvre garçon s'évertue à reproduire les expériences qu'il trouve mentionnées dans Landois; il ne réussit pas et conclut de la meilleure foi du monde que dans les vivisections les grenouilles suédoises ne se comportent pas comme les grenouilles allemandes. Les cours théoriques ne valent guère mieux; souvent les expériences destinées à démontrer telle ou telle donnée physiologique ne prouvent rien ou prouvent le contraire. On est obligé d'admettre que si les lois de la nature sont immuables, leurs démonstrations ne le sont pas. Le dernier semestre se passe à la préparation des examens, celle-ci est sérieuse et précise, trop précise même; les étudiants se lèguent de génération en génération un questionnaire qui répond à

L'hyperacidité chlorhydrique était depuis longtemps soupçonnée d'après la phénoménalité d'un certain nombre de cas de dyspepsies dites acides, hyperesthésiques ou cardialgiques (Luton, *Nouv. Dict. de méd. et chir. pratiq.*, art. Dyspepsie), par opposition aux formes de dyspepsies dites anesthésiques ou muqueuses, et dans lesquelles on admettait, sans preuve suffisante d'ailleurs, la diminution de sécrétion du suc gastrique. Depuis l'emploi clinique des procédés d'analyse de l'acidité gastrique on a pu fournir la démonstration de cet excès d'acide dans un certain nombre des faits où il avait été jusqu'alors supposé exister; et l'on a constaté que la proportion de 0,4 à 0,5 pour 100 d'acide chlorhydrique est loin de constituer une exception. Au delà, se trouve constituée la dyspepsie acido-chlorhydrique ou même l'hypersécrétion chlorhydrique permanente étudiées par Reichman, Jaworski, Riegel, et sur lesquelles M. G. Sée est revenu dans son intéressante communication.

Cette hyperacidité chlorhydrique entrave la digestion des substances amylacées, et peut-être même celle des matières albuminoïdes, en ce sens que leur trop rapide peptonisation a pour résultat un excès de peptones dans la masse, à un moment donné, et, par suite, une diminution de l'activité digestive (G. Sée). Il semble bien établi, d'ailleurs, par les travaux des physiologistes que le maximum de la puissance digestive de la pepsine correspond à une certaine teneur en acide du suc gastrique, soit environ 2 pour 1000, tandis qu'en deçà et au delà ce pouvoir digestif diminue rapidement, pour devenir même nul avec un liquide neutre ou un acide concentré.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation pathogénique des troubles de la dyspepsie par exagération de la sécrétion chlorhydrique, celle-ci a été nettement constatée chez certaines femmes grosses avec vomissements répétés (Riegel), chez un diabétique, chez certains malades porteurs de dilatation gastrique, fréquemment chez les jeunes filles chlorotiques (Riegel, G. Sée), enfin chez un homme atteint d'entérite mucino-albumineuse (G. Sée). Elle se retrouve assez manifestement en coïncidence avec des hématémèses, pour que l'on soit admis à la regarder comme liée à l'ulcère de l'estomac ou aux gastrites ulcéreuses, dans la production desquelles son rôle n'est peut-être pas absolument nul.

Enfin, dans un dernier groupe se rangent les faits dont l'examen révèle des variations notables de la teneur du suc gastrique en acide chlorhydrique. M. G. Sée indique comme rentrant dans cette classe les dilatations gastriques de causes diverses, et fait très justement ressortir l'importance pratique de la notion étiologique en pareil cas, ainsi que la nécessité de l'analyse chimique des liquides stomacaux : tant que la dilatation ne s'accompagne pas de dyspepsie, c'est-à-dire d'altération de l'acidité du suc gastrique, elle n'est qu'une atonie stomacale sans gravité, amenant le ralentissement de la digestion par suite d'un simple trouble nervo-moteur, ou d'une bradypepsie qui aboutit finalement à des produits parfaits.

Il n'est peut-être pas inutile, en effet, de rappeler que, pour M. G. Sée, la dyspepsie n'est pas un banal symptôme, mais un trouble morbide essentiellement caractérisé par « une opération chimique défectueuse »; cette manière de voir qu'il a établie, en 1881, dans son *Traité des dyspepsies*, et depuis lors dans son ouvrage sur le *Régime alimentaire* (1887), lui semble trouver une confirmation nouvelle du fait même des analyses chimiques déterminant les modifications de l'acidité du suc gastrique.

C'est là une opinion personnelle qui n'a pu jusqu'alors rallier tous les suffrages, ainsi que l'a prouvé la discussion soutenue à ce sujet devant l'Académie par M. Dujardin-Beaumetz; nous ne saurions, d'ailleurs, nous engager dans l'étude approfondie de cette intéressante question de nosologie, cela nous entraînerait beaucoup trop loin; mais nous devons faire remarquer que les procédés d'examen de l'acidité gastrique rendraient, à l'avenir, facile et sûr le diagnostic de la dyspepsie chimique et de ses formes, au sens où l'entend M. G. Sée.

En tout cas, les renseignements qu'ils fournissent peuvent avoir, à coup sûr, une importance majeure en vue d'apprécier l'état des fonctions digestives, et d'instituer un traitement rationnel dans chaque cas en particulier.

V

Sans entrer dans la discussion des diverses méthodes de traitement, anciennes ou récentes, préconisées tour à tour pour combattre les troubles digestifs résultant des altérations de l'estomac ou de ses sécrétions, nous désirons cependant présenter, en terminant, quelques remarques auxquelles les nouveaux procédés d'examen semblent donner un intérêt particulier.

Les alcalins, et surtout le bicarbonate de soude, dans certains cas, les acides et spécialement l'acide chlorhydrique, dans d'autres, ont été dès longtemps conseillés en

---

toutes les exigences; il est rare que le professeur sorte de ce programme, qui n'a pourtant rien d'officiel, et quand il en sort, les examens présentent un caractère amusant. Un jour, à la suite d'une question inattendue, le candidat baisse les yeux, rougit et reste bouche bée. Le professeur attendit une réponse pendant une demi-heure, à la fin l'élève demanda grâce et le pria de répéter la question dont il ne se souvenait plus; l'interrogateur l'avait lui-même oubliée. Jamais la parodie bien connue du récit de Théramène ne fut mieux applicable :

> Il ne me disait mot, je ne répondais rien.
> Ainsi se termina ce charmant entretien.

L'auteur tire d'un article plaisant une déduction sérieuse : à Upsal, en particulier, l'enseignement de la physiologie est mal organisé, le temps passé aux travaux pratiques est perdu. Il est difficile de croire que ce soit là un fait particulier à cette science et à la Suède. Il y a déjà longtemps qu'on s'est enflammé chez nous d'un beau zèle pour les exercices de laboratoire; on en a mis partout. L'étudiant qui, après cinq ans passés dans une Faculté, devra soigner ses compatriotes sous sa propre responsabilité, prendre des décisions, intervenir au pied levé sans aide et sans conseil, passe une année complète de son apprentissage professionnel à des exercices extra-professionnels, comme s'il voulait prendre des grades en sciences physiques ou naturelles. Il serait temps peut-être qu'on tînt compte de l'expérience et qu'on cherchât à quels résultats ont conduit ces fameux exercices sur lesquels on comptait pour régénérer la médecine française.

Au mois de mai 1887 est mort à Stockholm un praticien oublié depuis des années et qui avait néanmoins rendu de grands services dans l'organisation de l'enseignement de la pathologie infantile. Le docteur Fredrik-Theodor Berg était né en 1806 à Gothembourg. Il fit ses études à l'Université de Lund, et fut nommé en 1825 licencié en médecine,

vue de remédier soit à un excès d'acidité gastrique, soit à un défaut de sécrétion acide; mais leur administration, basée sur les simples phénomènes subjectifs relevés chez les malades, ne présentait pas une rigueur bien scientifique, et leurs effets, il faut le reconnaître, n'étaient pas toujours aussi satisfaisants qu'on l'avait espéré.

Peut-être qu'aujourd'hui, avec la notion précise du taux de l'acidité gastrique, on pourra mieux remplir les indications thérapeutiques importantes et obtenir des résultats plus certains : l'expérimentation est encore trop récente dans ces conditions pour qu'il soit permis de se prononcer, mais déjà il semble que les observateurs aient éprouvé quelques désillusions.

Certes l'acide chlorhydrique en dilution suffisante, comme le conseillaient Trousseau, Cullen, Caron et Becquerel, et tant d'autres à leur suite, paraît nettement indiqué dans les cas où l'examen chimique révèle l'anachlorhydrie plus ou moins complète. Mais, si les boissons acides, la limonade chlorhydrique par exemple, vantée encore récemment par Herzen, paraissent agir utilement chez les fébricitants, si l'acide chlorhydrique dilué donne, en effet, de bons résultats dans les dyspepsies avec peu d'acide ou prédominance d'acides organiques, comme chez les tuberculeux en particulier, néanmoins son efficacité a paru douteuse chez des dyspeptiques de cette classe à Wolff et Ewald, et elle est regardée comme nulle tout au moins, par M. G. Sée, dans le cas de cancer : l'anachlorhydrie étant alors accompagnée d'un défaut de sécrétion pepsique. Nous ne saurions certes, tirer aucune conclusion contradictoire d'un fait isolé qui nous est personnel, mais nous avons vu les troubles digestifs cesser presque complètement chez un malade atteint de carcinome gastrique, et la nutrition générale se relever, au moins momentanément, sous l'influence du traitement chlorhydrique.

En tout cas, la constatation d'une hyperacidité chlorhydrique fournira des renseignements plus nets et viendra désormais contre-indiquer d'une façon formelle et sûre l'usage des médicaments acides; bien des malades en bénéficieront.

D'autre part, on a pensé depuis longtemps, avons-nous dit, que la médication alcaline, et en particulier l'administration du bicarbonate de soude, fournissait un moyen efficace de neutraliser l'excès d'acide libre contenu dans le suc gastrique, et permettait de combattre les accidents de la dyspepsie acide. L'expérience a vérifié le fait dans un grand nombre de cas, et les preuves à l'appui ne sont plus à fournir de l'utilité d'un semblable traitement en pareille circonstance. On pourra d'ailleurs, grâce aux nouveaux procédés de diagnostic, préciser plus sûrement encore les indications de l'alcalinothérapie et obtenir de cette méthode tout ce qu'elle peut donner. Mais nous pensons qu'il faut peut-être distinguer deux cas particuliers, suivant la dose de bicarbonate de soude à laquelle on a recours. En effet, on sait, d'après les expériences de Blondlot et Cl. Bernard, que « les carbonates alcalins à petite dose activent la sécrétion du suc gastrique, et que son acidité finit par devenir plus considérable qu'avant l'administration du médicament » (Nothnagel et Rossbach). Mais quand la solution alcaline est très concentrée, la sécrétion du suc gastrique, au lieu d'être augmentée, est, au contraire, diminuée et même entièrement supprimée.

Il semble ressortir de ces faits que, dans les cas de sécrétion anachlorhydrique, les alcalins à petite dose seraient indiqués comme un moyen détourné d'activer la production d'un suc gastrique doué d'une acidité suffisante. Et, de fait, le bicarbonate de soude *à dose faible*, administré en petite quantité quelque temps avant les repas, augmente la puissance digestive et donne souvent d'excellents résultats. Ne serait-ce pas par le mécanisme que nous venons de rappeler; et les heureux effets de la cure de Vichy ne pourraient-ils recevoir une interprétation semblable ?

Dans les cas, au contraire, de dyspepsie acido-chlorhydrique dûment constatée, c'est aux alcalins *à haute dose* que l'on devra recourir. C'est le traitement par excellence de la gastroxynsis de Rossbach; c'est le moyen qui a réussi entre les mains de M. G. Sée chez une des chlorotiques dont il a rapporté l'observation dans son mémoire, et à propos de laquelle il fait, d'ailleurs, ressortir très justement qu'en général, pour combattre l'hyperacidité chlorhydrique, on donne une dose de médicament alcalin beaucoup trop faible.

Ces faits ne seraient-ils pas à rapprocher par bien des points de ceux qu'a signalés récemment M. Sevestre (*Soc. méd. hôp.*, janv. 1888) à propos de la guérison de la diarrhée bilieuse des jeunes enfants par des doses « colossales » de bicarbonate de soude ? De même, aussi, que les bons résultats de la médication opposée, préconisée par M. Hayem (*Ac. méd.*, 1887) dans la diarrhée verte des

---

tandis qu'il prît le grade de maître en chirurgie à l'école de Stockholm, alors existante. Il fut successivement professeur d'anatomie, de clinique, de médecine légale; mais il n'exerça guère ses fonctions; ce fut comme directeur de l'hôpital général d'enfants qu'il fut spécialement utile; il n'occupa ce poste, auquel il s'était préparé par de longues études et un voyage à l'étranger pour visiter les établissements de même ordre, que pendant sept ans, de 1842 à 1849. Des difficultés qui surgirent entre lui et l'Administration l'obligèrent à solliciter un autre emploi. Ses travaux les plus importants consistent en Leçons cliniques publiées en 1852 dans le journal l'*Hygiea*, qu'il avait contribué à fonder. Depuis sa nomination comme membre du Collège de santé, il s'occupa surtout d'épidémiologie, d'hygiène publique, de statistique médicale et fut le véritable organisateur de ce service en Suède.

Les 29 et 31 août a eu lieu à Norrköping le deuxième Congrès général des médecins suédois; la réunion était nombreuse; on a lu des travaux importants sur l'hygiène, la police médicale, la pathologie, etc.

L'institution paraît maintenant établie. Parmi les questions mises à l'ordre du jour, une des plus intéressantes est celle de l'alcoolisme. « L'espace d'une vie humaine s'est presque écoulé, dit le docteur N.-G. Kjellberg, depuis que le Nestor des médecins de la Suède, M. Magnus Huss, alors professeur à l'Institut Carolin, attira l'attention du monde savant sur les phénomènes de l'intoxication lente par l'alcool, et créa avec l'autorité que donne l'expérience, les types fondamentaux de la maladie qu'on nomme toujours d'après lui l'alcoolisme chronique.

« Depuis lors les médecins des autres pays ont observé des conséquences de l'action de l'alcool sur l'organisme humain analogues à celles qu'il avait lui-même signalées. La question a peu à peu attiré l'attention des moralistes et des législateurs; partout des voix se sont élevées contre l'abus des boissons spiritueuses...

nourrissons, et dans certaines diarrhées de l'adulte, sembleraient trouver leur interprétation dans l'heureuse influence de l'acide lactique comme antidyspeptique (Hayem, *Soc. méd. hôp.*, janv. 1888).

Nous ne faisons que poser la question; il faut ici tenir compte sans doute des formes multiples de la dyspepsie intestinale, et nous ne saurions aborder la discussion de ce point de pathologie qui réclame de nouvelles recherches.

On nous pardonnera également de laisser de côté le chapitre si important, mais encore insuffisamment élucidé, pensons-nous, du régime alimentaire suivant le taux de l'acidité gastrique. Nous avons relevé, de la part des auteurs qui s'en sont occupés dans ces derniers temps, de telles divergences d'opinion que nous préférons attendre avant de prendre parti entre des assertions parfois entièrement contradictoires.

André Petit.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Mécanisme des luxations du sternum, par M. le professeur Servier.

Il ne s'agit dans cette courte étude que des luxations du sternum par cause indirecte. Ces luxations sont très rares. La littérature médicale en renferme dix-huit à vingt exemples. Elles sont déterminées par le déplacement de la seconde pièce du sternum sur la première. Dans tous les faits connus, on remarque que la luxation est en avant, c'est-à-dire que la seconde pièce du sternum est portée en avant et non en arrière de la première, qu'elle vient faire saillie en dehors du thorax et non dans la cavité thoracique. Il n'est pas question ici des luxations de l'appendice xiphoïde.

Cela posé, nous nous demandons quel est le mécanisme de cette luxation, quelle direction doivent suivre les forces appliquées sur un point du corps plus ou moins éloigné du sternum pour venir aboutir à cet os et le pousser en avant, comme elles le font.

Les anciens, quelques modernes, ont présenté diverses explications qui, je dois le dire, n'expliquent rien; inutile de nous y arrêter. Maisonneuve a indiqué une théorie qui est restée, et qui est généralement acceptée (*Arch. gén. de méd. et de chir.*, t. XIV, p. 240, 1842; et *Clinique chir.*, t. I, p. 465, 1863). Il suppose que le sternum est pris entre deux forces, agissant en sens contraire sur chacune de ses extrémités. Cet os serait maintenu fixe à son bout supérieur par ses articulations avec les clavicules et les deux premières côtes, et le bout inférieur serait poussé en haut par l'action des côtes transmettant la force produite par une chute sur le dos ou sur les pieds. Le sternum s'incurverait, et céderait dans le point le moins résistant, l'articulation de ses première et deuxième pièces.

Cette théorie ne me semble pas satisfaire complètement l'esprit. Que l'extrémité supérieure du sternum soit solidement fixée, la chose est sûre, mais que l'extrémité inférieure soit poussée de bas en haut par le mouvement imprimé aux côtes, je le comprends mal.

Il m'a paru que la question pouvait recevoir une solution différente, qui se rapproche par quelques côtés de celle fournie par Maisonneuve, mais qui s'en éloigne par d'autres. Je crois, et j'espère pouvoir le démontrer, que les luxations en avant de la seconde pièce du sternum sur la première sont déterminées par l'action des côtes tendant à porter le sternum, non pas en haut, dans le sens de sa longueur, mais précisément en avant, dans le sens de son épaisseur, la direction des forces étant perpendiculaire, et non parallèle à l'axe du corps.

Dans l'étude des observations de luxation du sternum un fait nous frappe par sa constance; je veux dire que l'on reconnaît toujours que ces luxations se produisent après une chute, une précipitation sur le dos, ou après une pression exercée sur le dos par des agents d'un poids considérable, une pierre, un éboulement de terrain, la roue d'une voiture pesamment chargée; j'insiste, sur le dos, et non sur un autre point du corps.

La question peut donc se poser ainsi : comment et par quel moyen une force appliquée sur le dos d'un sujet se propage-t-elle au sternum? Pour y trouver une réponse il fallait faire des expériences d'amphithéâtre.

Le thorax d'un sujet étant largement dépouillé de la peau et des muscles dans sa partie antérieure, le sternum a été enlevé, en coupant les cartilages au ras de cet os. De fortes épingles ont été solidement implantées dans les extrémités de ces cartilages, perpendiculairement à leur longueur; puis de minces bandes de papier ont été attachées à leurs têtes, reliant entre elles les épingles correspondantes à gauche et à droite. Ainsi, une bande de papier fixée à l'épingle de la troisième côte gauche allait s'attacher, bien tirée, à l'épingle de la troisième côte droite, faisant comme un petit pont au-dessus du vide laissé par l'enlèvement du sternum; de même pour les épingles des quatrièmes, cinquièmes et sixièmes côtes. Les choses ainsi disposées, le cadavre a été mis dans la position assise sur la table de pierre, puis on l'a laissé lourdement retomber en arrière,

---

Sacra vitæ meliora in manu sapientis
Cymba vero Charonitis in manu imperiti.

« Toute la question est de savoir quelle est la proportion des gens sages et des gens qui ne le sont pas; de ceux qui usent avec discrétion et de ceux qui abusent, autrement dit, quels sont actuellement le développement réel et les progrès de l'alcoolisme en Suède? Nous avons mauvaise réputation à l'étranger. Nous n'avons pas à tenir grand compte de jugements qui ne reposent sur aucun fait positif, il faut envisager la question telle qu'elle est sans idées préconçues et voir quel préjudice réel l'abus cause à la santé.

« Médecin d'un asile d'aliénés, j'ai entre les mains nombre d'observations qui démontrent son influence délétère sur l'individu et sur sa postérité au point de vue psychique; il serait bon, je crois, que le public fût prévenu. Je propose au Congrès une enquête générale relative aux formes et à la fréquence de l'alcoolisme. »

Dr L. Thomas.

Société médico-psychologique. — Le bureau de 1888 est composé de: MM. Cotard, président; J. Falret, vice-président; Ant. Ritti, secrétaire général; Charpentier et Paul Garnier, secrétaires annuels; Aug. Voisin, trésorier.

La Société décernera en 1889 les prix suivants :

Prix Belhomme. — 900 francs. Question : Recherches s'il existe des caractères anatomiques, physiologiques ou psychologiques, propres aux criminels. »

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Nota. — Les mémoires manuscrits devront être déposés, le 31 décembre 1888, chez M. le docteur Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devises, indiquant les noms et adresses des auteurs.

son dos frappant la table. On simulait ainsi une chute sur le dos.

Si dans ces mouvements, ainsi imprimés, les côtes correspondantes s'écartaient les unes des autres, entraînées à droite et à gauche par l'impulsion reçue, il est sûr que les fragiles bandes de papier devaient être déchirées, tirées en sens opposé par leurs points d'attache; mais si, au contraire, les extrémités des côtes étaient poussées les unes vers les autres, tendaient à se rapprocher, ces bandes ne seraient pas déchirées, seraient même légèrement plissées. Eh bien, c'est ce second fait qui se produit, c'est celui que nous avons observé.

Nous devons donc reconnaître que dans les chutes ou les pressions sur le dos le thorax ne s'aplatit pas, ne s'étale pas à gauche et à droite, comme le ferait un cylindre de plomb, de matière molle, mais plutôt qu'il se redresse, si je puis me servir de ce mot, que les côtes sont poussées par un mouvement en avant, mouvement arrêté par leur arc-boutement sur le sternum.

Il m'a semblé que cette expérience cadavérique rendait compte du mécanisme de la luxation en avant de la seconde pièce du sternum sur la première.

Supposons, en effet, une force puissante appliquée sur le dos d'un sujet; elle va suivre une direction donnée jusqu'à ce qu'elle s'épuise sur une résistance, ou qu'elle la brise; dans le cas présent elle suit les côtes et les pousse en avant; mais elle rencontre un obstacle, c'est le sternum. Cet os est donc pris entre deux forces agissant en sens opposé; il est serré comme par les mors d'un étau, entre les côtes du côté droit et celles du côté gauche; si sa puissance de résistance se trouve supérieure à celle de l'agression, il sortira de la lutte indemne ou plus ou moins contus; mais, si l'attaque est trop violente, il faudra bien qu'il cède par quelques côtés, et, naturellement, ce sera sur le point le plus faible. Or, un des points faibles du sternum, surtout chez certains sujets, c'est l'articulation de sa seconde pièce avec la première. La première pièce est très solidement fixée, les côtes qui viennent y aboutir sont assez courtes, reçoivent donc des violences extérieures une impulsion de moyenne intensité; mais la seconde pièce est bien moins fortement encastrée, et doit supporter tout entier le choc apporté par les côtes qui s'insèrent sur elles; celle-ci est enlevée de ses attaches déchirées, et elle est plus ou moins largement déplacée.

Remarquons que l'expérimentation sur le cadavre concorde avec l'observation de la clinique, qu'elles se corroborent mutuellement. La clinique nous montre ces luxations résultant de l'application d'une force, d'une violence sur le dos, et l'expérience reproduit, dans des limites plus resserrées, les faits observés sur le blessé.

J'ajoute que la même théorie peut s'appliquer à la plupart des fractures du sternum par cause indirecte. Dans l'un comme dans l'autre cas le sternum est attaqué de la même façon, par le même procédé; seulement, suivant des circonstances individuelles, et peut-être aussi étrangères, je veux dire une direction particulière de l'attaque, il succombe sur un point ou sur un autre de son étendue, celui où sa résistance est moindre. Quelquefois le point affaibli est l'articulation elle-même, alors il y a luxation; d'autres fois l'articulation résiste, mais une portion de l'os, moins solide, est entamée à sa place.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

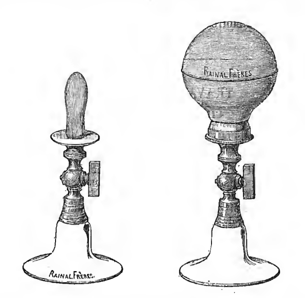
Allaitement des nouveau-nés.

Dans un intéressant article publié par M. Auvard dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, ce distingué confrère, analysant les moyens que nous possédons pour guérir les gerçures et les crevasses du mamelon chez les mères qui allaitent leurs enfants, donne la description d'un bout de sein à deux tubulures qu'il a imaginé.

Cet ingénieux appareil est conçu dans le but d'épargner au nouveau-né les pénibles et parfois infructueux efforts qu'exige la montée du lait avec le bout de sein de M. Bailly et de faire partager cette tâche par la nourrice.

Il y a huit ans, poursuivant un but identique à celui de M. Auvard, j'ai fait construire par M. Collin un instrument fondé sur le même principe — *avec cette différence qu'en évitant comme le sien, tout effort de succion à l'enfant, il n'en demande aucun à la mère* — ce qui a sa valeur, — au moins dans la pratique de la ville.

Essayé avec un plein succès par M. Depaul, à la Clinique, présenté ensuite par lui à l'Académie, en 1880, ce petit appareil se compose, comme le montre le dessin ci-joint, d'un bout



de sein en verre muni d'un ajutage creux, sur lequel se vissent successivement une ventouse et un bout de biberon auquel est adapté un pas de vis correspondant.

Le bout de sein étant appliqué au-dessus du mamelon, on visse la ventouse, dont deux ou trois légères pressions suffisent pour faire monter le lait, qu'on voit aussitôt jaillir dans la terrine. On la remplace alors par le bout du biberon, et l'enfant ainsi allégé des premiers et pénibles efforts de succion, n'a plus qu'à absorber le lait qui s'accumule dans l'appareil.

On voit que rien n'est plus simple comme mécanisme et procédé d'exécution. Je ne crois pas, en outre, qu'il existe d'appareil plus sûr et plus complet dans ses résultats. J'ai pu, avec son aide, non seulement faire poursuivre sans souffrances l'allaitement aux nourrices affectées des plus douloureuses gerçures, mais aussi, ce qui est autrement important, mettre en état d'allaiter les femmes chez lesquelles le mamelon a complètement disparu et est remplacé par une dépression. Au bout de dix à quinze jours, l'organe est reconstitué.

Dr Triaire.

Tours, 21 février 1888.

Sur le même sujet, nous avons reçu une autre lettre dans laquelle, après avoir reconnu qu'il n'a rien écrit jusqu'à ce jour pour faire connaître le bout de sein qu'il a imaginé lui-même, M. le docteur Smester insiste sur la publicité *orale* qu'il a donnée à son appareil, dont il a parlé non seulement à M. Galante, mais encore aux sages-femmes, aux médecins et en particulier à M. le docteur Pinard, professeur agrégé de la Faculté, qui en a souvent fait l'application dans son service. M. le docteur Smester ajoute qu'après avoir imaginé un appareil analogue à celui de M. le docteur Auvard, il y a renoncé après en avoir

reconnu les imperfections. « En effet, dit-il, si la mère quitte l'embout maternel, l'air entre dans l'appareil, et dans le cas d'ombilication du sein, le mamelon se rétracte. Si elle continue de téter, comme sa succion a pour effet de fermer hermétiquement la soupape contenue dans l'embout destiné à l'enfant, le lait monte à sa bouche. C'est elle qui prend le lait, et non l'enfant. Si tous les deux tètent ensemble, il faut que la succion de l'enfant soit plus énergique que celle de la mère, et c'est aux enfants faibles que cet appareil est destiné. Ce n'est pas seulement pour prévenir les crevasses et les douleurs qui en résultent, ajoute M. Smester, que j'avais fait exécuter le bout de sein avec tube maternel; mais pour permettre à l'enfant de téter dans les cas d'ombilication, ou d'exiguïté des mamelons, et dans les cas d'abcès. »

M. Smester annonce enfin que dans le mois prochain les *Annales de gynécologie* publieront, avec planches, la description de son appareil, tel qu'il l'a fait exécuter en 1886 ou dans les premiers jours de 1887 par M. Galante.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, M. *le Président* annonce la mort de M. le général *Perrier* et lève la séance en signe de deuil.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Quinquaud* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de physique et chimie médicales.

M. le docteur *J. Seure* prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*, renfermant un mémoire sur *le traitement de la fièvre typhoïde*. — (*Accepté.*)

M. *Brouardel* présente une brochure de M. le docteur *Du Moulin* (de Gand) sur *la saignée dans les congestions et les inflammations*.

M. *Ernest Besnier* dépose, au nom de MM. les docteurs *Lecorché* et *Talamon*, un *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright*.

M. *Le Roy de Méricourt* présente une brochure de M. le docteur *Jorissenne* (de Liège) sur *le traitement abortif de la furonculose par les pommades au précipité rouge*.

M. *Lannelongue* dépose un ouvrage intitulé : *Leçons de clinique chirurgicale*, par MM. les docteurs *Lannelongue* et *Pièchand* (de Bordeaux).

M. *Fournier* présente, au nom de M. le docteur *Mireur* (de Marseille), la deuxième édition de son ouvrage sur *la syphilis et la prostitution dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale et la loi*.

M. *Guéniot* dépose un mémoire manuscrit de M. le docteur *Maseras* (de Manille, îles Philippines) sur l'*éclampsie infantile*.

M. *Blanche* présente : 1° au nom de M. le docteur *Parant* (de Toulouse), un ouvrage ayant pour titre : *La raison dans la folie;* 2° de la part de M. le docteur *Bonnel*, une *Histoire de l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne*.

PHLOROGLYCINE-VANILLINE. — M. *Constantin Paul*, tout en confirmant la valeur de la phloroglycine-vanilline comme réactif de l'acidité du suc gastrique, fait remarquer, d'après une note de M. le docteur *Faucher*, que cette substance permet bien de séparer les acides organiques des acides minéraux; mais, lorsqu'il s'agit de l'acide sulfhydrique ou de l'acide phosphorique et des phosphates provenant de matières organiques, la réaction est tout à fait en défaut. C'est ainsi que si les œufs pris au repas d'épreuve qui précède la recherche de l'acidité du suc gastrique ne sont pas très frais, l'acide sulfhydrique produit donne à lui seul la réaction. M. *Germain Sée* reconnaît la justesse de cette observation; c'est pourquoi il recommande toujours de prendre à ce repas des œufs frais et durcis; il ajoute que l'importance du réactif s'affirme de plus en plus, à en juger par les recherches confirmatives qui sont faites de divers côtés.

ANTIPYRINE ET ACÉTANILIDE. — A propos du mémoire de M. le docteur *Oscar Jennings* sur des cas d'intoxication par l'antipyrine, mémoire présenté par M. *Ball* et à propos de la discussion qui l'a suivi, M. *Germain Sée* se plaint que la presse politique ait, à cette occasion, prétendu que l'Académie avait proclamé les dangers de ce médicament et était ainsi parvenue à jeter l'alarme dans le public. Il s'élève vivement contre ces assertions « fantaisistes » et il fait observer combien les faits rapportés par M. O. Jennings ont été dénaturés et combien ilssont par eux-mêmes exagérés. La vérité est que les accidents dus à l'antipyrine sont excessivement rares, que les rash observés sont sans gravité et qu'on ne peut être autorisé à dire que ce soit un poison du cœur. M. *Daremberg*, dans une lettre dont M. *Germain Sée* donne lecture, confirme les excellents résultats obtenus avec ce médicament. Quant à se servir d'injections d'atropine pour parer à ces accidents, c'est vouloir s'exposer à tous les inconvénients d'un médicament singulièrement dangereux à manier, d'autant plus, ainsi que le fait observer M. *Brouardel*, qu'il est souvent falsifié.

M. *Laborde*, reprenant l'étude de l'action physiologique de l'antipyrine et des antithermiques en général, expose que, localement, au contact même des tissus, l'antipyrine exerce une action irritative plus ou moins marquée selon la dose et amène l'insensibilisation des parties touchées. Quant aux effets généraux, à la suite de son absorption et de sa répartition généralisées dans l'organisme, elle doit être considérée comme exerçant une influence prédominante élective sur le système nerveux à la fois du côté de la sphère cérébrale et du côté du centre bulbo-myélitique. Il faut d'ailleurs tenir grand compte du degré plus ou moins grand de pureté du produit, dont la préparation n'est pas sans danger. Quant aux médicaments nervins, depuis la quinine jusqu'aux plus récents, on doit remarquer que tout modérateur thermique vrai est nécessairement modérateur des actes nerveux sensitifs, formule qui en thérapeutique se traduit ainsi : tout antithermique est un analgésique.

Un malade que vient de voir M. *Hardy* présente, à la suite de l'administration depuis douze jours d'un gramme d'antipyrine par jour, un érythème scarlatiniforme assez sérieux et qui paraît devoir durer quelque temps. M. Hardy a aussi observé, à côté d'excellents résultats, des vomissements prolongés, des dépressions cérébrales et cardiaques; dans un cas une amnésie durant dix-huit heures à la suite de l'ingestion de l'antipyrine, si bien qu'il convient, suivant lui, d'être plus réservé qu'on ne l'a été jusqu'ici dans son emploi thérapeutique. Aussi est-il fâcheux que les pharmaciens vendent d'eux-mêmes de l'antipyrine, qu'ils en prescrivent même, comme le fait remarquer M. *Rochard*, et que chacun dans le public veuille user soi-même de ce médicament, sans ordonnance.

En même temps, M. Hardy insiste sur les dangers que lui paraît présenter l'emploi de l'acétanilide. C'est ainsi qu'il a été appelé auprès d'une personne qui venait de succomber après l'administration d'un gramme de cette substance ; il fut appelé trois quarts d'heure après la mort, qui avait été immédiate ; le corps était déjà complètement froid et raidi. C'est là, d'après M. *Dujardin-Beaumetz*, un fait tout à fait exceptionnel et bien plutôt une coïncidence; c'est en tout cas le seul du même genre qui ait été signalé jusqu'ici, car on a administré depuis un certain nombre d'années l'acétanilide un nombre considérable de fois sans qu'on en ait constaté d'autres, notamment contre les douleurs fulgurantes des ataxiques auxquels ce médicament rend tant de services.

M. *Brouardel* estime qu'il conviendrait, avant de faire prendre de l'antipyrine ou de l'acétanilide, de s'assurer au préalable de l'état des reins. Il est convaincu que dans de tels cas de morts imprévue on doit trouver à l'autopsie que les reins fonctionnaient mal. D'autre part, M. *Armand*

Gautier fait remarquer qu'il peut exister dans l'acétanilide insuffisamment distillée de l'aniline en petite quantité, qui suffirait à produire des phénomènes graves d'intoxication; il y aurait lieu en pareil cas de se livrer à un examen toxicologique.

Syphilis. — La discussion reprend sur la prophylaxie de la syphilis. A l'avant-dernière séance, les articles 4 à 10 avaient été renvoyés à la Commission pour nouvel examen. M. *Fournier*, rapporteur, au nom de la Commission, propose la rédaction suivante :

Art. 4. — L'Académie estime qu'au nom de la santé publique les divers ordres de provocation doivent être assimilés à un délit et réprimés comme tel.

Art. 5. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale.

Art. 6. — L'inscription des filles se livrant à la prostitution ne pourra être prononcée que par l'autorité judiciaire.

Art. 7. — Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial. Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un *hôpital*, mais un hôpital dont les malades ne pourront sortir qu'après guérison des accidents transmissibles.

Art. 8. — Les filles inscrites, libres ou en maison, seront uniformément soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe.

Art. 9. — En ce qui concerne la province, les mesures de surveillances et de prophylaxie qui fonctionnent dans la capitale seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute l'étendue des départements. Les filles reconnues affectées de maladies vénériennes seront hospitalisées dans un service spécial. — L'ancien article 10 du projet serait supprimé.

Comme on le voit, cette nouvelle rédaction ne diffère de la précédente que par quelques détails; mais elle est semblable pour le fond. Aussi M. *Laborde* et M. *Brouardel* reproduisent-ils les critiques qu'ils avaient déjà adressées dans l'avant-dernière séance. Le premier croit que l'Académie excède sa compétence en entrant dans ces détails et qu'elle empiète sur le domaine administratif et judiciaire. D'après le second, les articles du Code qui visent l'excitation des mineurs à la débauche et les outrages à la pudeur suffisent; s'ils ne sont pas plus souvent appliqués, c'est qu'il y a impossibilité, pour la justice, à trouver le plus souvent les témoins du délit ou bien que la répression ne peut être que tardive. Il en serait fatalement de même si la répression de la prostitution était confiée au pouvoir judiciaire; le nombre des jugements rendus chaque année serait forcément très restreint, si tant est que l'on puisse en rendre contradictoirement, comme on le voudrait; les agents désavoués ne se livreraient plus à aucune surveillance et ce n'est pas apporter une aide suffisante à l'action nécessaire de l'administration que de l'énerver par de telles attaques et par de telles suspicions.

M. *Fournier* déclare que la Commission entend d'une tout autre manière les mesures à prendre. Il lui paraît que le système actuel n'ayant donné aucun résultat, il convient de rentrer dans le droit commun, si l'on veut assurer une répression légale et efficace de la provocation.

L'Académie, ainsi que le fait remarquer M. *Léon Le Fort* dans un discours considérable qu'il continuera dans la prochaine séance, n'excède pas sa compétence en s'occupant de cette question dans les termes posés par la Commission; car les médecins sont plus que tous autres à même de faire connaître leur avis motivé en pareille matière. Il reste trois solutions à un tel problème : la restriction de la prostitution, qui ne peut s'obtenir que par des mesures à prendre vis-à-vis de la recherche de la paternité, de la séduction, etc., tous moyens qu'il appartient plus particulièrement à l'Académie des sciences morales et politiques d'étudier; la répression et enfin des mesures sanitaires; pour ces deux dernières solutions, l'avis de l'Académie n'est pas de tous le moins autorisé. Or la Commission demande que la provocation soit assimilée à un délit et que le pouvoir judiciaire en connaisse; une loi seule peut réaliser ces réformes, car l'expérience a montré que l'administration est aujourd'hui impuissante par suite de l'obstacle que les lois existantes lui opposent, si bien que même en torturant la loi elle la viole à chaque instant. Cette impuissance de l'administration est évidente : en 1866-1867, M. Léon Le Fort recueillit à l'hôpital du Midi 4987 observations de maladies vénériennes; depuis lors, quelles qu'aient été les modifications réglementaires, le nombre des filles inscrites est resté le même, et il n'est que de 1 sur 3,7 de celles qui se livrent à la prostitution; les maisons de tolérance ont été remplacées par les brasseries à femmes, et l'on ne peut en arguer que le système actuel de réglementation produise le moindre effet. Bien plus, le préfet de police se déclare impuissant, et il faut que les citoyens eux-mêmes se protègent, par des actions judiciaires plus ou moins légales, contre les scandales de la provocation. Faisant ensuite l'examen des procédés actuellement appliqués, M. Léon Le Fort montre leurs dangers et leur insuffisance légale, puis il entreprend la démonstration des modifications qu'il convient d'introduire afin que la police soit, sous l'autorité de la loi et la garantie de la justice, armée des moyens de prévenir et de réprimer la provocation. Nous résumerons cette partie de son discours lorsqu'il aura été achevé, mardi prochain.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Sciatique des variqueux : MM. Verneuil, Schwartz, Trélat. — Abcès froids paludiques : MM. Verneuil, Després, de Saboïa. — Suture du nerf radial : M. Severeanu (de Bucarest). M. Pozzi, rapporteur (Discussion : MM. Trélat, Terrier, Le Fort, Tillaux). — Cathétérisme rétrograde : M. Tillaux (Discussion : MM. Després, Schwartz, Le Dentu, M. Sée, Segond, Le Fort, Peyrot). — Maladie kystique de la mamelle : M. Reclus (Discussion : MM. Trélat et Després). — Hyperostoses diffuses de la face : M. Le Dentu. — Résection du poignet : M. Le Dentu.

M. *Verneuil* a autrefois disséqué beaucoup de varices. Il confirme absolument ce que dit M. Quénu sur la fréquence des varices dans l'épaisseur même du nerf sciatique. D'autre part, pour les douleurs du mollet, il faut tenir compte de la distension exercée sur les nerfs par les veines voisines gonflées.

M. *Schwartz* a dû extirper au-devant de la face interne du tibia un paquet variqueux gros comme une mandarine, s'accompagnant de douleurs extrêmement vives dans le nerf saphène interne. Le nerf n'a pas été réséqué et cependant les douleurs ont cessé; il s'agissait donc bien d'une compression.

M. *Trélat* a soigné jadis une dame qui, bien remise d'une phlébite variqueuse, fut alitée pendant quatre mois par une sciatique. Ce fait, jusqu'alors obscur à ses yeux, lui est bien expliqué par le mémoire de M. Quénu.

— M. *Verneuil* revendique la priorité de la découverte du microbe du paludisme pour M. Laveran, puis pour MM. Richard et Girerd.

M. *Després* se demande d'abord ce que fait le microbe en tout cela; mais surtout il croit utile de rappeler que Delpech a depuis longtemps décrit ces abcès soudains.

M. *de Saboïa* connait fort bien bien les abcès soudains de Delpech, et en a vu à la suite de la fièvre jaune, de la fièvre typhoïde, etc. Mais ils se développent avec des phénomènes inflammatoires et sont donc absolument différents de ces abcès paludiques dont M. de Saboïa n'a parlé que pour montrer que tous les abcès froids ne sont pas tuberculeux.

— M. *Pozzi* fait un rapport sur une observation de M. Severeanu (de Bucarest): contusion du nerf radial par une balle, paralysie incomplète; au treizième jour résection du nerf, suture des deux bouts, insuccès. Cette observation ne prouve rien, car le malade n'a été suivi que pendant un mois. D'autre part il semble au moins inutile d'avoir réséqué la partie contuse. MM. *Trélat, Terrier, Le Fort, Chauvel*, s'associent à ces critiques. M. *Tillaux* tient à faire remarquer que cette suture, faite au treizième jour, n'est ni primitive, ni secondaire.

— M. *Tillaux*, après avoir rappelé le rapport fait en 1886 par M. Monod sur le *cathétérisme rétrograde*, communique une observation où il a dû avoir recours à cette thérapeutique pour un rétrécissement traumatique de l'urèthre. Un an après l'accident une fistule périnéale s'était constituée et M. Tillaux, ayant fait l'uréthrotomie, ne put absolument pas trouver le bout postérieur. Il fit alors le cathétérisme rétrograde, délicat en ces circonstances où la vacuité de la vessie rend la taille hypogastrique difficile.

M. *Després* approuve cette conduite. Mais il croit qu'on peut en général l'éviter; qu'on trouve presque certainement le bout postérieur si, au lieu de l'incision antéro-postérieure classique, on cherche dans la plaie transversalement. On coupe ainsi complètement l'urèthre, dont la lumière ne saurait dès lors échapper. Trois fois M. Després a ainsi réussi. En outre, on excise toute la partie cicatricielle. Mauvaise pratique, dit M. *Le Fort*, parce qu'il faut respecter avec le plus grand soin le moindre reste de la paroi supérieure, sans quoi le canal se coude ultérieurement. Dans la recherche du bout postérieur on pourrait peut-être faire prendre au malade de l'iodure de potassium, puis badigeonner la plaie périnéale avec du nitrate de plomb. On verrait où se fait le précipité jaune d'iodure de plomb. Ce moyen a permis à M. Le Fort de découvrir une fistulette vésico-vaginale jusque-là absolument insensible.

M. *Schwartz*, dans un cas où il n'a pas pu trouver le bout postérieur, a fait un canal artificiel à travers la prostate et a parfaitement réussi. Il fallait faire pisser le malade, trop fatigué pour pouvoir supporter une intervention plus prolongée.

M. *Le Dentu* est revenu depuis quelque temps à la pratique de Demarquay. Il va à la recherche du bec de la prostate et là incise longitudinalement l'urèthre membraneux (et non transversalement comme le dit Demarquay), puis il introduit dans le bout postérieur, ainsi trouvé en arrière de l'obstacle, un petit conducteur spécial. Cela semble capable de remplacer la plupart du temps le cathétérisme rétrograde.

M. *Marc Sée* pense que le bout postérieur échappera rarement si, à son exemple, on écarte largement la plaie uréthrale à l'aide d'une anse de fil passée dans chaque lèvre. Procédé excellent, mais ancien, répond M. *Segond*: c'est celui de M. Guyon et il est tout au long dans la thèse de Monod. Mais il échoue dans les cas difficiles pour lesquels il existe une série d'artifices qui doivent être modifiés suivant chaque cas particulier. A priori, l'artifice de M. Schwartz est un des moins séduisants.

M. *Peyrot* a fait récemment une opération mettant en évidence une cause spéciale d'erreur; après de longues recherches, il s'est avisé de chercher plus en avant et il a alors trouvé sans peine le bout postérieur. Il l'avait cherché jusque-là au fond d'une fausse route ancienne dans laquelle le cathéter avait pénétré et qu'il avait ainsi incisée croyant que c'était la fin du bout antérieur.

M. *Tillaux* n'a pas essayé l'incision transversale de M. Després; il ne sait donc ce qu'elle vaut. Il répond à M. Le Dentu qu'il avait vainement cherché le bec de la prostate.

— M. *Reclus* présente une femme atteinte de la *maladie kystique de la mamelle* et opérée d'un côté il y a quelque temps par M. *Segond*, qui fut tout étonné de ne pas trouver là une tumeur adénoïde classique.

M. *Trélat* pense, d'ailleurs, que c'est une modalité des tumeurs fibreuses et adénoïdes des seins. M. *Després* est de cet avis.

— M. *Le Dentu* présente un malade guéri sous un seul pansement d'une résection du poignet.

— M. *Le Dentu* présente un malade qu'il a opéré pour une *hyperostose diffuse du massif maxillaire supérieur*. Maxillaires, os propres du nez, ethmoïde, étaient hyperostosés et les fosses nasales étaient oblitérées. Une incision demi-elliptique à convexité supérieure encadra le nez et permit de le rabattre en bas. Puis, à la gouge, M. Le Dentu enleva tout ce qu'il put des os exubérants. Le résultat est excellent. Le malade est opéré depuis deux ans et, sous l'influence de l'opération, l'hyperostose a diminué ultérieurement; les fosses nasales sont redevenues parfaitement perméables. La difformité est à peu près nulle.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Symptômes initiaux de l'ataxie locomotrice : M. Galezowski. — Un nouvel uréomètre : M. Lapicque. — Rapports entre la température et l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans la fièvre typhoïde : MM. Hénocque et Baudoin. — Des glandes cutanées de l'écrevisse : MM. Pouchet et Wertheimer. — Bec Bunsen modifié : M. d'Arsonval. — Produits de combustion du gaz d'éclairage : M. Gréhant.

M. *Galezowski* a déterminé la signification et la valeur de certains troubles oculaires, chez un assez grand nombre de malades, au point de vue du diagnostic de l'ataxie locomotrice tout au début, alors qu'il n'existe encore aucun autre signe de cette affection : il s'agit de la paralysie du muscle accommodateur sans mydriase concomitante, et de l'anesthésie disséminée, partielle de la peau, au pourtour de l'orbite. En revoyant ces malades au bout de quelque temps, M. Galezowski les trouvait atteints de paralysie de la troisième paire, ou de la sixième, etc., et, plus tard encore, d'ataxie confirmée.

— M. *Lapicque* présente et décrit un nouvel uréomètre, fondé sur le principe de plusieurs autres appareils du même genre, mais qui offre sur ceux-ci divers avantages, surtout quand il s'agit d'analyser des urines très riches en urée.

— M. *Hénocque*, continuant l'exposition des recherches qu'il a faites avec M. *Baudoin* sur les variations de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans la fièvre typhoïde, montre le rapport qui existe entre l'activité de cette réduction et la température ; ce rapport est inverse, fait qui contredit la théorie généralement admise sur l'activité des échanges dans la fièvre, mais qui concorde avec les résultats obtenus

par M. Regnard et, plus récemment, par M. A. Robin, par de tout autres procédés.

— M. *Wertheimer* présente, au nom de M. *Pouchet* et en son nom, une note sur les glandes cutanées de l'écrevisse.

— M. *d'Arsonval* présente un bec Bunsen modifié produisant, au moyen d'une matière réfractaire (cône formé d'un sel de zirconium) placée au-dessus de la flamme, une lumière très fixe et éclatante ; cet éclairage est excellent pour les recherches microscopiques.

— M. *Gréhant* a analysé les produits de combustion du gaz d'éclairage ; il décrit d'abord l'appareil qui lui a servi à recueillir ces produits ; ceux-ci contiennent pour 100 une grande quantité d'acide carbonique et beaucoup moins d'oxygène que l'air atmosphérique. Il peut donc être très mauvais de respirer au-dessus d'un bec d'éclairage. M. Gréhant se propose d'ailleurs de faire respirer à des animaux ces produits.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Inhalations d'acide fluorhydrique : MM. Bardet, C. Paul, Dujardin-Beaumetz, Féréol, E. Labbé.

M. *Bardet* présente un appareil de son invention pour pratiquer les inhalations médicamenteuses à domicile, et en particulier les inhalations d'acide fluorhydrique. Cet appareil consiste en un producteur d'acide carbonique, dont on règle à volonté le débit, et un barboteur dans lequel le courant d'acide carbonique se charge des vapeurs médicamenteuses dont on veut faire usage, l'acide fluorhydrique par exemple. Une sorte de petite tente mobile s'adapte à la boîte de l'appareil et reçoit le tube de dégagement du gaz médicamenteux ; le malade est placé, assis, la tête sous cette tente minuscule et peut ainsi respirer pendant un temps voulu, sans aucune fatigue, les vapeurs dont l'inhalation lui a été prescrite.

M. *C. Paul* pense qu'un appareil de ce genre devra rendre de grands services, en particulier aux phthisiques qui ne peuvent sortir pour se rendre aux salles d'inhalation. Il veut espérer que l'acide fluorhydrique confirmera les brillantes espérances qu'il a fait naître, mais ce mode de traitement restera toujours un moyen de luxe : les déplacements, le prix élevé des séances d'inhalation empêcheront bien des malades d'y pouvoir recourir. D'autre part, l'acide fluorhydrique est un corps ennuyeux et difficile à manier, il est un toxique énergique, aussi M. C. Paul a-t-il cherché à lui substituer le fluorure d'ammonium, sel déliquescent dont le prix de revient est fort minime. Il place dans un barboteur une solution de ce sel à 1 ou 2 pour 1000, et prescrit aux malades des inspirations profondes pour faire pénétrer l'air chargé de vapeurs fluorhydriques jusque dans les bronches. On constate, après ces inhalations, la saveur aigrelette de l'acide fluorhydrique dans l'air expiré par les malades. C'est un moyen fort commode et peu coûteux d'inhaler les vapeurs fluorhydriques ; restent à déterminer les résultats thérapeutiques que l'on en pourra obtenir.

M. *Dujardin-Beaumetz*. Il existe aujourd'hui plusieurs appareils pour les inhalations fluorhydriques ; ils peuvent se répartir en deux groupes : les appareils mobiles et les appareils fixes. Les premiers sont représentés : 1° par l'appareil de Bardet, que vous venez de voir ; 2° par l'appareil de MM. Léon Petit et Filleau, composé d'un réservoir à air comprimé, d'un barboteur fluorhydrique en gutta-percha et d'un masque à inhalation ; 3° enfin par le barboteur de M. C. Paul, avec une solution de fluorure d'ammonium. Les appareils fixes sont : 1° celui de Seiler, comprenant une guérite à inhalations, qu'on peut construire avec un paravent à quatre valves, recouvert d'une couverture, et, d'autre part, d'une pompe qui lance l'air à travers un flacon de gutta renfermant de l'acide fluorhydrique du commerce. Celui-ci émet des vapeurs à la température ordinaire, aussi le courant d'air n'a-t-il besoin que de lécher la surface de la couche d'acide fluorhydrique pour entraîner ces vapeurs ; 2° l'appareil de M. H. Bergeron, essentiellement composé d'une cabine à inhalation et d'un système auto-moteur de deux gazomètres, qui s'élèvent ou s'abaissent alternativement par le simple déplacement d'un poids que peut manœuvrer le malade lui-même. L'air contenu dans chaque gazomètre est ainsi successivement chassé, et vient traverser un réservoir à acide fluorhydrique, puis arrive à la partie supérieure de la cabine où le malade est assis. Pour une séance d'un quart d'heure le malade n'a besoin de changer de côté que trois fois le poids moteur des gazomètres ; 3° enfin l'appareil de M. Ley, composé d'un gazomètre et d'un barboteur fluorhydrique. L'air comprimé traverse la couche d'acide. L'appareil de M. Garcin est tout analogue. — M. Dujardin-Beaumetz rappelle qu'il a fait depuis plusieurs années des expériences sur les animaux avec l'acide fluorhydrique dégagé au moyen du spath fluor et de l'acide sulfurique ; ce procédé est évidemment mauvais pour le traitement des malades, mais il a permis de faire vivre des animaux inoculés de la tuberculose dans une atmosphère de vapeurs fluorhydriques et de constater qu'ils étaient ainsi préservés du développement de cette tuberculose inoculée.

M. *Féréol* a employé, en ville, chez une malade atteinte de tuberculose pulmonaire au troisième degré, les inhalations fluorhydriques. Les inhalations ont été pratiquées dans un petit cabinet de toilette situé à la tête du lit de la malade ; on s'est servi de l'appareil de Garcin et d'un barboteur contenant un mélange de 100 grammes d'acide fluorhydrique du commerce et de 200 grammes d'eau. On faisait chaque jour une ou deux séances d'inhalation de vingt à trente minutes ; la malade a été manifestement améliorée, le sommeil a reparu, l'état général est devenu plus satisfaisant, la toux et l'expectoration ont diminué. — Cette observation tend à prouver tout au moins que ce mode de traitement est inoffensif. M. Féréol ajoute que les glaces de l'appartement n'ont été en rien détériorées.

M. *Bardet* pense que le fluorure d'ammonium préconisé par M. C. Paul peut avoir de réels avantages ; d'ailleurs M. H. Martin a montré que l'on peut stériliser avec ce corps les cultures des bacilles tuberculeux et même empêcher le développement de la tuberculose inoculée, par les injections intraveineuses de fluorure d'ammonium ; les lapins inoculés et non soumis à ces injections ont succombé à la tuberculose. Le maniement de l'acide fluorhydrique en nature est d'ailleurs assez dangereux, même lorsqu'il est étendu de moitié eau ; il détermine des brûlures graves des mains ou du visage si la moindre gouttelette en est projetée sur la peau ; à ce point de vue le fluorure d'ammonium serait plus pratique. Peut-être au moyen du fluorure d'ammonium pourra-t-on arriver à détruire le bacille sans détruire auparavant le malade ; l'acide fluorhydrique est peut-être plus toxique pour le microbe que pour l'homme, ainsi que Bouchard l'a démontré à l'égard du naphtol. Reste à savoir si les inhalations peuvent le faire pénétrer dans toutes les parties d'un poumon malade, et par suite peu perméable, et si la méthode intraveineuse ne permettrait pas d'atteindre plus sûrement le parasite.

M. *C. Paul* décrit son appareil, qui consiste dans un barboteur ordinaire, disposé avec une bouteille d'eau de Saint-Galmier, munie d'un bouchon de caoutchouc à deux trous

et deux tubes, dont l'un plonge à 8 centimètres de profondeur dans la solution médicamenteuse : c'est le tube par lequel pénètre l'air extérieur; le malade fait les inhalations avec l'autre tube, muni d'un index en verre et d'un embout de caoutchouc. Il faut faire exécuter aux malades. toutes les trois ou quatre respirations, une inspiration profonde, de trois litres environ; on est certain de faire ainsi pénétrer les vapeurs médicamenteuses jusque dans les parties malades du poumon, et l'on réalise en même temps une gymnastique respiratoire, dont l'utilité est incontestable. Cet inhalateur, si simple à construire, peut être employé pour la plupart des affections des voies respiratoires et donne souvent des résultats remarquables. C'est ainsi que M. C. Paul emploie, pour les inhalations, une solution saturée d'acide phénique dans la gangrène pulmonaire, et qu'il a obtenu onze guérisons sur onze cas traités depuis une quinzaine d'années. Il emploie, de même, l'essence de térébenthine pure chez les hémoptoïques; l'huile de pétrole, chez les phthisiques, comme calmant de la toux et de l'expectoration; le chloral, dans le même but; le fluorure d'ammonium comme succédané de l'acide fluorhydrique; enfin, la teinture d'eucalyptus (100 grammes pour 600 d'eau), comme antiseptique et désinfectant.

M. *Féréol* se demande si M. C. Paul a eu bien réellement affaire à des cas de gangrène pulmonaire? La guérison constante autorise à songer qu'il s'est agi sans doute de gangrène des extrémités bronchiques ou de bronchite fétide.

M. *C. Paul* pense que le diagnostic ne peut être douteux puisqu'il s'agissait le plus souvent de grangrènes vraies en foyer, avec cavernes, consécutives à des infarctus et à des hémoptysies.

M. *Bardet* est d'avis que l'inspiration par un tube long et étroit, surtout lorsqu'il plonge de 8 centimètres dans un liquide plus ou moins dense, est fatigante pour les malades. Il ne comprend l'aspiration qu'au moyen d'un tube assez large pour que le malade inspire comme à l'air libre.

M. *C. Paul* fait observer que ses malades n'ont éprouvé aucune fatigue, à condition d'espacer les grandes inspirations ainsi qu'il l'a dit.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

Société anatomique.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. R. MOUTARD-MARTIN.

M. *Valat* présente un *ostéosarcome du tibia* ayant causé deux fractures toutes deux consolidées.

— M. *Poirier* fait une communication sur le canal sous-pubien.

— M. *Iscovesco* montre un *sarcome du poumon.*

— M. *Guinard* décrit un *kyste dermoïde du plancher de la bouche.*

— M. *Méry* fait voir un *lymphosarcome* du médiastin avec généralisation.

— M. *Pilliet* décrit une modalité spéciale de la *névrite des variqueux.*

— M. *Hartmann* présente une *fracture ancienne du cubitus* avec incurvation du radius et subluxation de la tête.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Les deux derniers numéros des *Deutsches Archiv. fur klinische Medicin*, numéros du 5 et du 9 décembre 1887, ont été particulièrement intéressants au point de vue des travaux concernant le système nerveux; nous y relevons les articles suivants :

Rapports entre le diabète sucré et les affections du système nerveux, par le docteur Auerbach. — Le sujet, au dire de l'auteur, n'a été qu'effleuré par les médecins allemands. Il cite en France Féré, Lecorché, Legrand du Saulle; il pense que leurs travaux demandent à être développés.

Après l'importante découverte de Claude Bernard sur les effets produits par la piqûre du quatrième ventricule, on pouvait supposer qu'on était enfin en possession du *secret* du diabète. On devait connaître, grâce à la physiologie expérimentale, le centre qui préside à la sécrétion du foie et dont les lésions causent la glycosurie. On était dans l'erreur et aujourd'hui on n'est pas plus avancé qu'autrefois. On ne considère plus le diabète comme l'exagération d'une fonction normale; on n'a pu non plus prouver définitivement que le diabète était dû à la lésion de telle ou telle partie du système nerveux. Ce qui paraît prouvé, c'est qu'on peut devenir diabétique après une violente émotion morale, c'est que, d'après les expériences de Schiff et de Külz, la section du nerf ischiatique conduit au même résultat. Léon Gros a vu se produire la glycosurie au moment où une névralgie occipitale atteignait son paroxysme. L'action du système nerveux paraît donc indéniable, chaque fois que le diabète se produit.

Laissons les causes déterminantes, dit Auerbach, et voyons les conséquences nerveuses du diabète :

La mélancolie, la mauvaise humeur, l'insomnie et la frigidité sont fréquentes chez les diabétiques. Ils deviennent hypocondriaques; ils analysent eux-mêmes leurs urines, se pèsent continuellement. L'hypocondriaque diabétique devient un paresseux, mieux que cela : un parétique qui se fatigue pour rien; l'insomnie a une action directe, ainsi que la glycosurie elle-même, sur l'impuissance motrice qui arrive à grands pas.

Nous relevons, dans l'article d'Auerbach, un détail important à propos de psychoses diabétiques ou réputées telles : Pour que de pareils troubles intellectuels se produisent, il faut une *prédisposition morbide spéciale.* Ce ne sont pas tous les diabétiques qui versent dans l'hypocondrie. L'auteur cite un exemple bien probant :

Un homme meurt fou. Sa femme meurt diabétique. Onze enfants sont nés de cette union : quatre seulement échappent à la fatalité héréditaire; sur les sept autres deux moururent, l'un de psychose, l'autre de diabète; quatre souffrent actuellement de psychose et le dernier de diabète. Plusieurs enfants de ces onze descendants directs sont déjà atteints de psychose et de diabète. Ici la relation entre ces psychoses et le diabète s'accuse d'une façon étroite.

L'auteur arrive aux apoplexies diabétiques et aux différentes paralysies qui leur font suite, et il affirme que, dans la grande majorité des cas, si l'on trouve moyen de faire disparaître complètement le sucre des urines, on voit disparaître tous les phénomènes paralytiques. Aux névralgies (occipitales surtout), qui affectent les malades, il faut joindre les hyperesthésies de toutes natures, mais localisées surtout à la plante des pieds, où elles rendent impossibles la marche et la station verticale. Il faut joindre à cela des paresthésies, des sensations subjectives. Un vieillard ne pouvait dormir qu'à la condition de se mettre sur le crâne une grosse pierre. Il supprimait ainsi une sensation subjective très pénible d'écrasement du sommet de la tête. Tout cela disparut avec la glycosurie. Du côté des sens : *rétinite*, atrophie du nerf optique, maladies diverses du nerf acoustique. Rien du côté du goût ni du côté de l'odorat. Quelquefois il se produit de l'hyperhydrose, bien que le diabète ait en général

peu d'action sur les nerfs sécréteurs. On verrait aussi les différentes dermatoses et le glossy skin. L'abolition du réflexe patellaire se rencontrerait dans 35 à 40 pour 100 des cas.

En terminant, Auerbach dit, à propos de l'impuissance diabétique, que la présenee du sucre dans le sang a une influence directe sur la vitalité et sur la production du sperme. Pour ce qui est de la pathogénie générale du diabète, l'auteur dit qu'on ne doit plus se risquer à affirmer qu'il provient d'une affection quelconque des centres nerveux.

Sur l'atrophie musculaire progressive de cause spinale et la sclérose latérale amyotrophique, par Adolf. Strumpel, d'Erlangen. — L'atrophie musculaire progressive est-elle une maladie centrale, une affection de la moelle, ou bien résulte-t-elle d'une altération musculaire primitive? Cela semble jugé pour Strumpel : les deux interprétations sont vraisemblables.

On a confondu lonptemps la myopathie primitive avec les amyotrophies de cause spinale; aujourd'hui la distinction est faite et l'auteur allemand se range à l'opinion des médeeins qui croient à une grande myopathie primitive présentant des formes cliniques particulières (type de Leyden, de Landouzy et Déjerine, type pseudo-hypertrophique de Duchenne de Boulogne), mais appartenant toutes à un type unique. Plus on regardo les chose de près, dit Strumpel, et plus on voit les limites qui séparent ces types s'effacer et les points de ressemblance s'accuser. On n'a pas assez étudié parallèlement les myopathies primitives et les amyotrophies de cause spinale.

D'après Strumpel, Kohler et Schultze, l'idée de Charcot, sur l'atrophie musculairo progressive en tant que maladie limitée aux cellules des cornes antérieures de la moelle sans dégénérescence obligée des faisceaux pyramidaux, est basée sur un nombre trop restreint d'observations. A l'appui de ses doutes Strumpel cite une observation importante suivie du procès-verbal d'autopsie.

Exemple typique d'atrophie progressive. — Femme do cinquante-cinq ans, antécédents tuberculeux, blanchisseuse. Sans surmenage d'aucune sorte, en 1874, faiblesse considérable des bras. Impossible de travailler. Trois mois plus tard (août 1874), paralysie des membres supérieurs; *impossible de les lever.* Phénomènes plus aecusés du côté de l'épaule gauehe. Pas de douleurs à cette époque; quelques vertiges. Aucun phénomène bulbaire. Aucun trouble dans la face, cependant pouls un peu précipité, 80 à 92. Température : 36°,4 à 37°,2. Atrophie des muscles du dos. Scapula alata du côté gauche; presque rien à droite. Atrophie des muscles sus-épineux.

A gauche, atrophie du deltoïde, des fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras. Rien au triceps. A l'avant-bras, atrophie du long supinateur. Atrophie légère des autres muscles de l'avant-bras; atrophie des interosseux et des muscles du pouce. Flexion de l'avant-bras difficile. Extension facile. Supiuation impossible, etc. Vibrations fibrillaires dans les muscles atrophiés. Sensibilité conservée.

En octobre 1875. Douleurs dans la ceinture scapulaire et dans le haut des bras. Pas de pseudo-hypertrophie, malgré la graisse. Réactions électriques diminuées. Pas cherché la réaction de dégénérescence. Pas de doute qu'il y en avait.

Mars 1876. — L'atrophie marche lentement. Toujours douleurs dans lo dos. Pour se servir de ses mains, la malade balance son bras et le lance pour saisir l'objet. Atrophie des muscles pectoraux. Le muscle triceps se prend. Rien au visage. La malade peut valser. Aueun phénomène spasmodique. Pas de réflexes tendineux exagérés. Craquements dans les muscles des épaules.

Juillet 1878. — Atrophie plus accusée de tous les muscles précités.

Mort en 1883. Un an avant de mourir la malade avait eu en 1882 une grande faiblesse des membres inférieurs, à la suite d'une espèce d'attaque foudroyante. Cette attaque avait entraîné une paralysie de tout le eôté droit, avec aphasie. Quelques troubles de la déglutition.

Autopsie. — *Cerveau.* — Foyer de ramollissement par thrombose dans l'hémisphère gauche, s'étendant presque jusqu'à l'écorce des circonvolutions médianes de la région sylvienne et en bas jusqu'aux ganglions gris centraux et à la capsulo interne. Moelle à peu près normale extérieurement, mais *méninges altérées dans la région cervicale.* Dure-mère épaissie (pachyméningite interne); arachnoïde troublée et opaque, paraissait incrustée de petits noyaux. Ces lésions gagnaient un peu la moelle dorsale. *La moelle paraît rétrécie* (sic). Rien à la moelle lombaire. Sur une section fraîche on peut constater dans toute l'étendue de la région cervicale une atrophie avec dégénérescence pigmentaire des cellules des cornes antérieures.

Atrophie remarquable des racines cervicales. Presque rien dans les extrémités nerveuses périphériques. Atrophie musculaire très accentuée dans les muscles deltoïde, biceps, etc., déjà cités. Par les dissociations et sur les coupes durcies, on peut constater une atrophie dégénérative. Disparition presque complète de la striation transversale. Les faisceaux primitifs sont en pleine dégénération granulo-graisseuse. Parfois il ne reste que la gaine de sarcolemme. Augmentation des noyaux sur les seetions longitudinales. Pas de sclérose musculaire. Vaisseaux agrandis, parois épaissies.

Du côté du faisceau pyramidal gauche, belle dégénération visible à l'œil nu dans le pédoncule et dans le bulbe. Plus bas, dans la moelle, la dégénérescence a gagné le côté droit et atrophié des cellules de la corne antérieure grise.

En résumant tout cela nous trouvons, dit Strumpel, au point de vue clinique : une atrophie et une paralysie parallèlement envahissantes des muscles de l'épaule et du bras du côté gauche avec légère participation du côté droit, puis propagation de la maladie aux muscles pectoraux, aux muscles du dos, etc. Localisation du mal au début dans le bras et l'épaule et cela pendant six ans. Léger envahissement des jambes dans les trois dernières années. Pas de symptômes bulbaires. On n'a pas observé comme dans la sclérose latérale de Charcot, de symptômes spasmodiques ni de phénomènes bulbaires. Pas d'exagération de réflexes. Aucun trouble de la sensibilité, si ce n'est des douleurs dans la ceinture scapulaire, signes qui manquent encore dans la maladie de Charcot.

Au point de vue anatomique, on constatait un épaississement des méninges eervieales, une atrophie des eolonnes grises antérieures de la moelle avec dégénérescence du faisceau pyramidal droit, lui-même consécutif au foyer de ramollissement de l'hémisphère gauche. Une lésion dégénérative des racines cervicales antérieures, de légères lésions nerveuses périphériques avec atrophie musculaire, le tout sans dégénération très appréciable des transversaux intermédiaires aux racines malades et aux muscles également malades.

Conclusion. — Maladie qui, si elle avait eu le temps, aurait envahi toute la voie motrice des cellules des cornes antérieures au muscle, avec épisode surajouté et non capital : la dégénérescence du faisceau pyramidal.

Impossible de dire quelle partie a commencé à être malade. Est-ce le centre, est-ce la périphérie? S'agit-il d'une myopathie primitive avec envahissement eentripète des cornes antérieures? Strumpel pencherait vers cette hypothèse. Il croit même que le début absolument périphérique a dû se faire par le nerf et non par le muscle, comme le voudrait Friedreich. Les différents troncs nerveux seraient pris l'un après l'autre.

Strumpel attribue une certaine importance à la pachyméningite cervicale, cependant il n'insiste pas beaucoup sur l'influence de eette lésion dans la production des phénomènes cliniques. Donc, d'après lui, tableau pur d'une atrophie musculairo progressive. Il résulte de tout cela, dit Strumpel, qu'il est presque impossible de séparer la sclérose latérale amyotrophique de l'atrophie musculaire progressive. Pas plus dans l'une que dans l'autre, on ne peut invoquer l'influence du surmenage, et l'auteur allemand admet *à priori* l'existence d'un poison chimique dont la nature est inconnue. Les faisceaux musculaires malades se contagionneraient les uns les autres !

Strumpel considère la maladie de Charcot, proche parente du

reste de l'atrophie progressive spinale, comme le résultat de la dégénérescence de la voie motrice de l'écorce cérébrale au muscle avec lésion dégénérative des cellules de la corne antérieure. Il cite encore deux observations dont la seconde confirme la manière de voir de M. Charcot (phénomènes spinaux d'abord, puis trois ans après phénomènes bulbaires). La maladie n'aurait pas choisi les muscles à atrophier, comme le fait l'atrophie musculaire habituelle.

M. Charcot prétend que la paralysie précède l'atrophie. Cela semble sûr pour les membres inférieurs, mais moins prouvé pour les membres supérieurs, c'est du moins ce qui ressort des observations de Strumpel.

Cet auteur ajoute encore que la constatation de réflexes tendineux exaltés permet de faire le diagnostic entre la sclérose latérale amyotrophique (avec accompagnement de sclérose pyramidale) et l'atrophie spinale ordinaire due à la lésion des seules cornes antérieures. On peut expliquer facilement les phénomènes spasmodiques sans atrophie qui se produisent dans les membres inférieurs par l'existence d'une lésion pyramidale sans lésion des cornes. Aux membres supérieurs réflexes exagérés et atrophie musculaire marchent de pair.

Strumpel se résume en disant que l'on ne doit pas considérer la maladie de Charcot et l'atrophie musculaire progressive comme des maladies systématiques isolées, mais bien comme des maladies sœurs dont les symptômes cliniques sont basés sur la dégénérescence de la voie pyramidale. L'une et l'autre ne s'accompagnent pas de troubles de la sensibilité. On ne peut que regretter l'ignorance où l'on est des voies suivies à travers le bulbe et la protubérance par la dégénérescence qui attaque ou n'attaque pas les noyaux des nerfs crâniens. Il est toujours intéressant, dans le domaine de ces derniers nerfs, de trouver les réflexes exaltés, réflexes exaltés comme dans les lésions sous-jacentes de la moelle épinière. Cette question, pleine de lacunes, appelle de nouvelles recherches cliniques et anatomiques.

Nous ne voulons ajouter que quelques lignes au compte rendu déjà si long de l'article de Strumpel. Les deux dernières observations qu'il rapporte confirment l'opinion de M. Charcot, mais la première, dans laquelle nous trouvons une pachyméningite avec compression de toute la moelle cervicale, une dégénérescence (vraisemblablement due à la compression méningée) de la colonne grise droite et gauche; une dégénérescence du faisceau pyramidal consécutif à un foyer de ramollissement énorme; enfin, une atrophie musculaire que suffirait à expliquer en même temps que les douleurs de la ceinture, la pachyméningite cervicale. Cette première observation de Strumpel nous semble trop complexe pour qu'on puisse en tirer logiquement les conclusions qu'en a tirées l'auteur allemand. La sclérose latérale amyotrophique, telle que la comprend M. Charcot, et devant laquelle s'efface l'atrophie musculaire progressive de Duchenne de Boulogne, reste encore un des types les plus nettement accusés de la pathologie nerveuse. (*Deuts. Arch. für klin. Med.*, Bd 42, p. 230, numéro du 5 décembre 1887.)

Paul Berbez.

BIBLIOGRAPHIE

La psychologie physiologique, par G. Sergi. Traduit de l'italien par M. Mouton, avec 40 figures dans le texte. — 1 vol. in-8° de iv-452 pages. Paris, Alcan, 1888.

Nous ne possédions aucun ouvrage donnant sous une forme condensée et méthodique les résultats des travaux de psychologie physiologique publiés en France et à l'étranger. Sans doute les grands ouvrages de Herbert Spencer et de Wundt ont été traduits, et M. Ribot, dans ses ouvrages sur la *Psychologie anglaise contemporaine* et sur la *Psychologie allemande contemporaine*, a analysé les œuvres les plus importantes parues chez nos voisins. Un grand nombre de monographies spéciales ont été publiées en France même, et, tout dernièrement, nous signalions ici l'ouvrage original et hardi où M. Ch. Richet a exposé ses vues personnelles sur la matière (voy. la *Gazette hebdomadaire* du 23 décembre 1887). Ce qui manquait à la littérature philosophique, c'était un traité complet et régulier de psycho-physiologie, bien informé, bien au courant de l'état des questions dans tous les pays, conçu sur un plan vraiment didactique, assez impersonnel pour n'omettre aucune question importante, aucune solution digne d'examen, assez personnel pour poser avec une autorité suffisante, après discussion, des conclusions solidement établies. Ce livre, il est regrettable qu'il n'ait pas paru en France, et il est assez singulier que ni l'Allemagne, ni l'Angleterre ne l'aient tenté; il a paru en Italie, à Messine, en 1879; son auteur, M. Sergi, est aujourd'hui professeur d'anthropologie à l'Université de Rome; il a trouvé un traducteur compétent et consciencieux dans la personne d'un jeune professeur de l'Université, M. Mouton; M. Sergi lui-même a revu et corrigé la traduction, afin de mettre son œuvre au courant des découvertes les plus récentes, et, bien que cette revision ait été trop rapide à son gré, il estime que la traduction française « peut être considérée comme une véritable seconde édition de l'ouvrage ».

M. Sergi n'est pas un physiologiste qui a rencontré sur son chemin des questions psychologiques ou qui s'est occupé de psychologie à ses moments perdus; c'est un psychologue, mais un psychologue qui se refuse à considérer les faits psychiques en dehors de leur substratum organique; il est physiologiste par méthode, par doctrine, et non par métier. Pour lui « tout phénomène psychique est aussi un phénomène physiologique », et « la psychologie s'occupe: 1° des phénomènes organiques qui ont pour caractère prédominant la conscience de la fonction; 2° des antécédents immédiats des phénomènes conscients ». La psychologie a donc pour objet la conscience et les conditions de la conscience; c'est là l'objet de la psychologie pour les philosophes de toutes les écoles; mais ce qui est propre à l'école à laquelle appartient M. Sergi et dont il a coordonné les travaux, c'est que, pour elle, les conditions de la conscience se réduisent aux nerfs et aux phénomènes d'ordre physiologique dont les nerfs sont le théâtre; les faits dits inconscients, par exemple, ne sont que des phénomènes nerveux qui pourraient être conscients, qui le sont dans certains cas, mais dont la conscience, pour une cause ou pour une autre, est absente ou s'est retirée.

Tel étant l'esprit de l'ouvrage, on doit s'attendre à y rencontrer et l'on y rencontre, en effet, les théories ordinaires de l'école, partant la croyance à l'hérédité intellectuelle et morale, dans la théorie de l'intelligence l'empirisme, dans la théorie de la volonté le déterminisme; point d'idées innées, point de libre arbitre; mais ces thèses sont solidement déduites, et l'auteur y fait preuve d'une intelligence très pénétrante des problèmes ardus qu'il aborde. Ses théories sont souvent originales dans le détail; il est de ceux qui pensent par eux-mêmes, et qui, croyant aux progrès de la science, s'efforcent d'y contribuer par des recherches indépendantes.

C'est ainsi que, dans la question de la loi psycho-physique, il prend une position qui lui est propre, distinguant entre les excitations intermittentes, auxquelles s'applique la loi de Weber et de Fechner, et les excitations continues, auxquelles cette théorie ne convient pas. De même, il a trouvé un moyen ingénieux de rattacher à la sensation la connaissance de l'étendue par sa théorie de l'*onde réflexe perceptive*. Sur les sentiments, et en particulier sur les sentiments esthétiques, il est, non seulement plus complet que la plupart de ses devanciers, mais encore neuf à beaucoup d'égards. Il fait rentrer très logiquement le mouvement réflexe dans le cadre de la psychologie en soutenant qu'il

n'est pas nécessairement inconscient; l'instinct, mouvement réflexe composé, devient dès lors un phénomène proprement psychique; en cela M. Sergi nous paraît inspiré par des idées plus justes que celles de M. Ch. Richet. Pour lui, la volonté a pour occasion l'hésitation, c'est-à-dire l'inhibition des mouvements spontanés, d'où la délibération réfléchie, la pleine conscience des motifs, des résolutions clairement préparées par l'intelligence. Sur tous ces points les doctrines très étudiées de M. Sergi méritent d'être prises en sérieuse considération par les psychologues physiologistes ou philosophes qui aborderont les mêmes questions.

Sur quelques points seulement l'ouvrage ne paraît pas tout à fait au courant de l'état actuel des questions; c'est ainsi que M. Sergi admet presque sans discussion (p. 90) la théorie des sensations musculaires *efférentes*, aujourd'hui éfortement branlée. V. E.

La stomatite aphtheuse et son origine, par M. le docteur Th. DAVID, directeur de l'Ecole dentaire de Paris. — Asselin et Houzeau, édit.

La stomatite aphtheuse est une maladie généralement bénigne dont on s'est peu préoccupé jusqu'à présent.

Mentionnée, depuis Boerhaave, dans tous les auteurs classiques, elle est considérée comme une affection de peu d'importance et son étiologie est vaguement rattachée, soit à des causes locales, soit, et le plus souvent, à quelque diathèse arthritique plus ou moins manifeste.

Cette affection, souvent légère, peut prendre, en certains cas, une gravité exceptionnelle, principalement chez les enfants débiles et mal nourris; on l'a vue même entraîner la mort. Plusieurs observateurs ont, à diverses époques, remarqué les analogies qu'elle présente avec une affection contagieuse des animaux domestiques. La stomatite des espèces bovine ou ovine, maladie infectieuse qui porte, suivant le pays où elle est observée, des appellations assez diverses: fièvre aphtheuse, cocotte, stomatite aphtheuse, présente la même symptomatologie. Le docteur David a réuni un grand nombre d'observations d'où il paraît logique de conclure que la stomatite aphtheuse de l'homme et la cocotte des animaux ne constituent qu'une même maladie transmissible des uns aux autres. Il note la coïncidence fréquente d'épidémies sévissant à la fois sur les animaux et sur l'homme. Vingt-sept cas réunis avec soin en un tableau sont relatifs à la transmission de cette stomatite des ruminants à l'espèce humaine.

Le lait paraît être le véhicule ordinaire de l'agent contagieux, soit que les trayons de l'animal portent des ulcérations, soit qu'il contienne, par suite de l'infection de l'organisme, le microbe de la maladie.

Il manque à cette théorie le contrôle d'expériences bactériologiques et d'inoculations à des animaux; mais les faits cliniques si judicieusement réunis par M. le docteur David n'en gardent pas moins une haute valeur, et il est facile d'apercevoir les conséquences graves qui en découlent au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie de cette affection peu connue.

D[r] L. MENARD.

TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ ET DES TROUBLES DE LA CIRCULATION, par M. J. OERTEL, traduit par M. le docteur R. CALMETTES. — Bruxelles, A. Manceaux, 1888.

Publié en partie dans l'encyclopédie thérapeutique de Ziemssen, l'ouvrage d'Oertel reste cependant tout à fait original en raison des idées théoriques qui s'y trouvent exposées et des résultats pratiques dont il affirme la constance. Les doctrines aujourd'hui défendues par l'auteur sont bien déduites des résultats thérapeutiques qu'il a obteuus sur lui-même d'abord, sur divers autres malades ensuite. L'auteur, on le sait, cherche à combattre les accidents circulatoires en agissant non seulement sur l'organe central, mais encore et surtout sur les vaisseaux périphériques; en s'efforçant d'activer la circulation cutanée par des moyens physiques; en cherchant, par un régime approprié, à favoriser l'oxydation de la graisse et à diminuer l'apport des liquides dans l'organisme. Le régime qu'il recommande consiste dans la diminution des liquides. Les aliments qu'il conseille sont au minimum de 938,3 d'eau, 156,7 d'albumine, 22,1 de graisse, 71,5 d'hydrocarbures, et au maximum de 1299,3 d'eau, 169,9 d'albumine, 43,5 de graisse, 114 d'hydrocarbures. Dans son minimum il donne un peu plus de graisse, un peu moins d'hydrocarbures et d'albumine que Harwey et Banting. Dans son maximum il en donne un peu plus. Mais à ce régime que précisent un certain nombre de tableaux indiquant la composition chimique élémentaire des aliments, Oertel ajoute l'exercice musculaire graduel et progressif, principalement l'ascension des montagnes qu'il considère comme au moins aussi efficace, au moins aussi utile que la diminution des aliments liquides. M. Calmettes a rendu un réel service aux savants français en leur permettant de lire cet ouvrage très savant, mais dont les développements techniques sont parfois difficiles à suivre et qui, dans son texte original, aurait rebuté la plupart des praticiens. Tel qu'il nous est présenté, l'ouvrage est plus facile à comprendre, et si l'on n'admet pas toutes les conclusions de l'auteur, on tiendra certainement grand compte de quelques-unes de ses assertions.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — Dimanche dernier s'est tenue à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence d'honneur de M. Hérard, président de l'Académie de médecine, la séance publique annuelle de la Société protectrice de l'enfance. Le vénéré président de cette Association si utile, M. le docteur Marjolin, qui s'applique avec tant de zèle et de persévérance à propager toutes les œuvres de solidarité professionnelle et de charité, a ouvert la séance par une étude très applaudie sur l'historique des Sociétés protectrices de l'enfance depuis saint Vincent de Paul jusqu'à nos jours. M. G. Picot (de l'Institut) a lu un intéressant rapport de M. le docteur Moizard sur les récompenses à décerner aux médecins inspecteurs. Enfin M. le docteur Blache, secrétaire général, a donné lecture du compte rendu moral et financier de l'œuvre qui compte aujourd'hui plus de trois mille membres. La natalité si faible en France et la mortalité considérable des nourrissons donnent un intérêt tout spécial à l'œuvre de la protection de l'enfance, dont les ressources doivent toujours être considérées comme trop faibles en raison du grand nombre des infortunes qu'elle est appelée à soulager.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés ou promus: *Au grade de médecin principal de première classe:* MM. les médecins principaux de deuxième classe Madamet et Renard.

Au grade de médecin principal de deuxième classe: MM. les médecins-majors de première classe Roy, Servent et Boutonnier

Au grade de médecin-major de première classe: MM. les médecins-majors de deuxième classe Perrin, Sauveroche, Klein, Brochard, Donion, Gigon, Reverchon.

Au grade de médecin-major de deuxième classe: MM. Bedel, Farcy, Rivaud, Camus, Lapeyre, Blanc, Bimler, Baret, Comte, Baratte, Eon, Labanowski.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été nommés: *Au grade de médecin de deuxième classe:* MM. les aides-médecins, docteurs en médecine Kérébel, Barrat et Vallot.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

13062. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 29 février 1888.

Académie de médecine : **Prostitution et syphilis.**

M. le professeur L. Le Fort, qui a occupé la tribune pendant toute la séance de l'Académie, a magistralement exposé et développé les arguments qui plaident en faveur du système qu'il propose. Certes, après avoir écouté ce discours si bien ordonné et si clairement déduit, nul ne songera plus à dénier à quelques-uns des membres de l'Académie toute compétence, même en matière de réglementation administrative ou judiciaire. Bien plus, la nouvelle rédaction proposée par M. L. Le Fort pourra peut-être rallier beaucoup de voix dissidentes et obtenir, au moment d'un vote définitif, les adhésions nécessaires pour la faire adopter. Tous ceux qui savent combien il est difficile d'obtenir du Parlement une loi nouvelle, alors surtout qu'il s'agit d'une question très controversable, craignaient en effet que les premières conclusions de la Commission n'arrivassent à affaiblir au lieu de la fortifier l'action de l'administration. Nous nous sommes assez longuement expliqué à cet égard pour n'avoir point à y revenir. Mais, dans sa nouvelle conclusion, M. L. Le Fort se borne à émettre le vœu qu'une loi spéciale sur la prostitution « *règle et fortifie les pouvoirs de l'administration* et lui permette d'atteindre et de réprimer la provocation partout où elle se produit ». Chacun conviendra qu'un vœu de ce genre peut être émis sans aucun inconvénient. Nous persistons à douter qu'il soit exaucé, surtout au cours de la législature actuelle; mais nous reconnaissons que l'Académie ne sort pas de son rôle en le formulant ainsi.

Reste la question, plus difficile encore à résoudre, de l'inscription des filles. M. L. Le Fort admet un système mixte. S'il fait intervenir l'autorité judiciaire, ce n'est que dans le cas où il faut *imposer* l'inscription et, dans ce cas, le tribunal de simple police jugerait en première instance. Toutes les fois, au contraire, qu'il n'y aurait point contestation, que la fille arrêtée consentirait à être inscrite, l'administration policière aurait le droit d'agir comme elle le fait, ou du moins comme elle devrait le faire aujourd'hui. On lira, plus loin, les conclusions qui résument les idées de M. L. Le Fort. On ne manquera pas, mardi prochain, de lui objecter encore certaines difficultés d'exécution toujours importante en pareil matière. Mais chacun devra rendre justice au talent avec lequel il l'a défendu, à la précision avec laquelle il a su mettre en évidence, dans ce brillant exposé, tous les arguments de nature à convaincre ses collègues. Si, après avoir reçu communication des discussions soulevées par cette étude de la prostitution, le Ministre et le Parlement n'arrivent pas à ordonner une réglementation satisfaisante, l'Académie ne pourra pas en être responsable. Elle, au moins, aura fait tout son devoir.

Au début de la séance un court débat s'était élevé entre MM. G. Sée et C. Paul au sujet de l'importance qu'il faut attribuer à la phloroglycine considérée comme réactif de l'acide du suc gastrique. M. C. Paul a reconnu l'exactitude des observations de G. Sée, dont on trouvera un résumé très concluant au *Bulletin*, mais il a insisté sur la nécessité, alors qu'il s'agit d'un réactif aussi sensible, de procéder avec la plus extrême rigueur et de ne conclure qu'après de minutieuses expériences de contrôle.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Innervation collatérale et plaies des nerfs.

Lorsqu'une plaie du membre supérieur atteint un tronc nerveux, il semble que le diagnostic de la lésion soit des plus aisés. La paralysie est là, qui le rend évident. On connaît le territoire exact de chacun de ces nerfs, tant sur la peau que parmi les muscles, et quelques explorations, relativement simples, permettent de dessiner avec rigueur les limites de la paralysie.

Depuis longtemps déjà on a constaté à la suite de sections nerveuses des anesthésies s'accordant assez mal avec ce

que nous savons d'anatomie normale : les expériences d'Arloing et Tripier sur la sensibilité récurrente n'ont pas tardé à jeter quelque lumière sur les observations célèbres de Laugier et de Richet. Mais, malgré la théorie de Letiévant sur la motilité suppléée, malgré un mémoire de Richelot sur l'innervation collatérale à propos d'une opération du professeur Verneuil, quelques faits, rares il est vrai, échappent encore à la théorie: ceux où les muscles sont préservés d'une paralysie qui devrait être inévitable.

Cette obscurité semble venir de ce que nous sommes imbus d'une doctrine anatomique fausse. Les troncs nerveux, disons-nous, sont à peu près immuables dans leur trajet et leur distribution ; à cette fixité relative nous opposons la variabilité du système vasculaire. Un nerf est-il coupé en avant de l'artère humérale du bras? Tout chirurgien dira que c'est le médian, rien que le médian et tout le médian. Vienne un phénomène anormal, et l'on se mettra en quête d'une théorie. Or cette théorie sera, à notre sens, bien souvent erronée faute de connaissances suffisantes en anatomie descriptive. Quoi! recourir de nos jours encore à un mode d'investigation aussi grossier, à une science vieillie, épuisée par des milliers de chercheurs? M. Hartmann vient de nous prouver que ce n'est pas inutile.

I

Il est indispensable, tout d'abord, d'exposer les faits anatomiques : nous nous excusons à l'avance de la sécheresse inhérente à ces descriptions peu attrayantes, mais que tout praticien doit avoir nettes en mémoire si, en présence d'une section nerveuse, il veut porter un diagnostic et, par conséquent, un pronostic précis.

Il y a quelques semaines, Hartmann montrait à la Société anatomique une disposition non décrite des rameaux palmaires du nerf médian. Sur les deux tiers des sujets, une ou plusieurs de ces branches, parvenues au contact des artères digitales émanées de l'arcade palmaire superficielle, se divisent en deux filets qui passent l'un en avant, l'autre en arrière du vaisseau au-dessous duquel elles se fusionnent à nouveau. Une ellipse du même genre, mais bien plus allongée et n'ayant pas de connexions vasculaires fixes, s'observe parfois sur la branche palmaire du nerf cubital : celle-là, quoique bien plus rare que les précédentes, est figurée par Bourgery et Jacob et est décrite par Henle.

Ces faits sont peu importants : dans une plaie de la main, le clinicien a peu d'intérêt à savoir s'il y a section totale ou partielle de ces petits filets exclusivement sensitifs. Mais ces constatations devaient donner l'éveil. Supposons sectionnée une des branches de ces ellipses ignorées jusqu'à présent : jusqu'à présent nous aurions cru, sans contredit, à une section totale des collatéraux correspondants. Or, anatomiquement aussi bien que physiologiquement, cette section serait incomplète. Imaginons maintenant qu'un des troncs nerveux principaux se comporte comme les branches palmaires du médian ; qu'à l'avant-bras, par exemple, l'un d'eux soit remplacé par une longue ellipse dont une des branches s'écarte plus ou moins du trajet classique. Si cette disposition existe, une section pourra fort bien sembler complète à l'examen anatomique de la plaie et être en réalité incomplète.

Or cette disposition existe. Hartmann a vu le nerf médian se diviser au pli du coude en deux rameaux, dont l'un suivait le trajet ordinaire, tandis que l'autre descendait, à quelques centimètres de lui, pour aller se jeter, à la main, dans une des branches palmaires. Le nerf médian était donc remplacé par une longue ellipse occupant tout l'avant-bras et la partie supérieure de la main. Une autre pièce nous montrait la branche dorsale cutanée du cubital rejointe, au dos de la main, par une branche née au tiers supérieur de l'avant-bras. Dans un cas comme dans l'autre, la section du tronc qui suivait la direction normale n'eût bien évidemment fait subir à l'innervation des parties situées au-dessous qu'une atteinte partielle.

Jusqu'à présent nous avons vu le rameau que nous appellerons la branche anormale de l'ellipse suivre un trajet indépendant. Ailleurs, des anastomoses avec les nerfs voisins vont compliquer la question.

II

Partons encore de la paume de la main, région où ces dispositions sont le plus fréquentes et le plus faciles à observer. Là, le nerf médian se divise en plusieurs branches (celles précisément que les artères perforent quelquefois) qui divergent à angle aigu. Dans les angles apparaissent les artères digitales : elles y sont parfois fixées par un filet nerveux qui vient d'un des rameaux, passe sous le vaisseau et rejoint le deuxième rameau. Mais, si l'on exerce une légère traction sur l'angle de séparation compris entre le filet anastomotique et le troncule d'où il semble naître, on voit se tendre, puis se déchirer une mince lame celluleuse translucide et, au bout de peu de temps, on constate que cette prétendue anastomose est fixée par ses deux extrémités au même rameau nerveux. C'est donc tout simplement l'ellipse déjà décrite, avec cette particularité relativement rare que la branche anormale — si l'on doit appeler ainsi une disposition réalisée deux fois sur trois — a emprunté pour un instant le trajet d'un nerf voisin. Cela est démontré par cet accolement sans fusion réelle.

Appliquons cela à un nerf de quelque importance chirurgicale. En cas de plaie, non seulement la section d'un des troncs pourrait être suivie de paralysie incomplète, mais encore celle du tronc voisin pourrait provoquer des accidents plus étendus qu'on ne s'y attendait à priori. Or la dissection justifie ces opinions que la théorie fait prévoir. Au bras, entre le médian et le musculo-cutané, on observe souvent de ces échanges, répétition en grand de ceux que nous venons de décrire à la main.

On sait que le nerf médian émane du plexus brachial par la coalescence de deux racines entre lesquelles se voit l'artère axillaire. L'une de ces racines, l'interne, donne naissance au nerf cubital et au brachial cutané interne. De l'autre, externe, se détache le musculo-cutané : elle seule va nous arrêter.

Le nerf musculo-cutané se porte en bas et en dehors, perfore le muscle coraco-brachial, se loge entre le biceps et le brachial antérieur, innerve tous les muscles antérieurs du bras et enfin, parvenu au côté externe du biceps, devient sous-cutané à partir du pli du coude et distribue la sensibilité à la région externe des téguments anti-brachiaux. Le tronc du médian descend le long de l'artère humérale, sous le bord interne du biceps, par conséquent. En haut, il est situé en dehors de l'artère ; puis à la partie moyenne du bras il la croise, passant dans la plupart des cas en avant d'elle, pour se ranger, au pli du coude, à son côté interne.

Il est classique de dire, en France du moins, qu'entre ces deux troncs nerveux existe une anastomose inconstante, oblique en bas et en dehors, allant, par conséquent, du médian au musculo-cutané. D'autres auteurs, tels que Pye Smith, Howse, Turner, Davies Colley en Angleterre; Gegenbaur, Gruber, Hyrtl, Henle en Allemagne, décrivent des dispositions plus variables. Ils ont certainement raison, et cela a été bien mis en relief par un mémoire important de Testut sur les anastomoses plexiformes du médian et du musculo-cutané. Cette étude vient d'être reprise par Hartmann, pour rechercher l'origine exacte de ces fibres anastomotiques. Là encore ces constatations sont extrêmement aisées : il suffit de tirer un peu sur les filets nerveux et l'on voit se rompre de simples toiles celluleuses.

Tout d'abord on remarque qu'il y a un fait exceptionnel : l'anastomose classique oblique en bas et en dehors; qu'il y a un fait assez fréquent : l'anastomose oblique en bas et en dedans. Cette direction fait prévoir, à elle seule, que les filets nerveux vont du musculo-cutané au médian.

Cette anastomose siège à une hauteur variable. Tantôt on la trouve à la partie supérieure du bras : elle est alors très rapprochée de la racine externe du médian, et en est séparée par une des veines humérales. Ou bien elle se détache du musculo-cutané un peu avant que ce nerf perfore le coraco-brachial. Ailleurs enfin, elle en naît à sa sortie de ce muscle. Le volume n'est pas moins sujet à changement : il peut surpasser celui de la racine externe proprement dite du médian, après que le musculo-cutané s'en est séparé.

Ecartons maintenant l'angle compris entre le musculo-cutané et cette anastomose. Jusqu'en haut, deux cordons simplement accolés s'isolent par une légère traction et il devient évident dès lors qu'il s'agit seulement d'un dédoublement de la racine externe du médian. Des fibres, en nombre variable, se sont éloignées de leur trajet ordinaire pour suivre le musculo-cutané sur une longueur également variable : après cela elles ont rejoint le tronc principal, qu'elles avaient abandonné pour un temps.

III

Point n'est besoin d'insister plus longuement sur l'anastomose dite classique, oblique en bas et en dehors, du médian au musculo-cutané. Rare, elle est constituée par des fibres du musculo-cutané qui continuent à suivre la racine externe, puis le tronc du médian et se décident enfin à rentrer dans le droit chemin.

Il sera extrêmement facile, après cela, d'analyser les cas plus complexes où l'on voit, en haut, le dédoublement de la racine externe et, plus bas, l'anastomose allant du musculo-cutané au médian. Il y a alors échange réciproque de fibres d'un nerf à l'autre, avec cette particularité que les tubes nerveux envoyés par le musculo-cutané au médian ne descendent pas par la racine externe, mais par le bord inférieur de l'anastomose supérieure, véritable racine externe accessoire. Sur un sujet présentant cette disposition il serait impossible de déterminer par la section d'un des nerfs au milieu du bras soit la paralysie typique du médian, soit celle du musculo-cutané : un mélange des deux serait seul possible.

Dans d'autres cas, le filet erratique ne revient pas au tronc d'où il a tiré son origine première, mais va renforcer une de ses branches. Ainsi, le médian peut envoyer dans le musculo-cutané des fibres qui le quittent au pli du coude pour constituer une sorte de plexus avec les rameaux ordinaires fournis par le même médian aux muscles épitrochléens. De même pour une anastomose envoyée par le médian au nerf musculaire du brachial antérieur ; nerf et anastomose tous deux émanation directe ou indirecte du musculo-cutané.

Toutes ces bizarreries nerveuses, nous les avons vérifiées, soit sur les préparations montrées par Hartmann à la Société anatomique, soit par des dissections personnelles, et, de plus, nous avons trouvé une pièce relativement rare : une fusion complète du musculo-cutané et du médian, fait déjà vu par Cruveilhier, Dumas (de Montpellier), Gegenbaur et Gruber.

Un tronc existe, suivant l'artère exactement comme le médian, et de son côté externe partent successivement tous les filets fournis normalement par le musculo-cutané. Prenons le plus inférieur de ces filets et écartons son angle d'origine : nous isolons par simple traction jusque dans l'aisselle un tronc qui serait identique au musculo-cutané s'il perforait le coraco-brachial. Ce tronc commun, l'anatomie et la dissociation nous le font nommer médian uni donc au musculo-cutané. Mais quel chirurgien, enlevant, par exemple, un névrome de son parcours ne l'eût qualifié tout simplement de nerf médian ? Quelle surprise, après cela, de constater avec la paralysie du médian une paralysie plus ou moins complète du musculo-cutané ! Et les théories — inhibitoires ou autres — de courir leur train !

IV

Au membre inférieur, les dissections sont encore peu nombreuses. Nous signalerons seulement une pièce présentée par Delbet : les nerfs collatéraux du quatrième et du cinquième orteil ne venaient pas du nerf saphène externe, branche du sciatique poplité interne, mais bien de son accessoire, branche du sciatique poplité externe. En somme, tous les nerfs cutanés du dos du pied étaient fournis par le sciatique poplité externe (les internes venant, comme d'ordinaire, du musculo-cutané). Une section du sciatique poplité interne n'eût en rien altéré la sensibilité de la région externe.

Pour les nerfs moteurs, il est à peu près certain que l'on trouverait des dispositions analogues. Il y a quelques mois, M. Winocouroff montrait à la Société anatomique une jambe amputée par M. Marc Sée pour un myxo-sarcome qui en était à sa troisième récidive. Au cours d'une des opérations antérieures, le sciatique poplité interne avait été réséqué, et la malade, aussitôt après la cicatrisation de la plaie, avait pu non seulement marcher, mais danser à sa guise. M. Duplay nous a raconté tout récemment qu'il a réséqué le nerf sciatique poplité interne il y a quelques années dans des conditions analogues et qu'il a été tout surpris de voir le malade marcher comme si de rien n'était.

V

Tous les détails anatomiques dans lesquels nous venons d'entrer sont d'un grand intérêt pathologique : à nos yeux, ils expliquent mieux que bien des théories actuellement admises certains faits anormaux.

La sensibilité récurrente existe : les expériences remarquables d'Arloing et Tripier le démontrent. Elle nous fait

comprendre pourquoi, très souvent, une sensibilité obtuse persiste dans des régions qui, sans elle, devraient être totalement anesthésiées. Mais il y a des observations, dont celle de Richet, en 1867, a été une des plus retentissantes, où la sensibilité reste intacte. On a dit, sans hésiter: sensibilité récurrente. A cela il y a une objection grave : on explique un fait incontestablement anormal par une disposition nerveuse normale. Au reste, supposons coupé le sciatique poplité interne sur le sujet disséqué par Delbet : la sensibilité récurrente eût sans contredit été invoquée et pourtant elle n'aurait rien eu à en voir tout cela (1).

Heureusement que nous savons reconnaître ce qui appartient à la sensibilité récurrente et ce qui revient à la sensibilité ordinaire. Cette dernière seule apprécie les contacts isolés de deux pointes et ne les réunit pas en une impression unique. M. Tripier a fort bien dit l'an dernier, au Congrès de chirurgie, que c'est là un criterium indispensable avant de parler de retour immédiat de la sensibilité après les sutures secondaires ou primitives. On doit en dire absolument autant pour les sections non suturées et non régénérées avant de parler de sensibilité récurrente.

Tandis que la sensibilité récurrente enregistrait à son actif toutes les sections nerveuses sans anesthésie, on ne laissait pas que d'être embarrassé pour les cas où la motilité n'était pas atteinte. Les observations de Lenoir, de Nélaton, de Letiévant, de Verneuil, etc., restaient mal expliquées. En 1883, à propos du cas où le professeur Verneuil put réséquer un névrome du médian au bras sans paralyser les muscles de l'avant-bras, Richelot pensait que l'innervation collatérale pouvait seule être en jeu, et il invoquait une anastomose du médian et du cubital à l'avant-bras, à travers les muscles fléchisseurs. Cette anastomose (bien décrite dès 1781 par Rolando Martin et depuis par Gruber, Letiévant, Henle) venait d'être mise en relief par Verchère, précisément à ce propos.

Nous pensons que d'autres dispositions que nous venons de décrire, par exemple l'anastomose du musculo-cutané avec les filets fournis par le médian aux muscles épitrochléens, donnent une explication au moins aussi probable, sinon plus. Ce n'est pas à dire, toutefois, que des anastomoses plexiformes variées ne puissent avoir lieu entre le médian et le cubital, c'est-à-dire entre les filets du tronc appelé racine interne du médian, tout comme nous venons de le voir pour la racine externe. C'est là un point à étudier et, en particulier, il faudrait voir si l'anastomose déjà signalée au niveau du fléchisseur n'est pas formée par un filet erratique du médian. Inversement le professeur Duplay nous a dit son étonnement, d'avoir pu il y a quelque temps enlever un névrome du cubital sans causer de paralysie dans les muscles correspondants.

VI

De tout ce qui précède, il résulte que dans l'étude des phénomènes immédiats provoqués par les plaies des nerfs on n'a pas assez tenu compte, jusqu'à présent, des anomalies, nombreuses quoi qu'on en ait dit. L'anatomie nous enseigne que presque toujours, sans doute, un tronc principal occupe la situation qui lui est assignée ; mais en poussant un peu plus loin la dissection elle nous enseigne aussi qu'on ne peut jamais savoir à l'avance comment au juste est constitué ce tronc et à quelle innervation exacte il est destiné.

Ces notions ont incontestablement de l'importance pour la question si débattue de la réunion immédiate des nerfs. Arloing et Tripier ont montré que pour chercher avec fruit la sensibilité récurrente il faut laisser passer quelques heures; laisser l'animal se remettre de l'hémorrhagie, du choc, de la douleur. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la sensibilité, pour la motilité collatérales? Peut-être est-ce là ce qui est en jeu dans une observation de P. Segond : une suture nerveuse ayant été faite, la sensibilité était revenue un quart d'heure après la cessation du sommeil chloroformique, mais la motilité resta anéantie. Malgré M. Polaillon, on ne saurait parler là d'une réunion immédiate, vraiment par trop rapide.

Un autre point est encore discuté avec ardeur : après une section ancienne, le bout périphérique peut-il se régénérer sans le secours du bout central, et peut-il, après avivement, se souder par première intention à ce bout central? Les physiologistes le nient, malgré certains faits chirurgicaux que l'on peut, avec P. Reclus, qualifier de paradoxaux. Peut-être verra-t-on que ces restaurations immédiates de la sensibilité aux deux pointes et de la motilité sont, comme l'a dit Quénu, sous l'influence d'excitations dynamogéniques et faudra-t-il, là encore, faire jouer un rôle à l'innervation collatérale sensitivo-motrice.

Telles sont les déductions auxquelles nous conduit l'étude minutieuse de l'anatomie descriptive. Nos traités de pathologie externe, les discussions des Sociétés savantes n'y font absolument pas allusion. Pas davantage nos traités classiques d'anatomie. Un jour, on exhumera peut-être un texte prouvant que quelque anatomiste ou chirurgien, vieux déjà de plusieurs siècles, avait fait ces dissections fines et avait indiqué leurs conséquences. En tout cas, si nos ancêtres savaient tout cela, nous sommes bien forcés d'avouer que nous l'avions oublié.

A. Broca.

(1) Nous signalerons encore à ce propos un travail, récemment communiqué à l'Académie de médecine d'Irlande, dans lequel Brooks a décrit, au dos de la main, des empiètements remarquables des territoires nerveux les uns sur les autres.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans le goitre exophthalmique. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 24 février 1888, par M. Gilbert Ballet, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux.

Il y a quelques années je me suis attaché à montrer que la symptomatologie du goitre exophthalmique est beaucoup plus complexe qu'on ne le pensait généralement (1). Il n'est pas rare en effet de voir se surajouter aux symptômes cardinaux de l'affection diverses manifestations nerveuses, qui doivent prendre place, à des titres divers, dans le tableau clinique.

Parmi ces dernières, les unes ne font pas partie intégrante de la maladie de Basedow, mais leur fréquente coïncidence avec les symptômes du goitre exophthalmique démontre la parenté qui unit cette affection aux divers états névropathi-

(1) G. Ballet, *De quelques troubles dépendant du système nerveux central observés chez les malades atteints de goitre exophthalmique*, in *Revue de médecine*, 1883, p. 254.

ques; tels sont les crises convulsives, épileptiques ou hystériques, les mouvements désordonnés de la chorée, les parésies et les anesthésies hystériques, certaines formes d'aliénation mentale.

Les autres paraissent se relier plus étroitement aux symptômes fondamentaux de la maladie de Graves. Exceptionnelles, rares ou fréquentes, elles n'ont pas la constance de ces symptômes, mais elles reconnaissent néanmoins des causes déterminantes et une physiologie pathologique analogues, telles sont peut-être, comme je l'ai montré ailleurs, certaines crises épileptiformes, telles sont les bouffées de chaleur, les sueurs profuses, les crises de diarrhée, l'asphyxie locale, la polyurie et la glycosurie sur lesquelles divers auteurs ont insisté. Quelques-uns de ces troubles (diarrhée, asphyxie locale) semblent indiquer que le désordre fondamental qui engendre le goitre exophthalmique ne se localise pas toujours à un point restreint du système nerveux; tous, par leurs combinaisons réciproques, sont de nature à éclairer la physiologie pathologique encore obscure de la maladie de Basedow. C'est le cas des manifestations sur lesquelles je me propose d'appeler actuellement l'attention. Je voudrais montrer qu'au cours du goitre exophthalmique, on peut voir se surajouter aux quatre symptômes cardinaux, tachycardie, goitre, exophthalmie, tremblement, la parésie des différents nerfs moteurs bulbaires (nerfs moteurs oculaires, faciaux, branche motrice de la cinquième paire, hypoglosse). Je tiens avant tout à établir aujourd'hui la réalité du fait clinique; j'insisterai ultérieurement sur les conséquences qui me semblent en découler au point de vue de la physiologie pathologique du goitre.

Mon attention a été attirée sur le sujet par l'examen d'un malade que j'observe actuellement à l'hôpital Broussais et que j'ai conduit ici afin que l'on puisse constater les phénomènes sur lesquels je veux m'arrêter. Cet homme, âgé actuellement de trente-quatre ans, a été déjà présenté à la Société par M. Debove dans le courant de l'année dernière. M. Debove insista alors sur la coïncidence, chez ce malade, du goitre exophthalmique et de l'hystérie, ainsi que sur les circonstances dans lesquelles cette double affection s'était développée. Je ne vois pas mentionnés dans l'observation les troubles paralytiques sur lesquels j'ai l'intention de m'arrêter. Cette omission tient vraisemblablement à ce que ces troubles ne se sont développés ou au moins accusés qu'à une époque postérieure à la communication de M. Debove. C'est du moins ce qui semble ressortir des renseignements fournis par le malade lui-même.

Plusieurs des membres de la Société ont déjà sans doute reconnu le sujet. C'est cet homme qui au mois d'octobre 1885 tomba dans la mer à Marseille en escaladant un rocher. Cette chute occasionna, cela se conçoit, une grande frayeur et quelques jours après il présenta les symptômes du goitre exophthalmique, combinés à des manifestations hystériques. Vous pouvez en effet constater que ce malade a de la tachycardie (son pouls bat de 110 à 160); le corps thyroïde est peu tuméfié, mais animé de battements assez violents; les yeux sont saillants quoique à un léger degré; enfin vous observez le tremblement, qui a été décrit par MM. Charcot et Marie, et qui constitue, on le sait aujourd'hui, un des symptômes les plus constants de la maladie de Basedow. D'autre part ce malade est nettement hystérique; à gauche il est affecté d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle; à droite, les sensibilités générale et spéciales ne sont pas abolies comme elles l'étaient lors de la communication de M. Debove, mais simplement diminuées. Il existe sur plusieurs points (fosse iliaque, région supérieure de la colonne vertébrale) des zones douloureuses. Enfin le malade a des ébauches d'attaques hystériques, qui se traduisent par une sensation de boule remontant vers le cou et déterminant de la dyspnée.

Je ne veux pas revenir sur les considérations qui vous ont été présentées, l'an passé, par M. Debove. La coïncidence possible du goitre exophthalmique et de l'hystérie est un fait aujourd'hui bien connu, et sur lequel, j'avais, pour ma part, appelé l'attention dans mon mémoire de 1883. L'intérêt de la communication de M. Debove est d'avoir montré que cette coïncidence, relativement fréquente chez la femme, peut aussi se rencontrer chez l'homme. Ce fait, joint aux notions plus précises que nous possédons aujourd'hui sur l'hystérie masculine, nous permet, je tiens à le noter en passant, de mieux interpréter certains cas, qui naguère avaient paru d'un diagnostic difficile: tel, par exemple, celui que M. Féréol communiquait à la Société le 13 novembre 1874. Chez le malade, dont il s'agit, l'exophthalmie, le goitre et les palpitations coïncidaient avec des troubles de la sensibilité et du mouvement sur la nature desquels M. Féréol était fort embarrassé d'émettre une opinion. En 1883, reproduisant cette observation, j'éprouvais quelques hésitations à la rattacher à l'hystérie. Aujourd'hui nous sommes en droit de rapporter à cette névrose les troubles moteurs, sensitifs et même trophiques, si soigneusement décrits par M. Féréol et dont l'interprétation s'est ainsi progressivement éclairée.

Avant d'aller plus loin, je tiens encore à relever quelques particularités présentées par mon malade. Lorsque je lui ferme l'œil droit, il voit les objets doubles de l'œil gauche. Cette diplopie ne relève en aucune façon des troubles parésiques sur lesquels je m'arrêterai dans un instant. Il s'agit là d'une diplopie monoculaire, symptôme qui s'observe assez communément chez les hystériques, comme il ressort notamment des recherches de M. Parinaud et des observations de M. Charcot. Un autre trouble intéressant à noter c'est la perte complète de l'équilibre et la chute consécutive lorsqu'on vient à fermer les yeux du malade et lorsqu'on le prive ainsi du secours de la vue. La perte de l'équilibre tient dans l'espèce à l'abolition du sens musculaire, qui à droite et surtout à gauche est intéressé du fait de l'hystérie, au même titre que la sensibilité cutanée. Il faut se garder de confondre ce trouble avec le phénomène si curieux qu'a décrit, ces temps derniers, sous le nom d'*astasie*, M. Blocq, élève de M. Charcot (1). L'astasie vraie, qui est aussi une manifestation de l'hystérie, se distingue de la fausse astasie, observée dans notre cas, en ce qu'elle se produit dès que le malade est debout, bien que les yeux soient ouverts, et la force musculaire conservée.

Mais j'arrive aux particularités qui font l'objet spécial de cette communication. Lorsqu'on place devant les yeux du malade un objet quelconque, un crayon ou simplement le doigt, l'objet est vu assez distinctement; mais si on le porte à droite ou à gauche, en haut ou en bas, on constate que les yeux restent immobiles et sont incapables de suivre cet objet. Pour continuer à le voir, le malade est obligé de faire exécuter à la tête des mouvements étendus d'élévation, d'abaissement ou de rotation à droite ou à gauche, suivant le sens du déplacement communiqué à l'objet. Le sujet s'est d'ailleurs aperçu lui-même de l'extrême difficulté qu'ont les yeux à se mouvoir. « Depuis plusieurs mois, nous dit-il, quand je veux regarder dans une certaine direction, je suis obligé d'incliner fortement la tête vers cette direction, comme si mes yeux refusaient d'obéir. » Cette impossibilité de mouvoir les yeux, qui communique au regard une expression de fixité étrange, dénote qu'il existe une *paralysie* ou au moins une *parésie* de tous les muscles oculaires. On ne peut pas la rapporter en effet à la gêne occasionnée par l'exophthalmie, car d'une part l'exophthalmie est dans l'espèce très peu marquée, et d'autre part pareille impotence musculaire ne s'observe pas dans bien

(1) *Sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie*, in *Arch. de neurologie*, janvier 1888.

des cas où cependant la projection en avant des globes oculaires est très accusée. Comme tous les mouvements sont également empêchés, ceux d'élévation, comme ceux d'abaissement, ceux d'adduction et ceux d'abduction, comme ceux d'inclinaison de l'axe vertical, nous sommes en droit de dire que la paralysie intéresse tous les muscles moteurs du globe oculaire, et par conséquent tous les nerfs moteurs de l'œil (troisième paire, quatrième et sixième paires). Il est à noter cependant que la pupille, dont le diamètre varie d'ailleurs, suivant les instants et l'éclairage des milieux, n'est pas anormalement dilatée, comme cela se voit d'ordinaire dans la paralysie du moteur oculaire commun; d'autre part le constricteur de la pupille réagit à la lumière; et il nous a semblé, bien que nous ayons eu quelque peine, pour diverses raisons, à nous fixer absolument sur ce point, que les mouvements de relâchement et de resserrement occasionnés par l'accommodation sont également conservés. Il n'y a donc pas chez notre malade d'ophthalmoplégie interne, mais simplement une *ophthalmoplégie externe*, celle-ci à la vérité générale et complète.

A propos de cette ophthalmoplégie, une particularité mérite d'être relevée. Lorsqu'on examine les yeux du malade sans provoquer son attention, et sans l'obliger soit à vous regarder, soit à fixer un objet, on constate que le globe oculaire n'est pas constamment fixe, mais exécute de temps en temps de petits mouvements en divers sens. Ces mouvements, quelque limités qu'ils soient, deviennent au contraire impossibles dès que le malade *veut* suivre un objet. Il semble donc qu'il y ait abolition totale des mouvements *volontaires* des muscles de l'œil, et conservation au moins partielle de certains mouvements automatiques et réflexes.

Mais la paralysie, chez notre malade, n'est pas limitée au seul domaine des nerfs moteurs oculaires. Vous avez sans doute été frappés déjà, de l'immobilité et du manque d'expression du masque facial. D'autre part, en ordonnant au patient de plisser la peau du front, de mouvoir les joues, de grimacer, il est aisé de se convaincre que la motilité des muscles de la face est très touchée. C'est avec grande difficulté que le malade arrive à éteindre une bougie en soufflant. Souvent les boissons, pendant la déglutition, reviennent par le nez. Nous sommes donc en droit d'affirmer que les deux nerfs faciaux sont parésiés comme les nerfs moteurs de l'œil. Il ne nous a pas semblé que le mouvement de diduction de la mâchoire ou ceux de la langue fussent gênés. La branche motrice de la cinquième paire et l'hypoglosse sont donc, au moins en apparence, respectés.

En résumé, chez notre malade, on constate avec la plus grande netteté un état paralytique ou au moins parésique des troisième, quatrième, sixième et septième paires, droites et gauches.

Ajoutons que le malade est *polyurique*, et rend chaque jour de 6 à 8 litres d'une urine qui ne renferme d'ailleurs ni sucre ni albumine. L'existence de la polyurie, combinée ou non à l'albuminurie et à la glycosurie, est assez fréquente au cours de la maladie de Basedow, le fait est aujourd'hui de notion vulgaire.

Il n'en est pas de même des paralysies, qui jusqu'à ce jour ont passé presque inaperçues, au moins en France. Dans une thèse fort intéressante d'ailleurs et toute récente sur les troubles oculaires au cours du goitre exophthalmique, M. Pedrono (1) n'y fait pas allusion. M. Rendu, dans son article si consciencieux et si complet du *Dictionnaire encyclopédique*, se borne à les indiquer comme possibles. Il signale la diplopie, le strabisme passager, « circonstance, dit-il, qui paraît tenir à une parésie incomplète de certains muscles de l'œil ». On trouve cependant, surtout dans la littérature étrangère, bon nombre d'observations de maladie de Basedow dans lesquelles sont relatées des paralysies d'un ou plusieurs des nerfs moteurs bulbaires. Je citerai entre autres l'observation déjà ancienne de M. Féréol (paralysie de la quatrième paire), celle de M. Warner (ophthalmoplégie externe avec affaiblissement paralytique des muscles de l'expression faciale), de Jendrassik (ophthalmoplégie interne des deux côtés avec participation à la paralysie du facial, de la branche motrice de la cinquième paire, et de l'hypoglosse), de M. Potain (paralysie faciale). Je ne fais que signaler les principales de ces observations, dont je me propose de donner dans un travail d'ensemble une nomenclature et une analyse plus complètes.

(1) Thèse de Paris, avril 1885.

Je tenais seulement à établir (et les faits que j'ai produits y suffisent, je crois) la possibilité de la paralysie des différents nerfs moteurs bulbaires dans la maladie de Basedow.

Cette constatation me paraît de nature à jeter quelque jour sur la physiologie pathologique encore si controversée de cette affection. Je n'ai pas l'intention d'entrer aujourd'hui, à propos d'une simple présentation de malade, dans une discussion que je reprendrai prochainement avec les développements qu'elle comporte. Je rappellerai seulement qu'aux deux théories, passibles de si nombreuses objections, qui envisagent le goitre exophthalmique comme une affection des troncs du grand sympathique ou du pneumogastrique, tend de jour en jour, si je ne m'abuse, à s'en substituer une autre, plus satisfaisante à divers points de vue, la théorie bulbaire (1). Proposée par Sattler en Allemagne, par M. Panas en France, elle a été défendue par M. Rendu dans son article, et par M. Fitz Gerald dans *The Dublin journal of medical science*. J'ai apporté moi-même quelques faits à l'appui dès 1883 ; ceux sur lesquels je viens de m'arrêter, je le dis incidemment, me semblent constituer un nouvel et puissant argument en sa faveur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1888.

Sur le microbe de la fièvre jaune. Note de M. *Domingos Freire*. — En réponse à la communication récente de M. Paul Gibier, que nous avons publiée dans le numéro du 17 février 1888 (*Gaz. hebdom.*, p. 105), M. Domingos Freire déclare maintenir ses assertions sur l'existence du microbe de la fièvre jaune et invoque le témoignage de divers observateurs, qui ont vu et isolé comme lui ce microbe.

Sur l'acide phénique. Lettre de M. *Déclat*. — Dans cette lettre l'auteur rappelle, à l'occasion d'une communication récente, ses recherches sur les applications médicales et chirurgicales de l'acide phénique.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Anatomie générale des sinus veineux des ganglions sympathiques. Note de M. *Ranvier*. — Les vaisseaux sanguins des ganglions sympathiques des mammifères n'ont pas encore été décrits jusqu'à présent. L'étude que vient d'en faire l'auteur lui a permis de constater les faits suivants :

Les artères de ces ganglions, comme celles des cordons sympathiques, sont petites; elles se divisent et se subdi-

(1) Je tiens à faire observer, pour éviter tout malentendu, que si je repousse la théorie du pneumogastrique, en tant que théorie exclusive, j'admets avec Handfield Jones et M. le professeur G. Sée que les palpitations résultent d'une paralysie nucléaire, c'est-à-dire bulbaire.

visent, pour venir se perdre enfin dans un réseau capillaire dont les mailles assez larges contiennent plusieurs cellules ganglionnaires. Les veines ont un calibre considérable; elles sont tortueuses, variqueuses, plexiformes, et se terminent par des culs-de-sac dans lesquels se jettent quelques-unes des branches afférentes du réseau capillaire. Les centres de ces branches se rendent à d'autres points du plexus veineux. Le développement si considérable de l'appareil veineux des ganglions sympathiques rappelle la disposition bien connue des sinus de la dure-mère.

Les cordons et les ganglions sympathiques ne possèdent pas de vaisseaux lymphatiques. Sous ce rapport, ils ne diffèrent pas des autres nerfs et des autres ganglions.

Sur la pneumo-entérite du porc. Note de MM. *Cornil* et *Chantemesse*. — Dans deux précédentes communications, ces deux savants ont fait connaître l'existence et l'étiologie d'une pneumo-entérite des porcs observée dans les environs de Paris (*Gaz. hebdom.*, année 1887, p. 840 et 860) et semblable à celle qui a été désignée par Schütz et Lœffler sous le nom de *Schweine-Seuche*, et par Salmon successivement sous les noms de *swine-plague* et de *cholera-hog*. Depuis lors, ils ont étudié la symptomatologie de l'épizootie de Marseille, qui a fait des ravages considérables dans l'espèce porcine. Ils ont ensuite entrepris d'importantes recherches sur le micro-organisme qu'ils étaient parvenus à isoler du virus des porcs de Gentilly; en voici les principaux résultats :

1° Le microbe de la pneumo-entérite des porcs se cultive et se reproduit très facilement dans l'*eau stérilisée*, qui le renferme à l'état vivant pendant plus de quinze jours.

2° De toutes les substances antiseptiques, celle qui paraît la plus efficace consiste dans le mélange suivant : eau, 100 grammes; acide phénique, 4 grammes; acide chlorhydrique, 2 grammes, mélange qui, ajouté en parties égales à une culture virulente, la stérilise en moins d'une minute.

3° L'atténuation du virus a été obtenue au bout de quatre-vingt-dix jours de chauffage à une température de 43 degrés, en faisant des réensemencements fréquents des cultures.

4° Avec un virus ainsi atténué, il est facile de donner au cobaye et au lapin l'immunité contre le microbe virulent.

E. Rivière.

Académie de médecine.

Séance du 28 février 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. *Boutarel*, stagiaire aux eaux minérales, envoie une *Étude sur Panticosa et les eaux azotées d'Espagne*.

M. le docteur *Alison* (de Baccarat) adresse un mémoire sur *les symptômes et les complications de la grippe* et un *Pli cacheté* relatif au traitement de cette maladie

M. le docteur *Leloir* (de Lille) envoie une observation de transmission de la syphilis à huit hommes, en l'espace d'un mois, par une même fille publique insoumise.

M. le docteur *Millet* (de Crépy en Valois, Oise) adresse un mémoire sur *la valeur du principe actif des eaux minérales sulfureuses*.

M. le docteur *Tussau* envoie un mémoire sur *la diffusion de la variole en 1886-1887-1888 dans plusieurs communes de Saône-et-Loire*.

M. *Brouardel* présente une brochure de M. le docteur *Ad. d'Espine*, intitulée: *Contribution à l'étude de la pneumonie franche infantile*.

M. *Maurice Perrin* dépose un mémoire de M. le docteur *Mety*, médecin-major de première classe, sur *le choléra de Phu-lang-thuang en 1885-1886*.

M. *Le Roy de Méricourt* présente: 1° au nom de M. le docteur *Ad. Nicolas*, une nouvelle édition de son livre intitulé: *La Bourboule actuelle*; 2° de la part de M. le docteur *Monin*, un *Rapport sur l'Exposition d'hygiène de Varsovie en 1887*.

M. *Marjolin* dépose un mémoire de M. le doctour *R. Blache* sur *l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine*.

M. *Charpentier* présente un *Cours d'accouchements*, par M. le docteur *Charles*, professeur à la Maternité de Liège.

M. *Ball* offre son ouvrage sur *la folie érotique*.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, au nom de M. le docteur *Bonamy* (de Nantes), une brochure sur *les vaporisations d'infusion d'eucalyptus dans le traitement de la diphthérie* et une autre brochure sur *les accidents paludéens et les fièvres pernicieuses dans la Loire-Inférieure*

Concours Vulfranc-Gerdy. — L'Académie de médecine met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1888. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1889. Une somme de 1500 francs sera attribuée à chacun d'eux.

Déclaration de vacance. — L'Académie déclare la vacance d'une place parmi les associés libres, en remplacement de M. Dechambre, décédé.

Phloroglycine-vanilline. — M. *Germain Sée* maintient ses observations antérieures sur la valeur de la phloroglycine-vanilline comme réactif de l'acidité du suc gastrique et il conteste absolument les critiques adressées contre l'emploi de ce réactif par M. *Faucher* dans une note présentée à la dernière séance par M. *Constantin Paul*. Il relate de nouvelles expériences qu'il vient de faire avec M. *Villejean* et qui confirment les résultats précédemment indiqués.

M. *Constantin Paul* insiste sur la trop grande sensibilité de ce réactif.

Prostitution. — Reprenant les arguments qu'il a commencé à développer mardi dernier, M. *Léon Le Fort* précise, dans un très important discours qui occupe toute la séance, le régime qu'il faudrait voir appliquer pour la réglementation de la prostitution. Il examine en détail les pouvoirs qui appartiennent actuellement à la police, les limites entre lesquelles la législation lui permet de se mouvoir; il en commente les divers textes administratifs et légaux, montre l'impuissance de la réglementation et propose l'adoption des résolutions suivantes, destinées à remplacer celles qui ont été proposées par la Commission:

« L'Académie, dans l'intérêt de la santé publique, émet le vœu qu'une loi spéciale sur la prostitution règle et fortifie les pouvoirs de l'administration et lui permette d'atteindre et de réprimer la provocation partout où elle se produit.

« L'Académie, estimant que la sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale, émet, en outre, le vœu: 1° que la surveillance dont il s'agit soit temporaire et renouvelable; 2° que si elle n'est pas consentie par la fille qui en est l'objet, elle ne puisse lui être imposée que par l'intervention de l'autorité judiciaire.

« Les inscriptions et les visites ne seront autorisées que sous la sauvegarde des garanties qui doivent dans toutes circonstances et partout protéger l'honneur et la dignité des personnes. »

Ainsi, au système actuel, système de pouvoir discrétionaire et sans contrôle, serait substituée une réglementation maintenant à chacun son rôle, offrant les garanties nécessaires et confiant au juge de simple police le soin de décider, après débat contradictoire, en cas de contestation. L'expérience de certaines législations étrangères a prononcé favorablement sur ces divers points.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. Lannelongue sur les candidats au titre de correspondant national dans la deuxième division (*Chirurgie*). La liste de présentation est établie ainsi qu'il suit: 1° M. de Closmadeuc (de Vannes); 2° M. Jouon (de Nantes); 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Demons (de Bordeaux); Dezanneau (d'Angers); Lanelongue (de Bordeaux) et Queirel (de Marseille). L'élection aura lieu mardi prochain.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

A propos du procès-verbal. — Pathogénie de l'hémoglobinurie : M. Lépine (Discussion : MM. Hayem, A. Robin). — Maladie de Friédreich (Présentation de malade) : M. Joffroy. — Epilepsie traumatique guérie par la trépanation (Présentation de malade) : M. Ferré. — Paralysie des nerfs moteurs bulbaires dans le goitre exophthalmique (Présentation de malade) : M. Ballet (Discussion : M. Dumontpallier).

A l'occasion du procès-verbal il est donné lecture d'une nouvelle lettre de M. Terrier qui revient sur la précédente discussion relative à l'acide borique, et insiste sur ce fait qu'il n'a pas dit, comme M. Gaucher a cru le comprendre, que l'administration de l'acide borique par la bouche ne sert à rien dans le traitement de la cystite. Il a simplement affirmé ses préférences motivées pour le biborate de soude.

M. *E. Gaucher* fait remarquer qu'il n'a point attribué à M. Terrier cette opinion à l'égard de l'acide borique; que, d'autre part, il a déclaré qu'il laissait bien volontiers à M. Terrier la priorité pour l'emploi de l'acide borique à l'intérieur dans le traitement de la cystite. Il a été, en cela, trop généreux, puisqu'il résulte d'une lettre reçue de M. Bazy que cette priorité appartient à M. Guyon. Il semble établi également par cette lettre que le biborate de soude, loin d'être inoffensif à de fortes doses, cause, au contraire, des accidents qui ont obligé plusieurs chirurgiens à renoncer à son emploi.

— M. *Lépine* (de Lyon) a adressé à la Société quelques remarques au sujet de la pathogénie de l'hémoglobinurie énoncée dans la dernière séance par M. Hayem. Il rappelle que M. Hayem réfute l'existence d'une altération du sang dans l'hémoglobinurie *a frigore* et admet une lésion rénale avec poussées congestives, que M. A. Robin est également d'avis que l'hémoglobinurie lorsqu'elle apparaît sans autres accidents rénaux est le premier acte d'une néphrite congestive. Pour lui, se basant sur les observations de Kuesner, d'Ehrlich et sur les siennes propres, il persiste à admettre la dissolution préalable de l'hémoglobine dans le sérum du sang, c'est-à-dire de l'hémoglobinhémie. Il est vrai que M. Hayem n'a pas décelé la coloration rouge du sérum chez ces malades, mais elle a été constatée dans les observations sur lesquelles il s'appuie. La coexistence d'albuminurie et de cylindres dans l'urine ne prouve pas l'origine rénale, car elle peut être le simple résultat du passage de l'hémoglobine à travers l'épithélium rénal. Quant à l'hémoglobinurie d'origine rénale, sans hémoglobinhémie, il l'a expliquée en 1880 par la dissolution des hématies s'échappant par rupture ou par diapédèse des anses glomérulaires et rencontrant à ce niveau, non pas une urine normale, mais un liquide aqueux, pauvre en sels et privé d'albumine. Il n'est aucunement besoin d'admettre, d'une façon tout hypothétique, que l'urine en pareil cas renferme certaines substances capables de dissoudre les globules sanguins.

M. *Hayem* regrette que la lettre de M. Lépine ne contienne pas des faits nouveaux, bien étudiés, pouvant constituer des preuves démonstratives. M. Lépine a déjà fait connaître sa manière de voir à ce sujet et se constitue aujourd'hui encore, en France, le défenseur des opinions des auteurs allemands, de Kuesner et de Ehrlich. Or, l'hémoglobinurie ne peut reconnaître que trois modes pathogéniques : 1° dissolution des hématies échappées des vaisseaux, dans une urine douée de propriétés spéciales (cette hypothèse est généralement abandonnée); 2° dissolution au niveau du filtre rénal par suite d'un processus pathologique encore mal déterminé; 3° hémoglobinhémie primitive et élimination par le rein de l'hémoglobine dissoute dans le sérum. L'observation rapportée par M. Hayem dans la dernière séance démontre qu'il n'y a pas de dissolution préalable dans le sérum sanguin, ni de dissolution dans l'urine contenue dans les voies d'excrétion : il faut donc logiquement admettre que la dissolution a lieu dans un point intermédiaire, c'est-à-dire au niveau du rein. Le fait est probant. L'hémoglobinhémie existe, à coup sûr, dans les maladies infectieuses (sang dissous des vieux auteurs) et pourtant les malades n'ont pas d'hémoglobinurie. Pour l'obtenir chez les animaux, il faut provoquer la destruction massive des hématies; chez l'homme on constate les mêmes phénomènes dans certaines intoxications par les corps de la série aromatique et en particulier par le chlorate de potasse : on observe alors l'hémoglobinhémie avec transformation partielle, dans le sérum, de l'hémoglobine en méthémoglobine. Jusqu'ici l'existence de l'hémoglobinhémie dans les cas d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* semble avoir été surtout invoquée théoriquement. Chez tous les hémoglobinuriques observés par M. Hayem, elle n'existait pas, le sérum sanguin n'était nullement laqué; or il faut bien admettre que dans les autres cas elle n'existe pas non plus, puisqu'il s'agit cliniquement d'une maladie toujours identique à elle-même. Il faut tenir compte d'ailleurs des erreurs qui peuvent résulter de la difficulté qu'on rencontre à recueillir du sérum absolument privé de globules. Enfin l'apparition subite d'une urine rouge noirâtre aussitôt après un refroidissement périphérique peut-elle s'accorder avec l'hypothèse d'une dissolution de l'hémoglobine dans le réseau vasculaire cutané sous l'influence du froid? Les hématies ne se dissolvent pas à une température de 2 degrés ; comment se dissoudraient-elles dans les capillaires, où la température ne descend pas audessous de 15 degrés? et l'on ne peut penser que les globules soient plus vulnérables dans l'intérieur des vaisseaux qu'en dehors de l'organisme. L'hypothèse d'un réflexe partant de la peau et aboutissant au rein, sans doute plus ou moins malade, paraît être beaucoup plus admissible. D'autre part, les faits suivis d'autopsie ont démontré l'existence d'une sclérose rénale ancienne, avec état colloïde différant absolument des lésions rénales consécutives à l'hémoglobinhémie des états infectieux ou des intoxications. On croirait plutôt avoir affaire à une néphrite syphilitique, et, de fait, presque tous les hémoglobinuriques sont syphilitiques ou paludéens. En résumé, l'hémoglobinurie par processus rénal semble démontrée par les recherches de M. Hayem; l'hémoglobinhémie, au contraire, n'est pas prouvée jusqu'ici dans l'hémoglobinurie paroxystique.

M. *A. Robin* fait remarquer que M. Lépine a sans doute mal interprété ses paroles. En effet, il ne s'est pas prononcé sur la pathogénie de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*. Il a insisté sur une autre variété d'hémoglobinurie qui offre trois caractères différentiels : 1° elle n'est pas paroxystique; 2° elle apparaît comme épiphénomène dans le cours ou au début d'autres affections; 3° elle est suivie d'une congestion rénale aiguë ou, si l'on aime mieux, d'une néphrite congestive dont elle paraît constituer le premier acte. Cette variété possède des caractères qui plaident en faveur de son origine rénale.

— M. *Ferré* présente un malade, âgé de trente-six ans, qui fut pris, six mois après une blessure au vertex par éclat d'obus, d'attaques d'épilepsie revenant environ deux fois par mois, et de vertiges épileptiques à peu près aussi fréquents. Il existait au niveau de la partie antérieure de la cicatrice péricrânienne une petite zone d'hypéresthésie dont l'attouchement déterminait l'éclosion de crises convulsives. Le bromure ne donna aucun résultat; aussi, bien que la cicatrice

fût notablement en avant des centres psycho-moteurs, M. Ferré, s'appuyant sur ce fait que les attaques n'offraient pas les caractères de l'épilepsie partielle, et que les secousses musculaires étaient isochrones dans tous les muscles correspondants des quatre membres, ce qui paraissait exclure une lésion corticale, réclama l'intervention d'un chirurgien. M. Reclus pratiqua la trépanation le 29 novembre et reconnut un certain degré d'enfoncement de la table interne de l'os à la partie postérieure de la cicatrice. L'opération réussit à merveille, et depuis lors le malade, malgré un excès de boisson, n'a plus eu aucune crise épileptique. On voit que l'intervention chirurgicale peut être précieuse, alors même qu'il ne s'agit pas d'une épilepsie partielle et que les centres moteurs ne semblent pas directement intéressés.

M. *Joffroy* observe en ce moment une malade qui présente au front une cicatrice de plaie par arme à feu et qui a des accès épileptiformes rappelant surtout le petit mal. Il se propose de provoquer une intervention opératoire et communiquera les résultats à la Société.

— M. *Joffroy* présente un malade atteint de *maladie de Friedreich*. (Sera publié.)

— M. *Ballet* présente un malade dont l'observation lui a servi de base pour un intéressant mémoire sur *la paralysie des nerfs moteurs bulbaires dans le goitre exophthalmique*. (Voy. p. 132.)

M. *Dumontpallier* est également d'avis que le goitre exophthalmique est sous la dépendance d'une altération du système nerveux bulbaire, ainsi que paraît le démontrer une observation qui lui est personnelle, où la glycosurie et la polyurie ont apparu, chez une jeune fille nerveuse, en même temps que le goitre et sous la même influence : suppression des règles par le froid. Il est probable qu'il s'agit d'un simple trouble fonctionnel.

M. *Ballet* ne veut pas discuter actuellement la nature de l'altération nerveuse; il a cherché seulement à établir qu'il s'agit d'une affection d'origine bulbaire.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Discussion sur la maladie kystique de la mamelle: MM. Brissaud, Quénu, Nélaton, Segond, Reynier, Trélat, Kirmisson, Terrillon, Tillaux, Terrier. — Luxation interne du coude: M. Després.

M. *Brissaud* expose les données de l'histologie dans la maladie kystique de la mamelle. Il montre qu'il n'y a là aucune tumeur interstitielle, fibrome ou autre, que tout se résume dans la formation de kystes généralisés dans les acini, et exclusivement dans les acini. Dans le processus, l'élément épithélial joue un grand rôle et dans un cas M. Brissaud a vu un petit nid épithélial en dehors de la paroi glandulaire; consulté sur ce point spécial, M. Malassez a fait une légère réserve sur le pronostic. Mais jusqu'à présent tous les cas connus ont été bénins. Pourtant, il faut rapprocher histologiquement ces productions kystiques de productions analogues vues dans certaines tumeurs ovariques, dans la maladie kystique du rein, et parfois du testicule. La même dégénérescence peut enfin s'observer dans les glandes gastriques; de là une sorte d'hypertrophie de la muqueuse, et parfois une masse, plus volumineuse, s'énuclée pour ainsi dire, d'où une sorte de polype kystique de l'estomac, comme Cruveilhier, Lebert, en ont signalé depuis longtemps.

M. *Quénu* a pu examiner histologiquement une mamelle kystique qu'il a enlevée parce que cinq grossesses successives l'avaient, à chaque fois, fait augmenter de volume. L'opération fut faite trois à quatre mois après le dernier accouchement, et les kystes renfermaient du lait. Cliniquement c'était exactement ce qu'a écrit M. Reclus; histologiquement c'était à peu près (sauf que l'épithélium n'était pas polymorphe), ce qu'a décrit M. Brissaud. Mais M. Quénu ne pense pas qu'il s'agisse là d'un épithélioma; il y a un processus fibreux interstitiel auquel il attribue une grande importance et ce n'est certainement pas un fibrome diffus. Mais c'est probablement de l'inflammation chronique, une sorte de cirrhose mammaire avec formation de kystes, cirrhose d'origine épithéliale tout comme il y a dans le foie, dans le rein des cirrhoses de cet ordre. Ce ne serait donc pas une tumeur épithéliale, d'autant plus qu'on n'a pas observé ici les stades successifs conduisant au cancer. Et cliniquement cela va fort bien avec la fréquence d'abcès mammaires, de traumatismes dans les antécédents de ces malades. Le plus prudent est, jusqu'à nouvel ordre, de donner, comme M. Reclus, le nom de maladie kystique à cette affection.

M. *Nélaton* appuie la manière de voir de M. Reclus. Il cite une observation où il vit la tumeur disparaître complètement à la suite de ponctions multiples faites dans les kystes par M. Reclus. Il y avait de la fluctuation dans un des seins et par la pression on faisait sourdre un liquide brunâtre par le mamelon.

M. *Segond* revient sur l'opération qu'il a pratiquée sur la malade, origine de la discussion actuelle. Il a été tout surpris de ne pas trouver là un adénome qu'il avait diagnostiqué, mais bien une masse exclusivement kystique, formée par des cavités grosses comme des grains de raisin ou de groseille, enchâssées dans un tissu d'apparence normale.

M. *Reynier* a été induit en erreur par les deux signes donnés comme pathognomoniques par M. Reclus: multiplicité et bilatéralité. M. Trélat a fait remarquer dans la dernière séance que déjà Cruveilhier avait assigné ces caractères aux fibromes du sein. Or il y a environ un an M. Reynier, se fondant sur les travaux de M. Reclus, a diagnostiqué une maladie kystique et, opérant, est tombé sur des fibromes multiples.

M. *Trélat* craint d'avoir été mal compris; il n'a pas dit que la maladie kystique fût une variété des fibromes, mais bien que, parmi ces tumeurs longtemps considérées comme étant des fibromes, M. Reclus a prouvé qu'il en est de liquides et qu'il faut faire une ponction pour s'en assurer. Mais, pour rester sur le terrain exclusivement clinique, il pense qu'il y a tout un enchaînement entre cette maladie kystique, les kystes par végétation endo-canaliculaire, les fibro-adénomes. Cette maladie kystique est certainement bénigne, comme les fibromes multiples, d'ailleurs. Il ne faut donc pas opérer, comme l'a dit Nélaton, les tumeurs multiples et bilatérales. Mais il faut s'assurer si elles sont solides ou liquides et en ce dernier cas les surveiller, car on doit tenir compte des réserves faites par MM. Brissaud et Malassez sur le pronostic histologique.

M. *Kirmisson* désire constater que MM. Brissaud et Reclus aujourd'hui ne conseillent plus d'opérer; ils ont donc modifié leurs conclusions premières. D'autre part, tout cela est encore bien confus et peut-être n'est-ce pas toujours pathologique; rien n'est plus fréquent que les kystes multiples dans les mamelles des vieilles femmes.

M. *Terrillon* cite deux observations: dans les deux il se loue, jusqu'à présent, de l'abstention. Dans la première, il

crut pendant quelque temps à des fibromes multiples; plus tard il s'assura par la ponction de la nature kystique.

M. *Tillaux* admet absolument la maladie kystique qu'il n'a cependant pas observée. Il veut seulement dire qu'à son sens on la confond souvent avec des mamelles rendues noueuses par des mastites chroniques et qu'il a toujours vues guérir par la compression. Le diagnostic des deux affections est très difficile ; il y a pourtant un caractère important: la variabilité dans la position des nouures de la mastite chronique.

M. *Terrier* a vu une des premières malades observées par M. Reclus et il avait diagnostiqué une tumeur solide. Dans les premiers temps, comme M. Reclus, il a conseillé l'ablation des deux seins. Mais depuis il a été consulté par une jeune femme qui trouve ses seins bons à garder et, malgré une légère adénite axillaire, il s'est décidé à l'abstention parce que la maladie datait déjà d'une dizaine d'années et surtout parce que l'absence constante de récidive dans les cas jusqu'à présent opérés complètement exclut l'idée de malignité. Depuis plusieurs années, la malade reste en parfait état. La compression n'a dans ces cas aucune action. Il faut donc s'abstenir, mais avec une certaine méfiance, comme l'ont dit MM. Brissaud et Malassez.

— M. *Desprès* présente un malade atteint de *luxation du coude en dedans*.

A. Broca.

Société anatomique.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

MM. *Villemin* et *Joneseo* décrivent des anomalies musculaires.

— M. *Martha* montre des pièces de *tuberculose infantile avec adénopathie trachéobronchique*.

— M. *Isch-Wall* présente un *cancer de la tête du pancréas* avec ictère.

— M. *Brodier* décrit un volumineux *kyste spermatique*.

— M. *Sollier* fait voir un *ramollissement de l'insula* avec aphasie motrice.

— M. *Doleris* apporte un abcès de l'ovaire et des kystes hématiques de l'ovaire par hémorrhagie intrafolliculaire.

— M. *Broca* présente des *anomalies des nerfs des bras*.

— M. *Audin* montre un *abcès tuberculeux prostato-périnéal* terminé par granulie.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Contribution à l'étude du sarcome mélanique du rectum, par M. Tuffier, chirurgien des hôpitaux. — Les tumeurs mélaniques primitives du rectum sont rares ; généralement pédiculées, rappelant les polypes fibreux, elles appartiennent à la catégorie des sarcomes. Leur marche rapide, la récidive après ablation, leur multiplicité, enfin et surtout la présence d'une adénopathie inguinale, volumineuse et dure, permettent de les reconnaître. (*Arch. gén. de méd.*, janvier 1888.)

De la mort par hémorrhagie, par M. Georges Hayem. — Dans la mort par hémorrhagie l'anémie de la tête entraîne la paralysie progressive des centres encéphalo-bulbaires; la plupart de ces centres sont surexcités avant d'être paralysés. Des grandes fonctions, la respiration est la prem ère à disparaître; presque aussitôt survient l'arrêt du travail du cœur, l'abolition du réflexe cornéen, la paralysie des vaso-moteurs. La paralysie du cœur est la conséquence de l'anémie des ganglions intracardiaques qui supportent moins bien que les centres encéphaliques la privation de leur excitant physiologique. (*Arch. de physiol. norm. et patholog.*, janvier 1888.)

De la dyspepsie et de la diarrhée verte des enfants du premier âge, par M. A. Lesage, interne des hôpitaux. — Cet intéressant mémoire, dont les éléments ont été recueillis dans les services de MM. Hayem et Sevestre, contient une étude de toutes les variétés de dyspepsies gastro-intestinales dans le premier âge; l'auteur montre l'origine bacillaire de certaines diarrhées vertes, discute les diverses médications en présence et donne dans la majorité des cas la préférence à l'acide lactique. (*Rev. de méd.*, décembre 1887 et janvier 1888.)

Contribution à l'étiologie des abcès hépatiques. Amibes dysentériques vivants dans le pus des abcès dysentériques du foie, par M. Kartulis. — L'auteur a constamment rencontré les amibes dysentériques dans les abcès du foie compliqués de dysenterie; il a envoyé des préparations probantes au dernier Congrès de Washington, préparations consistant en fragments des parois des anfractuosités suppurantes. Jusqu'à ce jour il n'avait pas vu ces amibes dans le pus lui-même; il y a réussi dans un cas récent dans lequel les amibes étaient encore vivants. Il est évident que par les cultures du pus on obtient divers autres micro-organismes de ceux qui caractérisent le pus. (*Centralb. f. Bacteriologie*, 1887, II, n° 25.)

Contribution à l'étiologie de la méningite cérébro-spinale, par M. F. Goldschmidt. — L'auteur a fait, dans un cas de méningite cérébro-spinale non compliquée chez un enfant, terminé par la mort, des essais de culture avec le pus pris sur les méninges; il supposait qu'il obtiendrait le coccus de la pneumonie de Fränkel, et obtint au contraire des cultures de diplococcus semblables à ceux que Weichselbaum a vus le premier dans la méningite cérébro-spinale; des inoculations, par voie d'injection dans la plèvre et le péritoine, chez des souris blanches, déterminèrent la mort en vingt-quatre à quarante-huit heures; on trouvait des diplococcus dans le sang et dans tous les organes.

Weichselbaum a donné à ce microphyte, à cause de son siège dans les cellules, le nom de *Diplococcus intercellularis meningitidis*. Cet auteur a inoculé son diplococcus à des animaux de grande taille et obtenu de la méningite; l'inoculation se faisait par trépanation et injection sous la dure-mère. Ces expériences ne sont pas encore assez probantes, car on peut obtenir de la méningite et de l'encéphalite en inoculant par le même procédé d'autres bactéries. Quoique le diplococcus de Weichselbaum paraisse jouer un rôle important dans l'étiologie de la méningite cérébro-spinale, il n'intervient pas seul. (*Centralbl. f. Bacteriologie*, 1887, Bd II, n° 22.)

Cas d'empoisonnement par le stramonium, par M. Steiner. — Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, souffrant, disait-il, depuis huit jours d'un point de côté, et qui eut la singulière idée de se faire préparer une infusion de feuilles et de fruits secs de datura stramonium. Très rapidement après l'absorption du poison survint de la perte de connaissance, un besoin irrésistible de mouvement, du délire; l'auteur vit le malade au bout de sept heures, il présentait des mouvements convulsifs, du trismus, une respiration profonde et accélérée, un abaissement de température à 36 degrés, de la difficulté de la déglutition, etc. On injecta par la voie hypodermique coup sur coup 3 grammes d'une solution d'apomorphine à 1/100; il ne se produisit aucun effet émétique, au grand étonnement de l'auteur, ce qu'il explique par la paralysie des muscles lisses de l'estomac; en revanche l'apomorphine paraît avoir agi comme un antidote des principes actifs du stramonium à l'instar de la morphine, car le malade se remit rapidement. (*Berliner klin. Wochensch.* 1887, n° 49.)

Des variations du nombre des globules et de la proportion d'hémoglobine du sang dans le cours de quelques maladies infectieuses, par M. J. Tumas. — Les observations qui servent de base à ce mémoire ont été faites à la clinique de Botkin, de Saint-Pétersbourg; elles portent sur un nombre assez considérable de cas de fièvre typhoïde, de typhus exanthématique, de pneumonie croupale, etc. Comme conclusion générale, l'auteur a reconnu que sous l'influence de la fièvre septique le nombre absolu des globules rouges et la proportion absolue d'hémoglobine diminuent dans l'organisme. Il est vrai qu'au début de la fièvre typhoïde, par exemple, on peut observer un accroissement du nombre des globules et de l'hémoglobine, mais cet accroissement n'est que relatif, le sang ne renfermant pas la proportion normale d'eau. Dans la pneumonie croupale, où la durée de la période fébrile est courte, la diminution du nombre des globules se maintient moins longtemps que dans la fièvre typhoïde. Dans celle-ci, en outre, la courbe de l'hémoglobine reste généralement moins élevée que celle du nombre des globules, ce qui prouve que la proportion d'hémoglobine est relativement diminuée par rapport au nombre des globules; cela s'explique par la longue durée de la maladie, comparativement à la pneumonie croupale par exemple.

M. Tumas a encore constaté la fausseté de la théorie de Böckmann, d'après laquelle la proportion des globules rouges varierait en raison inverse de l'intensité de la fièvre et le nombre des globules blancs en raison directe de celle-ci; la fièvre détermine en général au contraire une diminution absolue et relative du nombre des globules blancs; dans la période non fébrile, le nombre des globules blancs est normal ou légèrement augmenté; dans la pneumonie c'est précisément l'inverse qui arrive; l'auteur n'a pu donner l'explication de ce fait. (*Deutsches Archiv. f. klin. Med.*, 1887, Heft 4-5.)

Travaux à consulter.

Du traitement de l'angine scarlatineuse par le biiodure de mercure, par M. C.-R. Illingworth. — Il emploie une solution de sublimé additionnée d'une solution d'iodure de potassium ou de sodium au quart. Cette addition est opérée au moment d'en faire usage. On maintient le biiodure mercuriel en suspension dans le liquide en ajoutant de la glycérine.

M. Illingworth pratique quotidiennement deux badigeonnages avec cette mixture, sur les régions du pharynx envahies par la scarlatine ou bien encore, s'il y a lieu, en injections dans les narines. Les résultats de ces pansements ont été assez heureux pour que l'auteur propose d'en étendre l'usage au traitement de l'angine diphthéritique. (*Brit. med. Journal*, 3 sept. 1887.)

De l'antifébrine contre les douleurs tabétiques, par M. Fischer. — Dix malades atteints de tabes avec crises douloureuses ont été soumis à ce médicament. Neuf (la série était heureuse) obtinrent une notable amélioration. Chez un seul l'analgésie fut faible; chez le dixième elle manqua. On avait inutilement prescrit à ces malades tous les autres agents de la matière médicale.

La dose prescrite variait entre 15 et 20 centigrammes et était ingérée en solution dans l'eau vineuse ou l'eau alcoolisée. Mise à l'essai contre des névralgies et l'hémicrânie, cette médication échoua. (*Münch. med. Wochenschr.*, 1887, n° 23.)

De l'emploi du thymol a l'intérieur, par M. Henry. — Ce médicament antiseptique agirait utilement dans la fièvre typhoïde pour abaisser la température, diminuer les troubles intestinaux et atténuer l'excitation cérébrale. M. Henry admet qu'il neutralise les ptomaïnes, et l'administre en pilules avec un excipient de savon médicinal. Quatre pilules de 25 centigrammes sont prescrites chaque jour et de préférence en quatre prises. Cet antiseptique aurait l'avantage de posséder seulement une faible toxicité. (*Med. News*, 8 sept. 1877.)

De l'action physiologique de la scolopéine, par MM. Marfori et Sartori. — La scolopéine serait-elle un mélange d'hyoscine et d'hyoscyamine? A cette question, ces observateurs ont voulu répondre par des expériences physiologiques. 1 à 2 centigrammes injectés sous la peau produisent en dix minutes la mydriase chez le chien, l'accélération des pulsations cardiaques et des mouvements respiratoires; puis, vingt-cinq minutes après, de l'agitation suivie de tendance au sommeil, enfin des vomissements, de la diarrhée et de la diurèse. Vingt-quatre heures plus tard, la mydriase persistait encore. Chez l'homme, son administration est suivie de sécheresse buccale, de dilatation pupillaire, de diminution de l'accommodation et d'accélération respiratoire et cardiaque. Ils concluent, de ces expériences et d'autres sur la grenouille, que la scolopéine n'est pas identique dans ses effets avec les alcaloïdes de la jusquiame. (*Ann. de chimie et de pharmacie*, août 1887.)

Recherches sur la toxicité du bismuth, par MM. Dalche et Villejan. — Depuis l'époque récente de l'introduction des sels de ce métal dans la pratique de l'antisepsie chirurgicale, on a publié de temps en temps des cas de néphrite, de stomatite et d'entérite attribués à son action toxique. Ces observateurs ont soumis ces accidents à l'épreuve expérimentale et constaté des phénomènes toxiques après l'absorption du sous-nitrate de bismuth par la voie sous-cutanée. Les matières albuminoïdes favorisent cette absorption par la dissolution de l'oxyde bismuthique, et les phénomènes de stomatite, de néphrite et d'entérite sont liés à l'élimination de cette substance par les glandes salivaires, le rein et la muqueuse intestinale. On sait, d'autre part, qu'il s'accuse surtout dans le tissu splénique. (*Archives gén. de méd.*, août 1887.)

De l'emploi thérapeutique de l'hyoscine, par M. Erb. — Les préparations le plus souvent employées sont le bromure, l'iodure et le chlorure aux doses de 2, 4 et 8 dixièmes de milligramme, en pilules ou injections hypodermiques. A titre de sédatif, Erb l'a prescrite à dix paralytiques généraux et a constaté une atténuation du tremblement. Par contre, il n'en a pas fait usage contre la chorée, ni contre l'épilepsie.

Comme hypnotique, il obtint un sommeil durable, par des injections de 5 à 7 dixièmes de milligramme, chez un malade atteint d'insomnie rebelle. Il propose en raison de son action sur les sécrétions de l'employer contre le ptyalisme et les sueurs profuses des phthisiques.

Quels sont les inconvénients de cette substance? La somnolence, l'ardeur à la face, les vertiges, la gêne de la déglutition et l'embarras de la parole : accidents, au reste, signalés dans toutes les observations. (*Therapeut. Monats.*, juillet 1887.)

Du traitement préventif des calculs urinaires par le borate d'ammoniaque, par M. W.-J. Crittenden. — Ce sel posséderait, d'après l'auteur, une action lithotriptique sur les calculs d'acide urique. Dans le but de l'utiliser, M. Crittenden prescrit 1 gramme de biborate d'ammoniaque toutes les deux heures pendant l'accès de coliques néphrétiques, et complète les doses jusqu'à ce que l'urination soit aisée; puis il continue le traitement pendant les quatre heures qui suivent la cessation de la crise.

A titre préventif, il recommande de faire usage quotidiennement, pendant plusieurs mois, de trois prises de 75 centigrammes de ce sel, mais en observant un repos de deux jours dans chaque quinzaine. Enfin, dans les cas rebelles, il combine cette médication avec les préparations à l'extrait d'hydrangée et à la lithine. (*Virginia med. Monthly*, juin 1887.)

Du rôle du calomel sur la sécrétion biliaire et la désinfection intestinale, par J. Sawadsky. — L'auteur a constaté que le calomel possède une action désinfectante résultant de sa transformation en oxyde de mercure sous l'influence des alcalis de la bile dans le canal intestinal. La coloration des selles après l'ingestion du calomel doit être attribuée à la biliverdine en

excès qui est mise en liberté pendant ce phénomène d'oxydation, et qui, d'autre part, n'est pas altérée en raison de l'action antiseptique exercée par l'oxyde de mercure. Ce sont là les motifs pour lesquels, après l'administration du calomel, on ne peut trouver les réactions de ce sel dans le contenu intestinal. (*Wratsch*, 1887, p. 17.)

Des accidents causés par l'antipyrine, par M. Guttmann. — Ces accidents sont rares d'après cet observateur. Il en cite deux cas. Le premier est celui d'un homme qui avait ingéré le même jour deux doses d'antipyrine de 2 grammes, les répéta le lendemain, et éprouva peu de minutes après, de la dyspnée et des palpitations. Son visage était cyanosé, le pouls petit et accéléré en même temps que la malade ressentait une vive anxiété précordiale. Ces phénomènes disparurent après l'application de la glace au creux épigastrique. La seconde malade, une jeune fille, avait ingéré 1 gramme de médicament pour combattre une vive céphalalgie, et, peu de minutes après, présenta de l'urticaire de la face, de l'excitation générale, de l'amaurose, des vomissements et de l'albuminurie.

Ces accidents persistèrent durant vingt-quatre heures. (*Therapeut. Monats.*, juin 1887.)

De l'antipyrine dans l'hémoptysie, par M. Olikhoff. — Les essais de l'auteur ont été faits dans six cas d'hémoptysie due à des causes diverses. Ce médicament en solution aqueuse était administré sous forme d'inhalations répétées cinq ou six fois par jour pendant une demi-heure ou une heure.

Pendant cette inhalation, l'hémorrhagie diminuait, et, en général, cette diminution persistait le même jour. Le lendemain elle avait disparu. En même temps, M. Olikhoff constatait une atténuation des symptômes fébriles, bien que ces malades fussent en puissance de bronchopneumonie ou de foyers tuberculeux en ramollissement. (*Russkaïa Meditizna*, 1887, n° 36.)

De la valeur antiseptique de la créoline, par M. Esmarch. — Cette substance, de composition indécise, extraite du goudron, a été recommandée comme antiseptique par Frölner, qui la déclare supérieure à l'acide phénique et au sublimé, en raison de sa faible toxicité.

M. Esmarch a voulu déterminer sa synonymie comme désinfectant et antiseptique en la comparant à celle de l'acide phénique. Il a constaté des différences notables d'un échantillon à un autre; qu'elle entrave plus entièrement que l'acide phénique le développement des spores, mais que cet acide est plus actif contre les bacilles adultes et les microbes de la putréfaction. Néanmoins, en raison de son innocuité comme toxique, M. Esmarch recommande son emploi comme topique sur les blessures, de préférence aux autres substances antiseptiques. (*Centralbl. f. Bacter. und Parasitenkunde*, t. II, nos 10 et 11, 1887.)

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot), par M. le docteur A. Florand, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1887. — G. Steinheil.

C'est en 1865, et surtout en 1874, que Charcot décrivit, avec cette précision et cette autorité qui sont les traits caractéristiques de son enseignement, la maladie qui porte aujourd'hui son nom, même à l'étranger, et à laquelle il a donné la qualification de sclérose latérale amyotrophique. Depuis cette époque, un certain nombre de travaux sont venus apporter leur contingent à l'histoire de cette sclérose systématisée, et les recherches de l'école de la Salpêtrière ont définitivement élucidé quelques points de détail demeurés tout d'abord un peu incertains. Les noms de MM. Joffroy, Gombault, Debove, Déjerine, Marie, sont désormais attachés à l'histoire de cette affection; en Angleterre, en Allemagne, de tous côtés, des observations ont été recueillies, qui viennent pour la plupart confirmer la description anatomique et clinique de la maladie de Charcot. C'est à la revision du même sujet qu'est consacrée la très intéressante thèse inaugurale de M. Florand, œuvre personnelle, à coup sûr, mais d'autant plus autorisée qu'elle a été inspirée par M. Charcot lui-même et reflète ses opinions sur la matière.

On comprend que nous n'ayons pas l'intention de chercher à résumer ici la description devenue classique de la sclérose latérale amyotrophique : il nous suffira de dire que M. Florand a su la présenter au lecteur sous une forme nette, facile à saisir, et en même temps attrayante par les qualités du style. Mais nous désirons, à l'exemple même de l'auteur, insister plus particulièrement sur quelques points spéciaux qui ont soulevé dans ces derniers temps d'intéressantes discussions : nous voulons parler des formes frustes de la maladie et des rapports qui existent entre elle et la paralysie labio-glosso-laryngée.

On sait combien est grande l'analogie symptomatique qui relie l'évolution de la paralysie labio-glosso-laryngée de Duchenne (de Boulogne) aux accidents bulbaires observés au cours de la sclérose latérale amyotrophique : accidents terminaux d'ordinaire, tout au moins en ce qu'ils entraînent la mort du malade dans un assez bref délai. Cette analogie est d'autant moins faite pour surprendre, qu'il semble bien établi aujourd'hui que, dans la grande majorité des cas, pour ne pas dire dans la totalité, il s'agit d'une seule et même affection : la sclérose latérale amyotrophique, la maladie de Charcot. Telle est l'opinion tout d'abord soutenue par Vulpian, puis par Déjerine, Charcot et Marie, et hautement affirmée à l'heure actuelle par l'école de la Salpêtrière; nous croyons savoir cependant que sur ce point les disciples sont peut-être un peu plus absolus que le maître, et que tout en admettant comme une vérité l'identification dont nous venons de parler, M. Charcot se refuse à nier la possibilité de quelques cas de paralysie labio-laryngée indépendante, réalisant le type décrit par Duchenne.

Nous ne rappellerons que pour mémoire l'opinion isolée de Leyden, très justement appréciée et réfutée par M. Florand, et qui consiste à renverser les termes du problème pour supprimer la maladie de Charcot et faire rentrer les cas de sclérose latérale amyotrophique dans l'atrophie musculaire ou la paralysie bulbaire.

Qu'il existe ou non quelques rares faits de paralysie bulbaire de Duchenne avec intégrité des pyramides et symptômes de paralysie flasque au niveau des muscles frappés, l'intérêt des recherches neurologiques récentes est d'avoir démontré que presque toujours la paralysie labio-glosso-laryngée est une manifestation du processus de la sclérose latérale amyotrophique. Le syndrome bulbaire se montre tantôt seul, tantôt associé aux symptômes médullaires; dans ce dernier cas il représente l'extension au bulbe des lésions de la moelle; dans le premier il peut être envisagé comme la forme bulbaire de la sclérose latérale amyotrophique, initiale et isolée au lieu d'être plus tardive et surajoutée à la forme médullaire.

Et ce n'est point là une simple vue de l'esprit, puisque les recherches anatomo-pathologiques, après avoir montré la participation possible de tout le faisceau pyramidal dans ses trois segments cérébral, bulbaire et médullaire, au processus de la sclérose latérale amyotrophique, a fait voir que chez les individus atteints de la prétendue paralysie labio-laryngée existaient des lésions pyramidales du bulbe accompagnant l'atrophie des noyaux gris : toutes altérations constituant le substratum de la maladie de Charcot intéressant le bulbe à une période quelconque de son évolution. D'ailleurs, l'étude histologique minutieuse de ces faits n'est pas de date assez ancienne pour que l'on puisse

accorder une valeur suffisante à toutes les observations : certains faits contradictoires, relativement anciens, semblent ne pas présenter toutes les garanties nécessaires, et, de l'avis même de M. Raymond, le fait bien connu qu'il a publié ne serait pas absolument probant au point de vue de l'intégrité des pyramides.

Enfin, la clinique vient encore plaider dans le même sens : la contracture musculaire, l'état spasmodique, l'exagération des réflexes tendineux qui représentent un des éléments essentiels de la sclérose latérale amyotrophique se retrouvent nettement accentués dans les faits de prétendue paralysie labio-glosso-laryngée. Nous avons eu nous-même occasion de les constater bien manifestes dernièrement dans le service de M. Féréol, chez une malade qui aurait pu être considérée sans cela comme offrant un type de la paralysie bulbaire de Duchenne.

Il suffit de lire les intéressantes pages consacrées par M. A. Florand à la discussion de cette question d'importance majeure pour être édifié sur le chemin qu'elle a parcouru et sur l'exactitude de la solution qui en est aujourd'hui donnée. On trouvera, d'ailleurs, dans les nombreuses observations jointes à sa monographie les arguments produits au cours du débat, et l'on acquerra cette conviction que nous serions heureux de voir partagée par tous, c'est que toute observation dans laquelle l'état spasmodique n'a point été recherché dans ses divers modes est incomplète et dénuée de valeur.

L'étude des formes frustes, que l'auteur annonce tout d'abord comme devant le retenir d'une façon particulière, est peut-être un peu succinctement traitée, mais la difficulté et l'obscurité du sujet, en pareil cas, ne nous permet pas de lui adresser un bien gros reproche. Son travail se recommande par trop de sérieuses qualités pour que nous songions à lui adresser autre chose que des éloges.

André Petit.

Venins et poisons; leur production et leurs fonctions pendant la vie; dangers et utilité pour l'homme, par M. A. Coutance, ancien professeur aux Écoles de médecine navale. — Paris, J. Rothschild, 1888.

Voilà, bien certainement, un livre qui sera lu par tout le monde avec le plus vif intérêt, non qu'il faille s'attendre à y trouver rapportée avec détails l'histoire des empoisonnements célèbres et qui ont à diverses époques passionné l'opinion publique; les imaginations amies d'émotions dramatiques devront abandonner l'espoir qu'aurait pu faire naître le titre de cet ouvrage; mais, en revanche, il est impossible de ne pas être extrêmement intéressé par le plan général de ce livre et le point de vue philosophique auquel s'est placé l'auteur. Il a, en effet, envisagé le poison au point de vue de la *lutte pour et contre l'existence*, et le passage suivant de son introduction donne une idée de l'intérêt qui s'attache, d'un bout à l'autre, à la lecture de son travail.

« Quand la vie s'accroît en densité au delà des bornes d'un juste équilibre entre elle, l'espace et la subsistance qui lui sont nécessaires, nous ne tardons pas à constater qu'elle étouffe. Sans perdre en quantité, elle commence à perdre en qualité. C'est alors que les organismes inférieurs prennent le dessus, que leurs phalanges innombrables débordent de toutes parts; c'est l'invasion des barbares. Et quand ces vies inférieures ont pullulé, comme elles ne peuvent exister sans le secours même des organismes supérieurs, elles s'éteignent d'elles-mêmes, faute de substratum vivant, et la ruine est faite.

» Insaisissables adversaires par le nombre et la petitesse, ces ennemis redoutables échappent aux armes des êtres supérieurs, il faut contre eux des moyens spéciaux.

« On pense alors au poison, l'arme des faibles; au poison, l'un des agents les plus rapides et les plus sûrs dans les luttes *contre l'existence*, comme il l'est aussi dans les luttes *pour l'existence*.

« A mesure donc que les grands problèmes de l'art de conserver la vie s'éloignaient de notre pensée, à mesure aussi, ceux non moins considérables de l'art de la détruire y prenaient place.

« C'est surtout en considérant les luttes de notre espèce, que ce côté du rôle du poison grandissait singulièrement. Certes, nous multiplions la vie autour de nous, la vie qui convient à nos besoins; mais, ce que nous multiplions surtout c'est la mort.

« *Tuer et tuer encore* : c'est la condition même de notre existence. Semer la vie, répandre la mort, avoir une main pleine de germes et l'autre de poisons, voilà notre fonction. »

Ainsi envisagée, la question était, certes, fort séduisante, mais aussi fort délicate à traiter. M. Coutance, que ses travaux antérieurs avait déjà préparé à aborder ce côté de l'étude des luttes pour l'existence, a réalisé son projet avec un entier succès. Si l'on peut relever par hasard quelques inexactitudes et si l'on n'est pas toujours d'accord avec l'auteur sur certains points de détail; lorsqu'on est arrivé à la fin de son livre, le charme que l'on a constamment éprouvé pendant sa lecture vous a fait presque complètement oublier les quelques petites discussions qui auraient pu s'élever. Et l'impression générale est si agréable que l'on n'a plus alors le courage de revenir sur ses pas pour reprendre les points sujets à controverse et troubler ainsi, en quelque sorte, le sentiment de plaisir et la satisfaction d'esprit qui se dégagent de cette lecture.

Le livre de M. Coutance débute par un chapitre dans lequel les définitions des mots : *poison*, *venin*, *virus*, *miasme*, sont fort judicieusement exposées et critiquées. L'auteur démontre par de nombreux exemples que la toxicité n'est pas une chose absolue, mais toute relative, et il ressort de cet exposé que plus un être est élevé dans l'échelle organique, plus il y a de substances capables d'agir sur lui comme poison. L'homme, à ce point de vue, est une créature essentiellement privilégiée, si l'on peut, en l'espèce, se servir de cette expression.

Le second chapitre étudie le poison dans le monde minéral : c'est la première division établie dans le plan général de cette étude. L'auteur fait ressortir ce fait que chaque élément minéral peut être un poison pour un organisme déterminé. Il n'est pas jusqu'à l'air que nous respirons qui, source de vie pour une énorme quantité d'êtres, les aérobies, ne devienne pour une foule d'autres, les anaérobies, un poison énergique. Les poisons minéraux produisent la limitation des domaines réservés à telles ou telles espèces et la fécondité de tels ou tels autres. Ainsi des composés minéraux absolument inoffensifs pour quelques organismes, constituent pour d'autres le plus subtil des poisons. D'autres substances qui ne sont pas indispensables au développement de certains organismes, fonctionnent vis-à-vis d'eux comme contrepoisons en détruisant des produits sécrétés par ces organismes et qui, en s'accumulant, finiraient par les tuer. Il rappelle ici les admirables recherches de Raulin sur l'*Aspergillus niger* que l'argent tue à une dose tellement infinitésimale que les cultures de ce champignon ne peuvent être faites dans des vases d'argent; de même, la prospérité et la vigueur de la culture dépendent de la présence du sulfate de zinc à la dose de 1/50 000e et de l'existence d'une très faible proportion de fer qui détruit au fur et à mesure de sa production une substance soluble excrétée par l'aspergillus, une ptomaïne selon toute probabilité.

L'eau de la mer, ajoute M. Coutance, renferme des milliers de tonnes d'argent : est-ce sa présence ou celle du chlorure de sodium qui font des eaux salées des poisons pour les végétations mycodermiques? Question à laquelle il est encore impossible de répondre avec certitude. Mais, comme le fait remarquer l'auteur, si tous les microphytes et les microzoaires qui nous pressent de toutes parts, nous disputent la subsistance et la substance et sont nos plus implacables ennemis, si tous ces organismes inférieurs sont aussi sensibles à certains éléments minéraux que l'aspergillus l'est à l'argent, il y a là une finalité intelligente et conservatrice qu'il est impossible de méconnaître.

Nous ajouterons qu'il doit certainement en être ainsi, car sans la destruction fortuite, dans des conditions qui malheureusement nous sont encore absolument inconnues, des germes et des micro-organismes pathogènes, leur effroyable fécondité et leur propagation incessante auraient depuis longtemps transformé le monde en un désert. Il faut encore, parallèlement à ces causes, qui déterminent la destruction, placer celles, non

moins inconnues jusqu'alors, qui déterminent une sorte d'état latent (si l'on peut se servir de cette expression) du germe ou du micro-organisme pathogène, état durant lequel il est privé de propriétés nocives que son transport dans un milieu différent lui permettra de récupérer promptement : ainsi peuvent s'expliquer l'explosion ou la brusque réapparition d'épidémies. Et ce n'est pas là une simple vue de l'esprit : les phénomènes d'atténuation et de réviviscence de quelques virus sont bien certainement justiciables de pareilles causes.

Après avoir rapidement passé en revue le poison dans le monde minéral, l'auteur aborde, dans son troisième chapitre, l'étude du poison dans le monde vivant, en faisant ressortir la diversité des venins et des organes qui les sécrètent ou les renferment. Au plus lointain des âges, à l'origine même de la vie, le poison fait son apparition et joue son rôle. Depuis les protozoaires dont le seul contact des pseudopodes suffit à paralyser certains petits organismes, jusqu'aux serpents les plus dangereux, voire même jusqu'à certaines espèces de vertébrés, l'étude est longue et curieuse des moyens mis en œuvre pour l'attaque ou pour la défense, ainsi que des effets déterminés par cette innombrable variété de poisons.

Etudiée successivement chez les invertébrés (protozoaires, foraminifères, infusoires, monades, polypes, mollusques, vers, crustacés, arachnides, insectes), puis chez les vertébrés (poissons, reptiles, amphibiens), l'histoire des propriétés toxiques de ces différents animaux forme douze chapitres dont l'intérêt ne faiblit pas un instant et dont l'analyse nécessiterait la reproduction presque intégrale. Nous signalerons plus particulièrement à l'attention du lecteur les chapitres relatifs aux serpents venimeux à propos desquels M. Coutance a pu faire dans son séjour aux colonies des observations et une étude fort intéressantes.

Vient ensuite l'histoire du poison, de sa répartition et de la toxicité chez les plantes. Chaque famille végétale est étudiée à ce point de vue.

Revenant aux considérations de philosophie biologique qui l'ont engagé à effectuer son travail, l'auteur aborde, en quelque sorte comme conclusion, l'histoire du poison dans le règne humain. A ce point de vue philosophique, les sept derniers chapitres qui constituent cette partie de l'étude des poisons présentent un intérêt et une originalité tout spéciaux. *L'homme empoisonneur :* 1° par production inconsciente des poisons dans son économie; 2° parce qu'il s'empare du poison qu'il trouve autour de lui ou qu'il fabrique, pour combattre ses innombrables ennemis; et *l'homme victime du poison:* 1° dans les usines ou les ateliers d'où sortent les produits de ses industries; 2° dans le milieu artificiel que ses agglomérations constituent; 3° dans les produits fabriqués par lui, tels qu'aliments, médicaments, cosmétiques, jouets, vêtements, etc.; 4° dans l'usage des poisons qui agissent en grand sur les sociétés, comme les alcools, l'absinthe, le tabac, etc., affaiblissant décimant, démoralisant, abrutissant les populations; telles sont les deux grandes divisions qui se partagent la fin de cet ouvrage et en font un livre d'une haute portée hygiénique et sociale.

Le poison est partout, dit M. Coutance, la vie comme la mort le produisent; il est l'auxiliaire de la première aussi bien que de la seconde. La thérapeutique, l'hygiène, la désinfection, sont l'art de manier à propos les poisons. Tout n'est qu'empoisonnement, la mort comme la vie. Matières premières ou déchets de la plupart des industries; le sol, l'eau, l'air des grandes agglomérations; voilà autant de poisons pour l'homme et les animaux qu'il a soumis son empire. L'homme empoisonne l'égout, l'égout empoisonne la rivière et la rivière empoisonne les villes par où elle passe. L'égout, a dit M. Duclaux, est devenu une écurie d'Augias, il faut un fleuve pour le nettoyer.

Les maladies infectieuses continuent, parfois même multiplient leurs ravages; faisant ainsi sévèrement payer à l'homme de notre civilisation raffinée le terrain qu'il a conquis sur la nature et, plus souvent encore, la négligence ou l'oubli des préceptes de l'hygiène dans la lutte pour la défense de la vie. On peut se demander, avec M. Coutance, si cette civilisation ne sera pas un jour bannie, non point par le fer et le feu des discordes civiles et de l'ennemi du dehors, mais bien par le poison sorti d'elle-même. Le danger n'est pas en effet dans les vapeurs de chlore, d'hydrogène sulfuré, d'acides divers, d'oxyde de carbone répandus dans l'air; ni dans les résidus minéraux déversés dans les eaux par toutes les industries; il est dans le poison vivant entretenu par le fonctionnement même de la vie et multiplié, colporté partout avec une activité et une intensité qui n'ont d'égales que l'activité et l'intensité de vie des agglomérations modernes : c'est le microbe le producteur de poisons dans ces sources d'intoxications en quelque sorte fatales et propres aux grandes réunions d'hommes.

Disons en terminant que la question des poisons et de la toxicité n'avait jamais été envisagée jusqu'ici sous l'aspect philosophique, qui, dans presque toutes ses parties, a guidé l'auteur et c'est là bien certainement le côté le plus intéressant et le plus attrayant de ce livre qui se recommande aux méditations des médecins, des hygiénistes, des esprits avides de savoir; de tous ceux en un mot qu'intéresse l'étude de la nature dans ses rapports avec la lutte pour l'existence et l'évolution des espèces.

Ajoutons, et c'est là un détail qui sera apprécié par beaucoup d'amateurs, que cet ouvrage a été édité par M. J. Rothschild avec le soin et le luxe qui caractérisent toutes ses publications.

Gabriel Pouchet.

Des amputations a lambeaux cutanés, par M. Lucien Meurer. Thèse de Lyon, 1887.

Après avoir, dans un rapide historique, montré comment, depuis longtemps déjà, certains chirurgiens (Sédillot, Baudens, Soupart) ont pensé que l'on ne doit pas garder de muscles dans les lambeaux, comment peu à peu la méthode des amputations à lambeaux cutanés s'est répandue en Allemagne (Bruns, Volkmann, Kraske, Oberst), l'auteur nous apprend qu'à Lyon, depuis six ans, le professeur Tripier a tout à fait renoncé à l'ancienne méthode. Nous ne ferons que signaler le chapitre consacré aux indications et contre-indications des amputations; chacun sait que l'antisepsie a rendu la chirurgie conservatrice. Arrivons donc à la médecine opératoire proprement dite. M. Tripier est partisan, en principe, des amputations à deux lambeaux inégaux, qu'il taille chacun en plusieurs temps, et bien perpendiculairement à la peau. Il les dissèque ensuite, en excluant du moignon même l'aponévrose. Cela fait, les muscles sont coupés perpendiculairement à l'os, en plusieurs temps, vu la rétraction inégale des diverses couches, de façon que les os ne soient pas saillants. La section osseuse abat avec soin tous les angles (pour ce faire, M. Tripier scie d'abord obliquement; puis, avec une reprise, perpendiculairement à l'axe). On voit que dans tout cela il n'y a aucune artère coupée « en sifflet ». Aussi l'hémostase (forcipressure, suivie de ligature) est-elle à la fois facile et solide. M. Tripier, après les désarticulations, a coutume d'abattre les surfaces articulaires, véritables corps étrangers dans la plaie. Meurer indique le manuel opératoire pour chaque jointure. Puis viennent des renseignements sur la manière de poser les sutures, qui ne sont mises qu'après hémostase parfaite; contrairement à M. Schede, M. Tripier traite le sang de « bouillon de culture », car on ne peut jamais être certain d'être d'une asepsie absolue. Le pansement sera d'une antisepsie rigoureuse. En effet, si cette méthode d'amputation est incompatible avec la suppuration, c'est que ces lambeaux sont aisément exposés au sphacèle et que, d'autre part, ils sont trop minces pour avoir le droit de suppurer sans grand inconvénient. Avec une stricte antisepsie, on observe très souvent un liséré gangreneux sur la ligne de sutures. Cela n'empêche pas la réunion par première intention, et ultérieurement la cicatrice n'en est pas moins souple, mince, indolente et mobile.

Étude sur les kystes hydatiques des reins au point de vue chirurgical, par M. le docteur J. Boeckel, chirurgien des hôpitaux civils de Strasbourg. — Paris, 1887. Félix Alcan.

Depuis la thèse de Béraud, il n'y a plus guère de travail d'ensemble sur les kystes des reins. En Allemagne, cependant, on peut signaler des recherches de Neisser, de Simon, d'Alberts, de Madelung, des observations de Fick, de Vogt et chez nous de Péan, de Bouilly. Mais l'an dernier, au deuxième Congrès français de chirurgie, J. Boeckel a communiqué une observation, la première de cette nature, de néphrectomie heureuse pour kyste hydatique du rein; à ce propos, il lui a semblé utile de rechercher si l'on ne peut arriver à quelques conclusions précises sur le diagnostic et le traitement de cette rare affection. Rareté qui s'explique assez bien, dit Neisser. Les œufs du ténia entrent par l'intestin et les ramifications de la veine porte; ceux-là s'arrêtent dans le foie. Ou bien, ils pénètrent par les chylifères, le

canal thoracique, la veine cave supérieure, la petite, puis la grande circulation. Dans ce long parcours, ils s'arrêtent la plupart du temps dans le mésentère, le poumon, le cœur, etc., et n'arrivent que rarement jusqu'au rein.

Il n'est pas toujours facile de déterminer sur le cadavre le siège anatomique exact du kyste dans le rein (Simon). On peut dire, en général, qu'il est surtout dans la substance corticale, plus rarement dans la substance médullaire (Hinckeldeyn), dans la capsule adipeuse (Simon, Koenig), dans le tissu cellulaire péri-rénal (Vogt). La tumeur, ordinairement unilatérale et plus fréquente à gauche, se développe plutôt vers le bassin et que vers la capsule. Elle a presque toujours tendance à être abdominale et non lombaire et rend parfois le rein quelque peu flottant (Boeckel). Aussi les rapports avec le côlon sont-ils très variables, et l'on ne saurait s'en fier à eux pour établir le diagnostic. Les adhérences de la tumeur avec les organes voisins, parmi lesquels surtout le mésentère et l'intestin, pourront parfois, molles, être libérées (Boeckel), mais ailleurs elles empêcheront toute dissection (Albers, Spiegelberg, Hinckeldeyn).

Les troubles urinaires sont en général nuls; s'il y a du pus ou du sang dans l'urine, c'est, la plupart du temps, qu'il y a une néphrite ou une pyélite concomitante. La quantité d'urine elle-même est normale. Il n'y a pas de douleur. Aussi conçoit-on que cette affection soit latente pendant trèsl ongtemps, et souvent une trouvaille d'autopsie. Mais, à un moment quelconque, la perforation dans un des organes voisins est la règle; c'est surtout dans le bassinet qu'elle se fait. Cette évolution est utile à connaître; car alors, après des coliques néphrétiques, il y a élimination d'hydatides dans l'urine. On a dit qu'alors la guérison est presque certaine. Déjà Béraud a contredit cette assertion contre laquelle Boeckel s'élève de nouveau. Ce diagnostic ne doit donc pas dissuader de l'intervention chirurgicale.

Cette condition est la seule où le diagnostic soit facile. Sans cela, les erreurs les plus diverses ont été commises sur le siège de la tumeur (rate, mésentère, foie, ovaire), et sur sa nature quand par hasard on a reconnu l'origine rénale. Sans doute on pourrait avoir des renseignements par la ponction exploratrice. Mais: 1° elle n'est pas toujours instructive (kystes suppurés); 2° elle n'apprend rien sur le siège; 3° elle est assez dangereuse puisqu'on ne sait pas au juste où se trouve le côlon, si bien qu'Olshausen lui préfère à ce point de vue l'incision exploratrice.

La guérison spontanée n'existant guère, il faut intervenir. La ponction simple, employée trois fois, n'a servi de rien. Le drainage a donné une mort (Baldini); le procédé de Récamier une guérison (Michon) et une mort (Nélaton). Le procédé de Simon (deux ponctions réunies ensuite par une incision) a été suivi de deux guérisons et trois morts. Mais dans tout cela, la guérison est fort longue à obtenir. La chose est différente pour la néphrotomie avec suture de la poche à la paroi qui a donné, et rapidement, neuf succès sur neuf opérations, dont trois faites ainsi parce que la dissection était impossible (Spiegelberg, Albers, Bouilly). C'est là le procédé de choix quand la tumeur est fixe; on incisera sur le point le plus saillant. Mais quand le rein est mobile, Boeckel, dont l'opérée est la première qui ait survécu à cette grave opération, se déclare partisan de la néphrectomie, transpéritonéale ou parapéritonéale.

Dans les cas douteux, on fera une laparotomie exploratrice transformée, suivant les indications spéciales, en néphrotomie ou en néphrectomie.

Ostéotomie trochléiforme; nouvelle méthode pour la cure des ankyloses osseuses du coude, par M. L. Defontaine, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des usines du Creusot.

M. Defontaine, qui de temps à autre nous envoie du Creusot des observations chirurgicales importantes, publie l'observation complète d'un malade qu'il a présenté il y a quelques mois à la Société de chirurgie. Le résultat fonctionnel a été excellent et l'opéré peut faire face aux travaux les plus durs. Cette observation prouve, contrairement à ce qui est couramment admis, qu'il est inutile de retrancher de l'os pour reconstituer une articulation; on peut fort bien, à l'aide de la scie à chantourner, établir dans l'ankylose osseuse un trait ayant à peu près la forme de l'articulation à reconstituer. C'est donc là une ostéotomie perfectionnée et non une résection. Opération plus difficile, sans doute, mais il n'y a là rien qui puisse rebuter un chirurgien exercé: le succès de M. Defontaine ne surprendra donc personne. (Extrait de la *Revue de chirurgie*, 1887.)

Le crin de Florence et sa valeur thérapeutique, par MM. Guermonprez (de Lille) et P. Bigo (de Caudry).

Quelques considérations historiques nous montrent d'abord comment les chirurgiens ont emprunté le crin de Florence aux pêcheurs à la ligne. Puis vient la manière de traiter un ver à soie pour lui faire produire le crin. Après avoir coupé les deux extrémités des fils vendus par le commerce, on a un excellent fil chirurgical tenace, souple. Les auteurs mentionnent succinctement des expériences sur les animaux, prouvant que les sutures sont fort bien supportées, mieux que toutes les autres. En somme, rien de bien neuf dans tout cela. Conclusion, avec Spencer Wells: « Pour réaliser de bonnes sutures, la substance elle-même a moins d'importance que la manière de s'en servir. » (Communication à la *Société de thérapeutique de Paris*, 1885.)

Traitement des raideurs articulaires (fausses ankyloses) au moyen de la rectification forcée et du massage, par M. le docteur G. Norström. — Paris, 1887. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'auteur débute par des considérations nous montrant que pour les anciens toute ankylose est incurable. Puis vient Fabrice de Hilden avec sa division en ankyloses vraies et fausses, ces dernières étant curables par le redressement. Il faut en revenir à cette classification, la seule clinique, et renoncer aux classifications plus scientifiques peut-être, dont fourmillent les auteurs récents. Le redressement forcé n'a rien de neuf, il y a beau temps qu'on l'applique, depuis la machine de Jean de Gersdorf au seizième siècle, en passant par Louvrer et par Bonnet. D'ailleurs, Norström préfère le redressement manuel à tous les appareils. Le massage, lui aussi, est une vieillerie. Mais « on a fait le massage et la rectification forcée isolément; presque personne ne s'est aperçu que l'un pouvait servir de préparation ou d'adjuvant à l'autre ». En appliquant cette méthode, on demeure convaincu que bien des fausses ankyloses, « trop souvent rangées parmi les infirmités incurables, ne sont nullement définies ». Tels sont les principes généraux de M. Norström. Leur application varie nécessairement suivant la jointure envisagée.

Les deux derniers chapitres indiquent en détail les procédés à mettre en jeu pour chacune des articulations des membres supérieur et inférieur.

Névrite optique (Ueber Neuritis optica, besonders die sogenannte « Stauungspapille » uns deren Zusammenhang mit Gehirn-affectionnen), par M. le professeur R. Deutschmann (de Gœttingue). — Iéna, 1887. Gustav Fischer.

L'auteur s'appuie non seulement sur des faits et expériences personnels, mais encore sur une analyse raisonnée des faits recueillis par d'autres auteurs, et il arrive à la conclusion suivante: Les recherches anatomo-pathologiques, cliniques et expérimentales, prouvent que la prétendue « stase papillaire » des tumeurs cérébrales est une affection inflammatoire. Elle n'est pas le résultat d'une stase, comme le disent Schmidt et Manz, mais elle résulte d'agents inflammatoires, comme le dit Leber; ces agents sont de nature soit chimique, soit parasitaire. C'est donc, en somme, une véritable névrite, comme dans les affections inflammatoires de l'encéphale; la seule différence est dans le degré.

A. Broca.

VARIÉTÉS

Congrès français de chirurgie. — *Troisième session du 12 au 17 mars 1888.*

Communications annoncées (première liste).

Questions mises à l'ordre du jour. — 1° De la conduite à tenir dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses). — M. le professeur Trélat (de Paris). MM. les docteurs Chauvel (de Paris), Reclus (de Paris), Delorme (de Paris), Vaslin (d'Angers).

2° De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive: M. le professeur Trélat (de Paris), MM. les docteurs Segond (de Paris), Richelot (de Paris), Schwartz (de Paris), Thiriar (de Bruxelles), Doyen (de Reims), Bœckel (de

Strasbourg), Mollière (de Lyon), Socin (de Bâle), Le Diberder (de Lorient).

3° Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Letiévant et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs : M. le professeur Ollier (de Lyon), MM. les docteurs Thiriar (de Bruxelles), Reverdin (de Genève), J. Bœckel (de Strasbourg), Kirmisson (de Paris), Vaslin (d'Angers), Doyen (de Reims), Delorme (du Val-de-Grâce).

4° De la récidive des néoplasmes opérés, recherche des causes de la prophylaxie : M. le professeur Verneuil (de Paris), MM. les docteurs Bœckel (de Strasbourg), Poncet (de Lyon), Doyen (de Reims), Bazy (de Paris), Cazin (de Berck-sur-mer).

Questions diverses.— M. le professeur Ollier de (Lyon).— Du traitement de l'ankylose du poignet par la résection et du rétablissement d'une articulation mobile après cette opération.

M. le professeur Lannelongue (de Paris). — Kystes dermoïdes de la région fontanellaire antérieure.

M. le docteur Terrillon (de Paris). — Quinze hystérectomies abdominales pour fibrômes volumineux. — Réflexions à propos de soixante cas de fibrômes utérins.

M. le docteur Segond (de Paris). — Du traitement chirurgical des kystes du foie.

M. le docteur Galezowski (de Paris). — Des mélano-sarcômes oculaires et de leur récidive après les opérations.

M. le docteur Vincent (de Lyon).— Sur le cholécystotomie chez les enfants.

M. le docteur Javal (de Lyon). — Sur le traitement du strabisme.

M. le docteur Accolas (de Rennes). — Observations d'abcès du foie traité par la méthode de Little.

M. le docteur Thiriar (de Bruxelles). — De la cholécystotomie.

M. le docteur Cerné (de Rouen). — Du diabète phosphatique. — Son influence dans la production des lésions chirurgicales analogues à celles du diabète sucré, mais d'un pronostic moins grave.

M. le docteur Doyen (de Reims). — Etiologie des septicémies et de la valeur réelle des antiseptiques au point de vue chirurgical.

M. le docteur de Backer (de Roubaix). — De l'antisepsie et de l'asepsie au moment de l'opération.

M. le docteur Jeannel (de Toulouse). — De l'ostéotomie longitudinale.

M. le docteur Fontan (de Toulon). — Résection temporaire du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.

M. le docteur Richelot (de Paris). — Récidive des cancers utérins après l'hystérectomie vaginale.

M. le docteur Monod (de Paris). — Remarques sur les lymphangiômes; du lymphangiôme circonscrit. — Note sur les lésions anatomique dans les panaris analgésiques, sur un cas de greffe tendineuse.

M. le docteur Poncet (de Lyon). — De la résection de l'urèthre dans certaines formes de rétrécissement.

M. le docteur Vaslin (d'Angers). — Traitement chirurgical des différentes espèces de pied bot. — Indication de l'ablation des tumeurs ganglionnaires volumineuses du cou et de l'aisselle, technique opératoire.

M. le docteur Berthomier (de Moulins). — Traitement des fractures du coude chez les enfants et les adultes par l'immobilisation en extension et supination.

M. le docteur Tillaux (de Paris). — Traitement des pseudarthroses. — De la pharyngotomie inférieure. — De la suture des nerfs.

M. le docteur Kirmisson (de Paris). — Résection du squelette pour remédier à des pertes de substances des parties molles.

M. le docteur Schwartz (de Paris).—Du traitement des tumeurs érectiles par l'électricité.

M. le docteur Picqué (de Paris). — Anévrysme volumineux de l'artère fémorale au pli de l'aine, ligature de l'artère iliaque externe, guérison.

M. le docteur Bedard (de Paris). — Technique des corsets orthopédiques. — Fracture ancienne au tiers inférieur de la jambe gauche chez une femme de soixante-quinze ans; cal vicieux, résection, guérison.

Nota. — On peut toujours s'inscrire jusqu'au jour de l'ouverture de la session en envoyant un mandat-poste de 20 francs, au secrétaire général, M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, à Paris.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 9 mars). — *Ordre du jour :* M. Comby: Traitement du rachitisme par le phosphore. — M. Debove : Recherches sur l'intoxication hydatique. — Continuation de la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde. — M. Brocq : Nouvelle communication sur la destruction des poils par l'électrolyse.

Société obstétricale et gynécologique de Paris. — Dans sa dernière séance cette Société a décidé la vacance de deux places de membre titulaire. Le secrétaire général rappelle aux médecins ou chirurgiens désireux de faire acte de candidature qu'ils sont obligés par les statuts à invoquer un travail à l'appui de cette candidature.

Société protectrice de l'enfance. — Cette Société vient de décerner les récompenses suivantes :

Médaille d'or. — M. le docteur Jenot (de Dercy).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Brun (de Lodon) et Toussaint (d'Argenteuil).

Mortalité a Paris (6e semaine, du 5 au 11 février 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 13. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 52. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 29. — Tumeurs : cancéreuses, 49; autres, 7. — Méningite, 38. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 55. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 16.—Maladies organiques du cœur, 69. — Bronchite aiguë, 37. — Bronchite chronique, 49. — Broncho-pneumonie, 44.—Pneumonie, 75. — Gastro-entérite : sein, 22; biberon, 24; autres, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 5.— Débilité congénitale, 39. — Sénilité, 40. — Suicides, 9. — Autres morts violentes, 14. — Autres causes de mort, 187. — Causes inconnues, 9. — Total : 1131.

Mortalité a Paris (7e semaine, du 12 au 18 février 1888.— Population . 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 5. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 42. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 38. — Tumeurs : cancéreuses, 38; autres, 6. — Méningite, 44. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 48. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 83. — Bronchite aiguë, 42. — Bronchite chronique, 50. — Broncho-pneumonie, 46. — Pneumonie, 70. — Gastro-entérite : sein, 15; biberon, 37; autres, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 31. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 188. — Causes inconnues, 12. — Total : 1112.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Les nouvelles institutions de bienfaisance, par M. le docteur A. Foville. 1 vol. in-16 de 255 pages, avec 10 plans (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Le monde des rêves. Le rêve, l'hallucination, le somnambulisme et l'hypnotisme, l'illusion, les paradis artificiels, le ragle, le cerveau et le rêve, par M. Max Simon (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). 1 vol. in-16 de 325 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Des névralgies vésicales, par M. le docteur Maxime Chaleix-Vivie. 1 vol. grand in-8° de 129 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Nouvelles recherches sur les albumines normales et pathologiques, par M. J. Béchamp. 1 vol. in-8° de XLI-250 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

Recherches sur la dyspepsie iléo-cæcale, par M. H. Bachelet. 3e édition. 1 vol. in-16 de 380 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer, par M. le docteur Ch. Vibert. In-8° de 118 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

La méthode conscientielle. Essai de philosophie exactiviste, par M. Léon de Rosny. 1 vol. in-8°. Paris, F. Alcan.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

13725. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 7 mars 1888.

Académie de médecine : **De l'action à distance des médicaments. — Discussion sur la prophylaxie de la syphilis.**

L'événement de la séance d'hier a été la lecture, faite par M. Dujardin-Beaumetz, du rapport rédigé au nom de la Commission chargée de contrôler les expériences dont M. Luys avait entretenu l'Académie. On n'a pas oublié les remarques qu'avait immédiatement provoquées cette communication. Les faits annoncés paraissaient devoir, s'ils étaient admis par les médecins et les magistrats, singulièrement troubler l'action de la justice et rendre, dans bien des circonstances, les recherches de médecine légale extrêmement difficiles. Il importait donc d'examiner scrupuleusement la valeur scientifique de semblables observations et de rendre public le résultat de cette expertise. Le rapport de M. Dujardin-Beaumetz, rédigé avec un tact, une précision et une netteté qui ont fait la plus vive impression sur l'Académie et sur le public, aura un grand retentissement. Il rend hommage à la bonne foi de M. Luys et, nous pouvons ajouter ici, de ceux qui l'ont précédé ou suivi dans ses tentatives sur l'action des médicaments à distance; mais il condamne formellement les conclusions que l'on a cru devoir prématurément déduire de faits mal interprétés. Il démontre que les phénomènes divers signalés par MM. Luys, Bourru et Bourot, Fontan et Segard, etc., se produisent à l'aide d'un tube vide aussi bien qu'au moyen d'un flacon renfermant une substance médicamenteuse. Il prouve qu'une même substance amène, chez le même sujet, des effets absolument différents et que le même médicament, expérimenté à huit ou quinze jours d'intervalle, produit des effets dissemblables. Il conclut en affirmant « que les effets produits par des médicaments placés à distance, chez des sujets hypnotisables, paraissent dépendre plus des caprices de la fantaisie et du souvenir du sujet mis en expérience que des substances médicamenteuses renfermées dans les tubes employées dans ce cas» . Enfin, pour bien affirmer aux yeux du monde médical l'inanité des prétentions émises à cet égard, le rapport de la Commission soumet à l'Académie la conclusion suivante : « ... Aucun des effets constatés n'est en rapport avec la nature des substances mises en expérience, et, par conséquent, *ni la thérapeutique ni la médecine légale n'ont à tenir compte de pareils effets.* »

Après avoir lu ce rapport, il est bien difficile de croire que la discussion qui va s'ouvrir en modifie les conclusions. Celles-ci mettent un terme à une série de travaux, entrepris sans l'esprit critique nécessaire en pareille matière et divulgués trop tôt. Il était nécessaire qu'avec l'autorité qui s'attache à ses décisions, l'Académie vînt proclamer que les déductions thérapeutiques et médicales qu'on prétend en tirer ne peuvent être admises. Quant à la presse médicale, son silence était jusqu'à ce jour non seulement légitime, mais nécessaire. Il fallait, pour pouvoir se prononcer sur les faits publiés dans les nombreux ouvrages que nous avons reçus dans ces derniers mois, ou bien avoir assisté aux expériences si minutieusement décrites ou mieux encore avoir pu les contrôler avec la précision scientifique la plus rigoureuse. En procédant de la sorte la Commission académique a démontré que ces expériences ne donnaient pas les résultats que l'on en prétendait déduire. Nous n'avons qu'à nous incliner devant ce verdict.

— La discussion sur la prophylaxie de la syphilis s'est continuée ensuite dans des conditions qui font espérer que l'Académie votera les conclusions du rapport de M. Fournier. Dans un but de conciliation, la Commission a modifié, en effet, le texte de celles-ci, et sa nouvelle rédaction ne paraît plus devoir soulever de grands débats. M. Trélat, qui s'était préparé à répondre aux arguments développés par M. Le Fort, n'a pu lire le discours qui devait exposer ses idées à ce sujet. L'Académie y a perdu une argumentation qui eût certainement exercé sur elle une grande impression. Elle y a gagné une improvisation brillante où, dans un langage élégant et animé, M. Trélat a résumé ce qu'il voulait dire et s'est rallié au texte nouveau. Celui-ci, sauf quelques modifications de détail, demandées par MM. Trélat et Legouest, sera donc très probablement voté mardi prochain.

Société de chirurgie: **Maladie kystique de la mamelle.**

A l'instigation de M. Reclus, la maladie kystique de la mamelle vient d'occuper la Société de chirurgie pendant trois séances. Cette discussion a prouvé que, si la science n'est pas fixée sur tous les points relatifs à ce sujet, quelques notions importantes paraissent acquises avec certitude.

Du diagnostic nous parlerons peu. La multiplicité, la bilatéralité des lésions donnent un aspect assez spécial à ces mamelles, qui semblent criblées de grains de plomb et dans lesquelles la ponction exploratrice, malgré une solidité apparente, fait reconnaître l'existence de collections liquides. Si l'on dédaigne la seringue de Pravaz, on fera souvent la confusion avec les fibromes multiples des seins, confusion possible, d'ailleurs, dans un sens comme dans l'autre.

Un fait intéressant a été mis en relief par M. Reclus; dans la véritable maladie kystique on peut arriver, par la simple évacuation successive des cavités, à faire cesser toute apparence de tumeur. Le professeur Trélat a insisté sur ce point à propos de l'intervention chirurgicale. C'est d'ailleurs de cette intervention que nous voulons surtout parler ici, car dans ces dernières années elle semble avoir été soumise à des règles assez différentes de ce qu'elles étaient naguère.

Au début. MM. Brissaud et Malassez ont vu, en un point sur cinq tumeurs examinées, que la néoformation épithéliale pouvait franchir la paroi de l'acinus. Malgré sa rareté, cette constatation devait faire faire quelques réserves aux histologistes sur la possibilité d'une évolution maligne ultérieure. Respectueux des décisions de l'histologie, M. Reclus conseilla tout d'abord l'ablation totale du sein malade. et par conséquent des deux seins dans la majorité des cas.

Une difficulté ne tarda pas à surgir. Les patientes sont souvent jeunes, récemment mariées; il faut y regarder à deux fois avant que d'amputer les deux mamelles à une femme qui n'a pas encore abdiqué. Il y a plusieurs années déjà, M. Reclus avait débattu ce point délicat, avec cette complication en plus qu'il s'agissait d'une Russe, et le pays de Skoptzy est certainement un de ceux où les non-initiés tiennent le plus à leurs apanages sexuels. A ces arguments sociaux s'est jointe la clinique, montrant des malades chez lesquelles l'affection dure des années et des années sans le moindre inconvénient; montrant que la récidive n'a jamais lieu (jusqu'à présent au moins) après l'ablation totale du sein.

Cette bénignité évidente (et le professeur Trélat a communiqué l'observation d'une femme qu'il suit depuis une trentaine d'années) a fait réfléchir les chirurgiens, et aujourd'hui MM. Verneuil, Trélat, Reclus, Terrier, etc., sont d'accord sur la conduite à tenir. Le diagnostic, une fois bien assuré, quand on est certain qu'il s'agit de kystes sans substratum néoplasique interstitiel, l'intervention sera réglée par l'âge et les aptitudes génésiques de la malade. On respectera les seins de celles qui sont destinées à fournir une carrière sexuelle honorable encore; mais on n'oubliera pas le « méfiez-vous » des histologistes et l'on surveillera de près ces tumeurs pour les enlever à la moindre menace. On n'opérera que si la femme, inquiétée par une affection de longue durée. réclame l'ablation des organes atteints. La question change de face chez les femmes qui ont dépassé la ménopause. chez les vieilles filles surtout. Aucune convenance sociale ne s'oppose plus à une intervention radicale et prompte.

Ces règles sont basées, avons-nous dit, sur la bénignité de la tumeur. Aussi MM. Verneuil et Trélat n'aiment-ils pas trop. au point de vue clinique pur, mettre en avant le nom d'épithélioma; en chirurgie, ce terme éveille l'idée de malignité. M. Reclus adopte davantage la nomenclature de MM. Brissaud et Malassez.

Vous êtes illogique, lui a dit M. Quénu. Si vous admettez la nature épithéliomateuse de la lésion, vous ne devez pas vous laisser arrêter par des considérations conjugales ou autres; vous devez enlever sans tarder l'organe dangereux. Mais tranquillisez-vous. il ne s'agit en rien d'un néoplasme. C'est une cirrhose mammaire avec productions kystiques.

La logique ne sera permise, a répondu M. Reclus, que du jour où l'accord sera parfait entre les histologistes. entre M. Quénu et M. Brissaud. Pour le moment, Galien dit oui, mais Hippocrate dit non. Le praticien ne peut donc qu'être illogique. Il doit tenir compte de l'évolution maligne possible; avoir présentes à la mémoire des observations assez inquiétantes, quoique rares. de Poncet (de Lyon), de Maunonry. Mais ces réserves ne sont pas suffisantes pour imposer le sacrifice d'un organe sinon utile, au moins agréable. De là la règle actuelle. illogique, mais pratique; sauf demande expresse. n'opérez pas les femmes encore jeunes; intervenez après la ménopause lorsque le sein devient un organe moins important, lorsque, en même temps, le danger des évolutions malignes s'accroît.

THÉRAPEUTIQUE

La thérapeutique prophylactique de la phthisie pulmonaire.

On avait raison de le dire : le bacille de la tuberculose est un microbe fort rebelle. D'abord on l'attaque par devant; vains efforts: il résiste aux vaporisations, aux fumigations et aux pulvérisations, qui d'ailleurs ne pénètrent pas. On espérait mieux des injections intrapulmonaires; mais voici qu'elles pénètrent trop! Dès lors il fallut changer de méthode. On l'avait combattu de face, on voulut le prendre à revers; nouveaux essais, nouveaux insuccès: les injections sous-cutanées et les lavements gazeux sont déjà presque en oubli. Le bacille ne cédait pas, il se dérobait. C'est pourquoi la pharmaceutique en est toujours à chercher l'agent nécrophitique et la médication antiseptique qui seront les meilleurs contre lui.

Devenue microbienne, virulente et contagieuse, la phthisie demeure donc maintenant plus que jamais justiciable de l'hygiène. Il faut modifier le terrain où s'implante le bacille; il faut mettre l'organisme, au début, en défense, et, plus tard, en résistance contre lui; il faut, enfin, prévenir la rétention, puis solliciter l'élimination des produits morbides. Aussi entre des mains habiles les pratiques hygiéniques restent les armes puissantes d'une médication réellement germicide et prudemment antiseptique.

C'est classique; je passe. Mais avant d'entrer dans l'appréciation de quelques-unes de ces pratiques, il est de sagesse de répéter après Pidoux : « Le médecin doit toujours être modeste devant la phthisie. »

I

A l'heure actuelle, la médication hygiénique de la phthisie est offensive ou défensive, c'est-à-dire prophylactique ou thérapeutique. Prophylactique, elle se prépare à repousser l'agression ; c'est *l'hygiène du prédisposé* : thérapeutique, elle résiste à l'invasion, la combat et parfois même, mais rarement, la repousse : c'est *l'hygiène du contaminé*. Voilà, en apparence du moins, un plan de campagne fort simple. Comment le réaliser?

L'agent morbigène vient du dehors et envahit l'organisme par trois voies, voies aériennes, voies digestives, tissu cellulaire. Une rupture de l'ectoderme ou de l'endoderme lui donne seule passage, de sorte que, en bonne raison, toute œuvre de prophylaxie thérapeutique doit réaliser un double objectif : d'une part prévenir une effraction de l'enduit épithélial protecteur des muqueuses en évitant le choc de l'ennemi microbique; d'autre part, mettre les tissus à l'abri des redoutables effets de son invasion même partielle.

Du côté du tube digestif l'indication est capitale : il faut à tout prix maintenir l'intégrité de la muqueuse. Ainsi s'explique le danger bien connu, mais trop longtemps obscur des troubles gastro-intestinaux de l'adulte et du catarrhe digestif infantile. D'ailleurs l'expérimentation a prononcé en provoquant la tuberculisation des animaux par l'ingestion de produits suspects : matières tuberculeuses, dans les recherches de MM. Chauvau, les plus anciennes en date, d'Aufrechl, de Klebs, de Bollinger, d'Orth, de Toussaint, et dans celles plus récentes de M. Raymond; crachats des phthisiques, dans celles de Parrot, ou bien lait de vaches tuberculeuses dans les essais de Gerlach et de Bang.

A ces faits positifs on oppose les observations négatives de MM. Virchow, Tappeiner, Colin et autres; soit. Cependant la différence des résultats ayant pour cause la diversité des conditions expérimentales, une conclusion pratique se dégage, sur laquelle les membres du Congrès de Dusseldorf, en 1884, et d'autres, depuis, ont insisté, à savoir : le danger d'une alimentation suspecte, surtout pour les individus prédisposés et pour les sujets en puissance de troubles gastro-intestinaux. L'hygiène préventive est donc en accord sur ce point avec la tradition clinique, et consiste tout à la fois à combattre toute perturbation digestive et à proscrire les aliments infectes : lait de qualité douteuse ou de nourrice tuberculeuse et viandes suspectes par leur origine ainsi que par leur préparation culinaire imparfaite.

II

Du côté des voies aériennes le péril n'est pas moindre. De là sans doute le rôle un peu prépondérant que les traditions font jouer au rhume de cerveau, l'action nocive des refroidissements et l'influence non moins classique du catarrhe pulmonaire, du sommet sur les débuts de la phthisie. Cruveilhier écrivait : « Prévenez les phlegmasies et vous guérirez vos malades. » N'est-on pas en droit de répondre aujourd'hui : « Evitez l'effraction des muqueuses, vous préviendrez le choc et l'invasion bacillaire? »

Ici d'ailleurs l'hygiène thérapeutique a aussi des devoirs à remplir, pour combattre l'anémie, la chlorose, la scrofule, en un mot, toutes les affections qui ont la nutrition retardante pour cause et l'affaiblissement de la résistance des tissus, pour effet. Ainsi envisagé, le traitement de ces états morbides ne revient-il pas encore à faire de la prophylaxie bien entendue?

La contagion par la voie cutanée est plus rare et cliniquement moins connue. « La matière tuberculeuse, en supposant qu'elle pénètre accidentellement par les téguments, — c'est M. G. Sée qui l'affirme, — n'a jamais donné lieu chez l'homme à aucune contamination locale, ni, à plus forte raison, à une infection générale. » A cette opinion consolante on pourrait cependant, entre autres exemples, opposer les cas de lupus, dans lesquels, après des scarifications inconsidérées, le microbe pénètre par les plaies, émigre dans l'organisme et prend domicile dans le parenchyme pulmonaire.

L'injection des liquides de culture dans le sang ne passe pas non plus pour être inféconde. M. Cornil le démontre par ses leçons publiées dans le *Journal des connaissances médicales* de janvier et de février dernier. Néanmoins ces cas sont jusqu'à présent des exceptions. Je ne m'y arrête pas, et, me tenant sur le terrain des préservations hygiéniques, j'en arrive à la prophylaxie plus urgente de la contagion par les voies aériennes.

III

Des données récentes permettent de soupçonner la transmission du contage par l'atmosphère et, de plus, à défaut de la présence du bacille dans l'air expiré, la nocuité probable de ce dernier et peut-être son rôle pathogène dans l'étiologie de la maladie.

Avant d'aller plus loin, interrogeons la médecine expérimentale et l'observation clinique. L'air expiré par les phthisiques véhicule-t-il le microbe? Non, d'après M. Straus; non encore d'après MM. Cadéac et Malet (*Revue de médecine*, juillet 1887); non encore, d'après les recherches de Tappeiner, invalidant les affirmations qu'un médecin vétérinaire, M. Giboux, produisait à l'Académie des sciences, le 22 mars 1883; non, enfin, d'après d'autres et parmi eux MM. Celli et Guarneri (*Gazetta medica italiana*, 25 octobre 1884).

Il en est autrement d'une atmosphère chargée de la poussière de crachats desséchés des phthisiques et en particulier de celle des salles de malades; témoin l'air de Brompton Hospital, analysé par M. Théodore William, les faits cités par Bollinger et les documents contenus dans la dissertation inaugurale de Wehde; témoin les expériences de Koch, produisant l'infection bacillaire par inhalation. N'était-ce pas aussi l'opinion de Panarola, en avance sur nos contemporains et attribuant, disait-il, la contagion de la maladie à l'inspiration répétée des crachats des phthisiques?

Ces observations donnent la raison des dangers banalement connus de la cohabitation, de la contagion matrimoniale et de la contagion familiale. Dans son enquête, la *British medical Association* en mentionne des exemples.

Ici, dans les cas de Weber, Mac Dowel, Vialettes, ce sont des maris phthisiques infectant successivement plusieurs femmes, ou des femmes qui transmettent la maladie à leur mari; là, ce sont des contagions entre frères et sœurs, dans lesquelles on invoque trop volontiers l'influence mystérieuse de l'hérédité. Zasetzky a dernièrement cité des faits qui sont démonstratifs, entre autres dans le n° 49 du *Wratch* de l'année 1884 où il rapporte l'histoire d'une famille dont tous les membres cohabitèrent successivement sous le même toit et tour à tour se contagionnèrent les uns les autres.

De tels exemples méritent, je pense, l'attention du thérapeutiste pour assurer la prophylaxie familiale. Ils ne la méritent pas moins, quand il s'agit de prévenir la contagion dans les grandes agglomérations, casernes, pensionnats, prisons et couvents. En voici un exemple que j'emprunte à M. Kempf. Cet observateur a été à même de suivre le développement de la contagion parmi les religieuses du couvent du village de Ferdinand.

Depuis la fondation de cet établissement et jusqu'à 1880, écrivait-il dans le *Louisville médical*, du 22 mai 1884, jamais aucun cas de tuberculose n'avait été observé dans le personnel de cette institution. Les conditions hygiéniques étaient excellentes, la ventilation et le drainage satisfaisants, et aucune de ces femmes ne possédait d'antécédents héréditaires. En 1880, M. Kempf est consulté par l'une d'elles, fille de dix-huit ans, qui, nonobstant des symptômes de phthisie pulmonaire avancée, n'en continuait pas moins la cohabitation commune. Quelque temps après, une de ses compagnes présente aussi des signes indéniables de tuberculose pulmonaire. Puis, dans l'espace de quatre mois, neuf autres religieuses, jusque-là indemnes, sont successivement contaminées. Six d'entre elles succombèrent, et chez les trois autres la maladie suivit une marche chronique. C'était une épidémie. M. Kempf fit dès lors pratiquer l'isolement absolu de ces malades et la désinfection, et depuis cette époque aucun cas nouveau de tuberculose n'a été observé dans cet établissement.

On conclut aisément de tels faits à l'urgence de l'éloignement des prédisposés hors du contact des phthisiques, de l'isolement de ces derniers dans la famille, du danger des refuges destinés aux phthisiques, orphelinats et ouvroirs, où, avec l'excuse de la charité, la contagion s'exerce si activement; enfin d'une désinfection effective des produits morbides qu'ils expectorent. Galien, Morgagni, Morton, Sennert, Frantz, Zimmerman et d'autres de nos anciens jugeaient donc bien en affirmant ces dangers de contagion de la phthisie!

IV

Après les mémorables travaux dont M. Villemin est l'initiateur et dont M. Koch a fait la preuve, ce débat devait, pensait-on, se clore. Il n'en est rien : l'Académie des sciences et la Société de biologie viennent d'en être saisies par les importantes communications de MM. Brown-Séquard et d'Arsonval sur la nocuité de l'air expiré. La pureté bacillaire de cet air avait bien été démontrée par les recherches de MM. Straus et Dubreuilh, Grancher et Charvin; mais voici que, si les microbes pathogènes y font défaut, il y existe cependant des principes toxiques, des leucomaïnes vraisemblablement, susceptibles de donner lieu à des accidents chroniques ou tout au moins, de préparer le terrain, c'est-à-dire, l'organisme à l'ensemencement des germes extérieurs susceptible de s'y implanter.

Toute conclusion serait maintenant prématurée. Il faut donc y surseoir, tout en admettant que si le parenchyme pulmonaire joue le rôle d'un filtre purificateur retenant les microbes que l'air véhicule, ce filtre se laisse aussi traverser par un « contingent de substances toxiques ».

Dès lors, la ventilation devient plus que jamais l'un des puissants facteurs de la thérapeutique prophylactique de la phthisie. Les remarques de Henri Bennett (de Menton) sur les vertus curatives de la vie au grand air se trouvent indirectement justifiées. Au reste en 1869 et 1870, M. Brown-Séquard instituait déjà des expériences démonstratives qu'on ne saurait trop rappeler. Il inoculait sous la peau de centaines de cobayes les produits tuberculeux. Parmi ces animaux les uns survivaient, car on les maintenait à l'air libre, on les nourrissait abondamment et l'on renouvelait souvent leur litière. Les autres vivaient dans une atmosphère confinée et dans des conditions hygiéniques défectueuses, et chez eux les inoculations devenaient fertiles et l'infection tuberculeuse était indéniable.

Ces expériences ont une incontestable valeur. L'année dernière, M. Trudeau (de New-York) les répétait sur des lapins et en obtenait des résultats confirmatifs. Nouvelle preuve de la complexité du problème pathogénique à résoudre!

Sur ce point d'ailleurs l'observation clinique a devancé la médecine expérimentale. Il est classique de recommander les cures au grand air; M. Jaccoud les préfère adoptant les méthodes d'entraînement plutôt que les méthodes de protection, et dans ses leçons sur la phthisie, en 1881, M. Girard (de Marseille) préconise lui aussi la vie au grand air et blâme sévèrement une éducation efféminée. Plus récemment encore, le 15 janvier 1885, dans une *Crownian lecture* au Collège royal des médecins de Londres, M. Weber attribuait à l'observation de ces règles hygiéniques l'efficacité des climats d'altitude, sans qu'il soit besoin d'invoquer, comme on l'a fait souvent, la rareté des microbes dans l'air des hauts plateaux alpins.

V

Les mesures de préservation alimentaire et atmosphérique ne s'accommodent pas toujours avec les nécessités sociales de l'existence. Et, d'ailleurs, fussent-elles sagement observées, elles ne suffiraient pas, il faut l'avouer, pour repousser victorieusement le choc trop souvent fatal de l'ennemi extérieur. Laennec aurait souri d'une thérapeutique trop prudemment défensive, lui qui protestait contre l'opinion timorée de ceux qui, selon l'expression de M. Germain Sée, « ordonnent des précautions infimes contre le froid et le chaud, les vents et les poussières, le sec et l'humide », et devraient, en bonne logique, les condamner à « rester chez eux pour ne pas se refroidir et à s'isoler pour éviter le contact des bacilles de l'atmosphère ».

La pusillanimité de cette hygiène coercitive ne s'accommode guère de l'emploi méthodique des exercices corporels. Ces derniers, dont les bienfaits sont de connaissance banale, réalisent cependant « l'endurcissement » de l'organisme. A ce titre les modernes législateurs des cures prophylactiques par entraînement physiologique ont eu des devanciers. Busch et Salvatori prescrivaient l'équitation, et l'on n'a pas oublié que, dans son engouement pour cet exercice physique, Stahl écrivait, en 1697, les pages fameuses *De novo specifico antiphthisico equitatione.*

Avec l'escrime, l'équitation et les méthodes gymnastiques de Laisné et Pichery, on dispose aujourd'hui d'autres moyens mécano-thérapiques d'*entraînement musculaire*, pour combattre l'exiguïté de la cage thoracique et augmenter la puissance de la ventilation respiratoire.

On obtient plus encore, à l'heure actuelle, en combinant cette gymnastique des muscles thoraciques avec l'*entraînement pulmonaire*. Déjà, en 1836, dans les *Archives de médecine*, Ramadge en soupçonnait l'importance prophylactique dans l'hygiène des faibles et des prédisposés.

Depuis, d'autres sont venus plaider la même cause. Enfin, Dally, par la numération à haute voix combinée avec l'emploi simultané des grandes inspirations, a obtenu le développement du périmètre thoracique trop étroit, l'augmentation de la capacité respiratoire des voies aériennes, l'accroissement de l'activité circulatoire et de la ventilation bronchique: toutes conditions qui, nul ne l'ignore, sont tout à la fois défavorables au développement bacillaire, efficaces contre la stagnation de l'air et préservatrices contre l'insuffisance physiologique et l'inertie fonctionnelle des sommets pulmonaires.

Inutile d'énumérer plus longuement les mérites de ce traitement dont les indications résultent des nombreuses mensurations thoraciques, pratiquées par nos confrères militaires et notées dans un mémoire sur *les lois de la croissance chez l'homme*, que j'ai présenté à l'Académie où il fut récompensé du prix Vernois en 1885. Ainsi donc, considérée à un point de vue général, la gymnastique respiratoire prend rang parmi les agents de la médication nécrophytique préventive, non pas seulement en modifiant le terrain de culture du microbe, je veux dire l'organisme; mais bien aussi en favorisant la pénétration de l'air et l'absorption de l'oxygène, qui les anéantit ou tout au moins empêche leur multiplication.

En résumé, les moyens prophylactiques dont on dispose contre la phthisie sont, j'en conviens, encore peu nombreux. Leur application soulève des difficultés, j'en conviens encore ; mais auxiliaire des médications eutrophiques chez les prédisposés; complément des médications nécrophytiques, de la suralimentation et du traitement symptomatique chez les contaminés, elle permet déjà d'entrevoir le moment où le pronostic jadis implacable de cette cruelle maladie cessera d'être une obsession pour les malades, et, comme on le disait naguère, l'*opprobrium artis* pour les médecins.

Envisagées à ce point de vue les découvertes contemporaines sont donc plus qu'une espérance ; elles deviennent une consolation.

Ch. ELOY.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

OBSERVATION DE MALADIE DE FRIEDREICH. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux le 24 février 1888, par M. Alix JOFFROY, médecin de la Salpêtrière.

Messieurs, je vous présente un jeune homme atteint de la maladie de Friedreich. J'ai été déterminé à vous faire cette présentation par le nombre encore restreint des observations, par la rareté des cas observés en France et enfin parce que j'ai à relever sur ce malade quelques particularités non encore signalées jusqu'à ce jour dans cette affection.

D'une façon générale, ces cas sont rares et je ne crois pas qu'ils s'élèvent à plus d'une soixantaine. Vizioli (1) en a bien rassemblé 90 cas, dont 51 hommes et 39 femmes, mais je ne puis qu'appuyer les critiques faites à cette statistique par Rütimeyer (de Bâle) (2) dans un travail où il rapporte avec détails deux nouvelles autopsies qui sont confirmatives, du moins dans les grandes lignes, de celles faites dès le début par Friedreich.

(1) Vizioli, *La malattia di Friedreich* (*Giorn. di Neuropathologia*, 1885).

(2) Rütimeyer, *Ueber hereditäre Ataxie. Ein Beitrag zu den primären combinirten systemerkrankungen des Rückenmarkes*, in *Archiv. de Virchow*, 1 nov. 1887.

Presque toutes les observations ont été publiées à l'étranger, principalement en Allemagne, et Friedreich à lui seul en a publié douze. Sa première communication sur cette maladie fut faite à Spire, en 1861, à la réunion des naturalistes et médecins allemands.

En France, les faits publiés sont très peu nombreux, sans qu'on puisse dire actuellement si cela tient à la rareté des cas ou à la négligence qu'auraient mise à les publier les médecins français qui ont pu en observer.

M. Brousse (1) qui le premier a fait une monographie de cette affection, a retrouvé une observation de maladie de Friedreich dans la thèse de Carré (thèse de Paris, 1862). Il en rapporte lui-même une avec autopsie.

En 1884 M. Charcot montra à sa clinique un homme atteint de cette maladie (2).

La même année Tessier (de Lyon) communique une nouvelle observation à la Société de médecine de Lyon.

En mars 1887, M. Blocq, interne des hôpitaux, en publie un autre dans les *Archives de neurologie*.

La même année, M. Charcot montre un nouveau cas à sa clinique, et sa leçon, recueillie par M. Berbez, fut publiée dans le *Progrès médical*, n° 23, 1887.

Tels sont, croyons-nous, les seuls faits publiés en France, le suivant serait donc le septième (3).

OBS. — C'est en 1885 que je vis pour la première fois le malade qui fait le sujet de cette observation, il était alors âgé de dix-sept ans et était accompagné d'un frère aîné âgé de vingt-six ans, très bien portant, et qui me fournit les renseignements qui suivent.

Il n'a pas eu connaissance qu'il ait existé d'affection nerveuse et plus particulièrement d'ataxie ni chez ses grands-pères et grand'mères ni chez ses oncles, mais l'une de ses tantes avait des attaques dont on ne peut préciser la nature. Le père et la mère n'ont jamais présenté aucune maladie nerveuse ; le père est mort à quarante-deux ans, d'une tuberculose pulmonaire qui eut une longue durée. La mère mourut à trente-deux ans, probablement aussi d'une tuberculose pulmonaire.

La mère eut cinq enfants, en 1885 tous étaient vivants.

L'aîné, qui nous a fourni ces renseignements, a aujourd'hui vingt-six ans, se porte bien et n'a jamais présenté aucun accident nerveux.

Le second enfant est une fille. Elle a commencé par avoir une démarche titubante, vers l'âge de douze ans, présentant des troubles de la marche, qui sont bien caractérisés par ce fait que son jeune frère (celui dont nous allons rapporter l'observation) lui disait en plaisantant qu'elle était ivre. Vers l'âge de seize ans, il lui était impossible de sortir dans la rue, mais elle pouvait encore marcher dans la maison en se tenant aux meubles ou en s'appuyant sur une chaise qu'elle poussait devant elle ; la parole était tout à la fois traînante et saccadée, il y avait des mouvements incoordonnés des membres supérieurs se rapprochant de ceux que l'on observe dans la sclérose en plaques, le corps était penché en avant et il y avait des oscillations de la tête. Elle mourut l'an dernier de tuberculose pulmonaire à l'âge de vingt-cinq ans.

Le troisième enfant est une fille de ving-deux ans. A la suite d'une scarlatine survenue en bas âge elle fut atteinte d'atrophie d'une cuisse avec un léger raccourcissement ; il est difficile de dire s'il s'agit d'une coxalgie ou d'une paralysie infantile.

Le quatrième enfant est une fille âgée de dix-neuf ans, qui est très bien portante.

Tous ces enfants ont présenté ainsi que le sujet de l'observation des stigmates de scrofule dans leurs premières années.

Le cinquième enfant, celui dont nous donnons ici l'observa-

(1) Brousse, *De l'ataxie héréditaire ou maladie de Friedreich*, Paris, 1882.

(2) Lezioni, Clinicbe del l'anno 1883-84, redatte dal Domenico Miliotti, p. 71.

(3) M. le docteur Descroizilles nous signale, au sortir de la séance de la Société médicale des hôpitaux, l'omission que nous avons faite d'une observation publiée par lui dans le *Progrès médical*, 1886. Le temps nous manque pour en prendre connaissance. Il convient également de mentionner ici l'article de M. Raymond, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, sur l'ataxie héréditaire.

tion, a dix-neuf ans. C'est vers l'âge de dix ans qu'il éprouva les premiers symptômes de sa maladie, il lui arrivait parfois de ne pouvoir suivre ses camarades à la promenade, ou bien encore, de faire de fréquents écarts lorsqu'il marchait en rang avec eux.

Il eut vers l'âge de deux ans une scarlatine assez grave et ne marcha qu'à quatre ans; à partir de ce moment, il n'y a plus rien d'important à signaler chez lui jusqu'au début de la maladie actuelle. Le malade n'a pas remarqué que le début ait commencé par une jambe et ait affecté la forme monoplégique. Vers l'âge de quatorze ans, la marche devint incoordonnée et il arrivait assez souvent au malade de tomber, même sans rencontrer d'obstacle. C'est vers l'âge de quinze ans que le malade a remarqué que les membres supérieurs commençaient à se prendre. L'écriture ne s'est pas trouvée beaucoup modifiée, mais il ne pouvait pas écrire aussi longtemps qu'auparavant.

C'est aussi à ce moment que se développa une scoliose caractérisée par la déviation des apophyses épineuses de la région dorsale supérieure, formant une courbe à concavité gauche avec chute de l'épaule droite qui est légèrement portée en avant; en même temps l'angle de l'omoplate se détache de la paroi thoracique.

C'est également vers quinze ou seize ans que sa parole présenta les modifications que nous lui trouvons encore aujourd'hui. En même temps le facies prit un caractère marqué d'hébètement.

Voici son état actuel (février 1888); non seulement il ne s'est pas aggravé depuis deux ans, mais à certains points de vue, il s'est même produit quelque amélioration.

La marche est incoordonnée, ébrieuse, et si un point d'appui n'est pas généralement indispensable au malade, il lui arrive fréquemment de s'appuyer sur un meuble ou contre un mur pour éviter une chute, qui se produit encore assez fréquemment. Le pied est lancé en avant et retombe sur le talon et non sur la pointe.

L'occlusion des yeux augmente considérablement le trouble de la marche et l'instabilité dans la station debout, et si le malade n'ouvrait rapidement les yeux ou si on ne le retenait, il tomberait inévitablement.

Le soir, à la chute du jour, le même phénomène se produit et l'obscurité condamne le malade à séjourner sur place.

Au repos, ou pendant la marche, les pieds ne paraissent pas déformés. Mais si on met le pied à nu et qu'on fasse croiser les jambes au malade de manière que le pied soit ballant, on voit la déformation se produire. La saillie du cou-de-pied, au niveau du premier métatarsien, est fortement accusée, la voûte plantaire est exagérée en dedans et le malade a une grande tendance à redresser les orteils, surtout le gros orteil.

Il n'y a pas aux membres inférieurs de troubles de la sensibilité générale, cependant il est à noter que les explorations douloureuses sont mal tolérées et paraissent indiquer un certain degré d'hyperesthésie.

Le réflexe plantaire est très marqué. Le sens musculaire est intact. Les réflexes tendineux sont complètement abolis.

Aux membres supérieurs on remarque une certaine maladresse, qui s'exagère sous l'influence de l'émotion. On voit alors le malade faisant des mouvements saccadés et un peu incoordonnés. C'est alors qu'on peut le voir exécuter pour prendre un objet, une cuiller par exemple, le mouvement qui consiste à placer sa main à une certaine distance au-dessus de l'objet qu'il veut saisir, à s'arrêter comme un oiseau qui plane au-dessus de sa proie et à tomber ensuite tout d'un coup sur lui, comme cela a été indiqué par M. Charcot, chez son dernier malade.

L'écriture est lisible, assez régulière, non tremblée, mais elle est lente et fatigue vite le malade.

Au tronc il n'y a pas d'autre particularité à noter que la déformation de la colonne vertébrale. En 1885, je l'ai constatée plus prononcée qu'aujourd'hui. Elle siège au niveau des vertèbres dorsales présentant une concavité à gauche. L'angle inférieur de l'omoplate est distant de la ligne des apophyses épineuses de la colonne vertébrale de 9 centimètres à droite, de 7 centimètres et demi à gauche. En même temps, l'omoplate droite se détachait notablement du thorax, l'épaule droite était un peu portée en avant et le membre supérieur correspondant était très affaibli.

Les muscles deltoïde, pectoraux, trapèze, biceps et triceps du côté droit paraissaient plus petits et plus mous que ceux du côté gauche.

Aujourd'hui, l'épaule droite ne tombe plus, l'atrophie notée il y a deux ans n'existe plus d'une façon notable, et le membre supérieur droit a recouvré sa force.

Au dynamomètre on obtient 47 à droite et 43 à gauche.

En revanche on trouve aujourd'hui comme il y a deux ans une diminution de la contractilité électrique, tant galvanique que faradique, dans les muscles précédemment mentionnés. On est également frappé de la douleur exagérée ressentie par le malade pendant cette exploration.

La physionomie du sujet s'est modifiée vers l'âge de quatorze ans, l'aspect de la face est devenu hébêté, la paupière supérieure est tombante et coupe généralement l'iris presque par moitié; le nez est gros, épaté, les lèvres épaisses, retournées en dehors, et les mouvements qui accompagnent la parole sont plus ou moins irréguliers. La parole est lente, traînante et fatigue rapidement le malade; s'il parle longtemps, la salive s'écoule par les commissures.

Certains muscles de la face et de la langue paraissent affaiblis, en particulier les muscles frontaux que le malade est presque incapable de faire contracter, ainsi que les releveurs de la pointe de la langue. Le malade peut, en effet, la porter facilement à droite et à gauche ainsi qu'en bas; mais il lui est impossible de la passer sur la lèvre inférieure alors qu'autrefois il pouvait atteindre l'extrémité de son nez.

Déjà, en 1885, j'avais noté la grande facilité avec laquelle on ouvrait facilement et malgré les efforts du malade, l'œil droit lorsqu'il le tenait fermé avec effort. Aujourd'hui cette faiblesse des muscles des paupières est moins accusée à droite, mais se retrouve des deux côtés.

Le malade peut siffler, souffler, et ne présente aucun trouble de la déglutition.

La tête est mobile et ne présente pas de mouvements oscillatoires.

La vue est affaiblie, il y a eu de la diplopie il y a quinze ou dix-huit mois, mais elle a complètement disparu depuis cinq ou six mois au moins; il n'y a pas de lésions du fond de l'œil, mais le champ visuel est rétréci pour le blanc, il est des deux côtés plus petit pour le bleu que pour le rouge, et enfin le violet n'est pas distingué du côté droit. Il n'y a pas de nystagmus. Les réflexes iriens sont normaux (examen du docteur Parinaud).

A certains moments les troubles de la vue s'accusent plus fortement, il y a un reste de vertige et souvent alors le malade perd l'équilibre et tombe. Il n'y a jamais eu ni syncope, ni attaque apoplectiforme.

L'ouïe est affaiblie des deux côtés. Pour se faire entendre du malade à une distance de quelques mètres on est obligé d'élever notablement la voix; il n'entend le tic tac d'une montre qu'à une distance de 20 centimètres à droite, de 15 à gauche. Mais il faut noter que ces troubles auditifs existent depuis longtemps, peut-être même seraient-ils antérieurs à la maladie.

Il n'y a pas de troubles du goût ni de l'odorat.

Le pouls est régulier à 80 par minute, l'impulsion cardiaque normale, il n'y a aucune altération des orifices.

Il n'y a pas de troubles de l'intelligence; la mémoire des faits paraît être restée intacte, cependant on doit noter qu'autrefois le malade savait un peu de grec, de latin, d'anglais et d'allemand, et qu'il a tout oublié. Le caractère est devenu bizarre et le malade est assez difficile à diriger.

Il n'y a pas de modifications de l'urine.

Il n'y a pas de troubles de la vessie ni du rectum.

Les fonctions génitales paraissent absolument normales.

Messieurs, j'ai dit au début de ma communication que ce nouvel exemple de la maladie de Friedreich présentait quelques particularités; vous me permettrez de les mettre brièvement en relief.

Scoliose vertébrale. — A propos de la scoliose vertébrale, qui constitue un symptôme si fréquent et si original de cette affection, j'ai signalé la faiblesse, la mollesse et la diminution de la force dans les muscles de l'épaule et du membre supérieur droit. On comprend tout l'intérêt qu'il y a à déterminer à quel genre d'atrophie musculaire on a affaire dans ces cas. L'examen de la contractilité électrique, pratiqué en 1885, au moment où la lésion présentait son maximum d'intensité, m'a montré une simple diminution quantitative, aussi bien galvanique que faradique, par comparaison avec les muscles du côté opposé. Ce résultat

nous donne à penser, en l'absence de toute modification qualitative de la contractilité électrique, qu'il ne s'agit nullement d'une atrophie musculaire dégénérative.

Les mêmes considérations s'appliquent à la parésie des muscles de la face ; là non plus il ne semble pas y avoir d'atrophie dégénérative.

Cette conclusion, tirée de l'examen électrique des muscles diminués de volume et de consistance, est conforme à ce qu'a déjà dit sur ce point Friedreich, qui n'a pas trouvé dégénérés les muscles des membres inférieurs et des lombes dont il avait constaté la diminution de volume pendant la vie.

Parésie faciale. — Nous avons insisté dans notre observation sur la parésie très marquée du muscle frontal, des muscles releveurs de la pointe de la langue et même des orbiculaires des paupières, ainsi que sur le changement que ces parésies avaient imprimé à la physionomie. C'est la première fois, croyons-nous, que le fait est signalé dans la maladie de Friedreich, et c'est aussi la seule fois que nous l'avons noté sur cinq malades que nous avons observés jusqu'à ce jour.

S'agit-il d'un phénomène étranger ou propre à la maladie? Nous avons répondu à cette question en établissant qu'il ne s'agit pas là d'atrophie dégénérative, mais seulement de phénomènes parétiques analogues à ceux que l'on peut observer dans les muscles des membres ou du tronc. Seulement, il est probable qu'en pareille circonstance la lésion siège très haut dans le bulbe. On sait en effet que dans les relations nécroscopiques publiées jusqu'à ce jour, si l'on a noté que la lésion des cordons postérieurs de la moelle remontait dans les régions postérieures du bulbe ; par contre, on n'a décrit que dans la moelle, et non dans le bulbe, la lésion des faisceaux pyramidaux. Cela tient-il à ce que les faisceaux pyramidaux sont toujours intacts dans le bulbe, ou bien à ce que le bulbe n'a pas toujours été examiné avec le même soin que la moelle épinière? Nous ne saurions le dire, mais nous pouvons mentionner que la relation de l'examen du bulbe nous a paru bien sommaire dans presque toutes les observations, même dans les deux cas étudiés si consciencieusement par Rütimeyer (de Bâle). Et puisque nous avons signalé ce desideratum, demandons aussi que dans la prochaine autopsie où l'on aura constaté des phénomènes oculaires, et surtout du nystagmus, on examine soigneusement, non seulement le bulbe, mais encore les régions situées plus haut, principalement au voisinage de l'aqueduc de Sylvius et des tubercules quadrijumeaux.

Diplopie. — Il convient aussi de mentionner dans ces courtes observations, la diplopie passagère qui a existé pendant un an environ chez notre malade. C'est là un symptôme commun dans la maladie de Duchenne, et qui paraît par contre tout à fait exceptionnel dans celle de Friedreich. Cela montre une fois de plus qu'il ne faut pas se presser quand on veut tracer le cadre définitif d'une maladie.

Déformation du pied. — Lorsque M. Charcot a étudié par la méthode des empreintes, avec M. Gilles de la Tourette, la marche des malades atteints de l'affection qui nous occupe, il a insisté et décrit en détail la déformation singulière des pieds qu'on observe dans la maladie de Friedreich. Il y a lieu, croyons-nous, de rapprocher cette déformation de celle que nous avons signalée dans la maladie de Duchenne (de Boulogne) (Joffroy, *Du pied bot tabétique*, in *Société médicale des hôpitaux*, 1885, p. 345 et p. 446), et en même temps de faire cette remarque essentielle que dans la maladie de Friedreich la déformation existe chez le malade qui marche, et cela bien longtemps, avant qu'il soit confiné au lit, tandis que dans la maladie de Duchenne (de Boulogne) la déformation ne se développe jamais que plus ou moins longtemps après que le malade est alité.

Tuberculose pulmonaire. — Dans son intéressante monographie, M. Brousse fait remarquer que son malade est mort tuberculeux et se demande s'il n'y avait pas quelque relation entre la tuberculose et la maladie de Friedreich. A cette question, nous répondrons que la tuberculose est bien commune et la maladie de Friedreich bien rare ; mais, si la plupart des sujets morts jusqu'à présent n'ont pas succombé à la tuberculose, celui dont nous venons de rapporter l'histoire appartient à une famille de tuberculeux, et sa sœur, atteinte de la maladie de Friedreich, est morte tuberculeuse.

En 1879, quand nous avons publié notre mémoire sur la névrite parenchymateuse (Joffroy, *De la névrite parenchymateuse spontanée, généralisée ou partielle*, in *Archives de physiologie*, 1879), nous faisions remarquer que les malades dont nous rapportions l'observation étaient morts tuberculeux. Il ne s'agissait pas là d'une coïncidence due uniquement au hasard, et MM. Pitres et Vaillard ont confirmé la relation que nous avions soupçonnée dès le début de l'histoire des névrites. Nous ne croyons guère qu'il en sera de même pour la maladie de Friedreich.

Telles sont, Messieurs, les remarques cliniques que nous voulions vous soumettre au sujet de ce nouvel exemple d'une maladie qui occupe une place entre l'ataxie locomotrice progressive et la maladie de Duchenne (de Boulogne), présentant, comme le faisait voir M. Charcot dans sa leçon, des analogies et des différences avec chacune d'elles.

Cliniquement, la maladie de Friedreich se rapproche de l'ataxie locomotrice par l'incoordination motrice, le signe de Romberg, l'absence du réflexe patellaire. Elle s'en éloigne par l'absence des phénomènes douloureux, l'absence de troubles marqués de la sensibilité, l'absence de symptômes vésicaux, et généralement aussi par l'absence de troublaires oculaires, etc.

Cliniquement, la maladie de Friedreich se rapproche de la sclérose en plaques par les troubles de la parole, le nystagmus, et parfois par le caractère saccadé des mouvements. Elle s'en éloigne par l'existence du signe de Romberg, l'absence de trépidations épileptoïdes, l'absence de contractures (à moins que ce ne soit aux périodes ultimes de la maladie), l'absence d'attaques apoplectiformes, etc.

Enfin elle s'individualise part rapport aux deux maladies précédentes, par son caractère familial plutôt qu'héréditaire, par la scoliose, la déformation du pied en varus équin, par sa marche régulièrement progressive et sa durée, qui est habituellement de quinze à vingt ans.

Anatomiquement (comme cela a été établi dès le début par les autopsies de Friedreich, et confirmé depuis par différents auteurs, et tout dernièrement par Rütimeyer), la lésion frappe surtout les cordons de Goll dans toute leur hauteur jusque dans le bulbe. Dans la moelle, elle s'étend plus ou moins dans les cordons de Burdach, en laissant généralement indemne la partie qui avoisine la corne postérieure.

En outre de cette sclérose des cordons de Goll et de Burdach, il y a une sclérose des faisceaux latéraux de la moelle (faisceau cérébelleux et faisceau pyramidal). Là encore, comme dans les faisceaux postérieurs, le foyer de sclérose ne s'étend pas jusqu'à la corne postérieure, mais en reste séparé par une bande de substance blanche non enflammée.

Dans la substance grise, on constate l'atrophie des colonnes de Clarke.

La sclérose a son maximum d'intensité dans les cordons de Goll ; elle est moins intense dans les cordons de Burdach et dans les faisceaux latéraux.

La lésion est également plus prononcée aux régions dorso-lombaires que dans les parties élevées de la moelle.

Il s'agit d'une sclérose à tendance systématique, ce qui

constitue une différence fondamentale avec la sclérose en plaques et un point de rapprochement avec l'ataxie locomotrice. Mais, outre qu'il s'agit d'une sclérose systématique combinée, nous ferons remarquer que dans la maladie de Friedreich, la sclérose (aussi bien dans les cordons postérieurs que dans les latéraux) s'éteint avant d'atteindre la corne postérieure, qui resterait intacte, tandis que dans l'ataxie locomotrice progressive la lésion frappe de bonne heure les faisceaux radiculaires.

Cette maladie, tant au point de vue clinique qu'anatomique, paraît donc réellement constituer une entité morbide.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1888.

Un parasite du cowpox. Note de M. *P. Pourquier*. — Dans une communication précédente sur la dégénérescence du vaccin et sur les moyens d'en empêcher l'atténuation, l'auteur avait montré que cette dégénérescence provenait de l'ensemencement du virus sur des terrains défavorables. Aujourd'hui, il a reconnu que cette dégénérescence provient aussi de la présence d'un micro-organisme, parasite du cowpox.

Des études qu'il a entreprises sur ce sujet depuis 1881, et qu'il a renouvelées plusieurs fois avec des virus de provenances diverses, il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Quand tout le champ vaccinal d'une génisse présente des pustules altérées, la génisse doit être abandonnée, un autre sujet vaccinifère doit être cherché et doit être inoculé avec un nouveau vaccin.

2° Le plus souvent, au début, le parasite n'est pas envahissant d'emblée, quelques pustules seules sont çà et là atteintes par le mal. Dans ce cas, on doit se livrer à une sélection attentive et rejeter le liquide vaccinal des mauvaises pustules.

3° L'auteur fait ressortir la nécessité d'une antisepsie rigoureuse pour empêcher la pénétration du parasite. Les lotions phéniquées ou au sublimé de la surface vaccinifère, avant, après la vaccination ; la désinfection à l'étuve des couvertures de l'animal ; un entretien méticuleux des instruments : tels sont les moyens de défense.

4° Si le parasite entre dans la place, la sélection des pustules et une antisepsie encore plus surveillée arrêteront son extension.

De l'acide carbonique appliqué au traitement de certaines formes de dyspnée. Note de M. *Edmond Weill*. — L'idée d'employer les inhalations d'acide carbonique pour combattre la dyspnée a été suggérée à l'auteur par les expériences de M. Brown-Séquard, et c'est ainsi qu'il a fait respirer à ses malades de l'acide carbonique pur au moyen de l'appareil Limousin. Les séances, répétées une ou deux fois par jour, duraient de deux à cinq minutes, et la dose d'acide carbonique variait de deux à quatre litres pour chaque inhalation. Celles-ci n'ont jamais eu aucun effet fâcheux, loin de là même. M. Weill a observé une action eupnéique instantanée, très nette et durable. Les malades qu'il a ainsi traités étaient surtout des tuberculeux, la plupart atteints de laryngite et de lésions avancées des poumons. Lorsque l'acide carbonique était inhalé par eux au moment d'un paroxysme dyspnéique, l'accès était en quelque sorte coupé court et remplacé par un bien-être très accusé. Si l'inhalation était faite entre les accès, on observait un premier effet caractérisé par une respiration plus libre et, de plus, l'acide carbonique avait une action préventive sur les paroxysmes, les diminuant de fréquence, d'intensité et de durée.

M. Weill a pu traiter avec le même succès les accès de dyspnée d'emphysémateux atteints d'albuminurie. Il ajoute que ces inhalations sont constamment suivies d'une abolition de la sensibilité réflexe du pharynx et du larynx, mais qu'elles ne déterminent aucune modification de la sensibilité cutanée.

En résumé, les inhalations d'acide carbonique par la facilité et la simplicité de leur emploi, par leur effet eupnéique très net et leur innocuité, conviennent au traitement de certaines formes de dyspnée où leur action peut se comparer à celle de l'injection sous-cutanée de morphine contre la douleur.

SÉANCE DU 5 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Sur le développement des globules rouges du sang. Note de M. *L. Cuénot*. — La grande incertitude qui règne encore sur l'origine et l'évolution des globules rouges du sang a engagé l'auteur à présenter le résultat de ses nouvelles recherches sur ce sujet, résultat dont voici les principaux points.

1° Toute rate de vertébrés inférieurs contient toujours deux sortes d'éléments propres, lesquels consistent en noyaux entourés d'une mince couche protoplasmique et évoluant de deux façons différentes et de telle sorte que c'est dans le sang et non dans l'organe splénique que l'on doit étudier le développement des globules rouges ;

2° Le noyau paraît avoir un rôle important dans la formation de l'hémoglobine. Soit que les granules qui s'en détachent jouent le rôle d'un ferment ou apportent le fer nécessaire à la constitution de cet albuminoïde, l'hémoglobine apparaît toute formée dans l'hématie primitivement incolore et se concentre peu à peu, à mesure que les granules browniens disparaissent ;

3° Le processus que suivent les hématies est le même chez tous les vertébrés inférieurs ;

4° Chez les vertébrés supérieurs, au contraire, les hématies se développent entièrement dans la rate et ne passent dans le sang qu'à l'état parfait ;

5° Le noyau, au lieu de persister, même très amoindri, chez les vertébrés supérieurs comme chez les inférieurs, se dissout entièrement pendant la formation de l'hémoglobine ; mais, au fond, le procédé évolutif est morphologiquement le même.

Sur le développement et la marche de la pneumonie des porcs dans le Midi. Note de M. *Fouque*. — L'auteur a étudié le développement et la marche de cette affection non seulement dans les Bouches-du-Rhône où la maladie a été importée tout d'abord, mais encore dans les départements voisins et à l'étranger, en Espagne et en Italie, dans les provinces limitrophes de nos frontières méridionales.

Voici les conclusions de son travail :

L'épizootie de pneumonie contagieuse qui a sévi pendant l'année 1887, dans le midi de la France et qui, à cette heure, y continue encore ses ravages, est d'origine africaine. Elle a été importée, au mois d'avril 1887, par des porcs algériens venus de la province d'Oran. Elle a fait en quelques mois dans les Bouches-du-Rhône plus de vingt mille victimes. Les porcelets et surtout les porcs de trois à neuf mois sont les plus atteints. Les porcs gros paraissent les moins exposés.

Les métis marseillais, les porcs anglais du Yorkshire, les porcs russes résistent moins à la maladie que les porcs africains.

Il y a environ deux mois, il a été introduit dans une porcherie de Gignac cinquante porcs de deux à trois mois, origi-

naires de la Haute-Garonne. Ces porcs, placés dans des loges qui avaient contenu des malades et qui n'avaient été que très imparfaitement désinfectées, sont restés en bonne santé pendant que plus de 100 cas de pneumonie contagieuse étaient constatés autour d'eux dans la même porcherie.

Se trouvait-on en présence d'un nouvel exemple d'immunité naturelle comparable à celui signalé, il y a longtemps déjà, par M. Chauveau, de moutons algériens, relativement au charbon bactéridien? C'est un point qui reste à l'étude.

E. Rivière.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

MM. les docteurs *Corlieu, Galezowski, Lereboullet, Magitot* et M. *Rivière* se portent candidats à la place déclarée vacante parmi les associés libres.

M. *Lamarque*, stagiaire aux eaux minérales, envoie un *Rapport sur Cauterets.*

M. le docteur *Gauthier* (à Charolles, Saône-et-Loire) adresse une Note manuscrite sur *le traitement de la maladie de Basedow, du diabète et de l'épilepsie par l'antipyrine.* — (Commission : MM. *Germain Sée, Constantin Paul* et *Dujardin-Beaumetz.*)

M. *Brouardel* présente la deuxième partie du *Compte rendu des travaux du Conseil d'hygiène du Rhône de* 1860 *à* 1885, par M. le docteur *Lacassagne.*

M. *Le Roy de Méricourt* dépose, au nom de M. le docteur *Barret*, médecin de la marine, un ouvrage en deux volumes ayant pour titre: *L'Afrique occidentale, la nature et l'homme noir.*

M. *Laboulbène* présente: 1° au nom de M. le docteur *Mordret* (du Mans), une bruchure sur deux observations d'*atrophie cérébrale;* 2° de la part de M. le docteur *P. Fabre* (de Commentry), trois brochures intitulées: *Coup d'œil sur la dermatologie en France et à l'étranger; Notice sur trois épidémies d'oreillons observées à Commentry; Notice nécrologique sur M. le docteur Barbrau.*

M. *Joannès Chatin* offre un mémoire concernant ses *Recherches morphologiques sur les pièces mandibulaires, maxillaires et labiales des hyménoptères.*

M. *Durand-Fardel* dépose, de la part de M. le docteur *Louis Delmas*, médecin-major de 1re classe, une brochure intitulée: *Souvenirs militaires et relation médico-chirurgicale de la campagne du Sud-Oranais en* 1881-1882.

M. *Larrey* présente l'article Étymologie, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par M. le docteur *Lereboullet.*

M. *Villemin* dépose, au nom de M. le docteur *Delorme*, professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce, le tome 1er de son *Traité de chirurgie de guerre.*

M. *Polaillon* présente une Note manuscrite de M. le docteur *J. Bœckel* (de Strasbourg) sur une série de *vingt résections du genou toutes suivies de guérison.* — (Commission: MM. *Verneuil, Polaillon* et *Tillaux.*)

M. *Planchon* dépose la 2e édition du *Guide pratique pour les travaux de micrographie*, par MM. *Beauregard* et *Galippe.*

Déclaration de vacance. — L'Académie déclare la vacance d'une place de membre titulaire dans la XIe section (*Pharmacie*) en remplacement de M. Méhu, décédé.

Commissions de prix pour 1888. — Les Commissions de prix pour 1888 sont constituées ainsi qu'il suit :

Prix de l'Académie: MM. Proust, Rochard et Colin (Léon).

Prix Amussat: MM. Larrey, Polaillon et Péan.

Prix Barbier: MM. Leblanc, Luys et François-Franck.

Prix Buignet: MM. Gariel, Bouchardat et Schutzenberger.

Prix Capuron: MM. Moutard-Martin, Siredey et Bouchard.

Prix Civrieux: MM. Potain, Peter et Blanche.

Prix Daudet: MM. Le Fort (Léon), Vidal et Fournier.

Prix Desportes: MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol et Hayem.

Prix Falret: MM. Hardy, Lancereaux et Mesnet.

Prix Godard: MM. Laboulbène, Cornil et Ball.

Prix Itard: MM. Villemin, Tarnier et Empis.

Prix Laval: MM. Bucquoy, Trélat et Charcot.

Prix Meynot: MM. Duplay, Panas et Labbé.

Prix Monbinne: MM. Brouardel, Besnier et Cusco.

Prix Orfila: MM. Le Roy de Méricourt, Caventou et Gautier.

Prix Portal: MM. Guéniot, Perrin et Ranvier.

Prix Pourat: MM. Sappey, Duval et Laborde.

Prix Saint-Paul: MM. Marey, Lannelongue et C. Paul.

Prix Stanski: MM. Jaccoud, Nocard et Worms.

Prix Vernois: MM. Trasbot, Vallin et Lagneau.

Élections. — Par 46 voix sur 56 votants, M. *de Closmadeuc* (de Vannes) est élu correspondant national dans la division de chirurgie. M. Lanelongue (de Bordeaux) obtient 4 voix; M. Queirel (de Marseille), 2; MM. Demons (de Bordeaux), Dezanneau (d'Angers) et Jouon (de Nantes), chacun 1; plus 1 bulletin blanc.

Par 33 voix sur 59 votants, M. *Jouon* (de Nantes) est ensuite élu correspondant national dans la division de chirurgie. M. Dezanneau obtient 16 voix; M. Lanelongue, 5; M. Queirel, 4, et M. Demons, 1.

Érythrophléine. — M. *Panas* conclut de ses recherches sur l'action de l'érythrophléine que ce médicament est loin de valoir la cocaïne comme anesthésique local sur l'œil. Si son action anesthésiante est d'une plus longue durée, en revanche l'inflammation et les douleurs vives qui accompagnent son application, le rendent impropre pour tout ce qui concerne les opérations sur les yeux. D'ailleurs rien n'empêche de rendre l'anesthésie par la cocaïne durable, en répétant les instillations de celle-ci aussi longtemps qu'il est nécessaire.

M. *Germain Sée* rappelle qu'en 1880 il a publié des recherches, faites avec M. Bochefontaine, concernant l'action spéciale de l'érythrophléine sur le cœur et sur l'appareil respiratoire.

Gastrostomie. — Le malade présenté par M. le docteur *Terrillon* était atteint d'un rétrécissement infranchissable de l'œsophage au niveau du cardia. Le 9 février dernier, la gastrostomie fut pratiquée et aujourd'hui l'alimentation se fait très facilement.

Action des médicaments à distance. — La Commission que l'Académie avait nommée pour vérifier les faits rapportés par M. *Luys* dans sa communication du 30 août 1887 sur l'action des médicaments à distance chez les sujets en état d'hypnotisme, a tenu plusieurs séances depuis cette époque. En son nom M. *Dujardin-Beaumetz* lit un rapport qui relate ses intéressants travaux. La Commission a d'abord fait répéter devant elle les faits qu'avait constatés M. Luys, puis elle a institué une série d'expériences de contrôle, à l'aide de médicaments préparés par M. Vigier, et renfermés dans des tubes numérotés, chaque numéro correspondant à un pli cacheté où se trouvait inscrite la formule du médicament employé. Tandis qu'avec les flacons dont se servait M. Luys et qui étaient assez reconnaissables, on observait certains des phénomènes qui pouvaient paraître en rapport avec leur contenu, il n'en a plus été de même lorsqu'il s'est agi des tubes préparés par la Commission. C'est ainsi que le même tube, placé du côté gauche, provoquait le plus souvent des sentiments de terreur, de tristesse et de répulsion, tandis que, appliqué du côté droit, il amenait le rire, la joie et la satisfaction. Bien plus, des tubes vides produisaient des effets plus marqués, plus énergiques et même plus intenses qu'avec la plupart des solutions médicamenteuses. Il va sans dire que ces effets étaient du domaine de l'hystérie.

En présence de ces constatations, la Commission, tout en reconnaissant l'extrême bonne foi de M. Luys, déclare que les effets produits par les médicaments placés à distance chez des sujets hypnotisables pouvaient dépendre plus des caprices, de la fantaisie et du souvenir du sujet mis en expérience que des substances médicamenteuses renfermées dans les tubes employés dans ces cas. Aussi a-t-elle émis l'avis qu'aucun des effets constatés par elle n'est en rapport avec la nature des substances mises en expérience

et que, par conséquent, ni la thérapeutique ni la médecine légale n'ont à tenir compte de pareils effets.

L'Académie décide que la discussion de ce rapport sera remise après la clôture de la discussion actuelle sur la prophylaxie de la syphilis. M. *Luys* se fait inscrire pour intervenir dans le débat.

Prostitution. — La Commission, désireuse de recueillir l'adhésion unanime de l'Académie et tenant compte des observations présentées dans les séances précédentes, propose, par la voix de son rapporteur, M. *Fournier*, de remplacer les articles 4 à 9 du projet par les suivants, avec suppression de l'article 10 :

4° Ces divers ordres de provocation ayant pour conséquence la dissémination des maladies syphilitiques, l'Académie réclame des pouvoirs publics un ensemble de mesures réglant et fortifiant l'intervention administrative et permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit.

5° La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitntion soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale.

6° L'Académie émet le veu que l'inscription des filles se livrant à la prostitution ne soit prononcée que sous la sauvegarde du droit commun.

7° Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial. Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un hôpital, mais un hôpital dont les malades ne pourront sortir qu'après guérison des accidents transmissibles.

8° Les filles inscrites seront soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe.

9° Les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionneront dans la capitale seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements. En province, les filles reconnues affectées de maladies vénériennes seront hospitalisées dans un service spécial.

M. *Trélat* félicite la Commission de ses efforts pour trouver un terrain de conciliation entre les diverses opinions en présence. Il croit, pour sa part, que l'Académie n'a pas qualité pour s'occuper des détails juridiques ni des difficultés administratives, pas plus que du soin de défendre la liberté individuelle contre les tracasseries des agents chargés d'exécuter les règlements ; son rôle consiste à montrer les dangers de l'extension de la prostitution clandestine.

Les nouvelles conclusions de la Commission seraient inconséquentes, d'après M. *Legouest*, puisque le cinquième paragraphe évoque le droit commun et que le sixième demande la création d'asiles sanitaires spéciaux dont on fait des prisons ; les filles bien portantes seraient seules ainsi à bénéficier du droit commun. D'ailleurs les commissions administratives des hôpitaux de province répugnent à recevoir les vénériens et les vénériennes, parce que ces établissements sont régis par des religieuses et que souvent un pensionnat de demoiselles y est adjoint. Beaucoup de maires se refusent aussi à créer soit des dispensaires, soit des services spéciaux dans les hôpitaux, si bien que le vœu de la Commission ne pourrait être exécuté que dans un très petit nombre de villes.

M. *Fournier* répond que le droit commun n'est demandé que pour la fille qui est menacée d'inscription et qui est encore une femme comme une autre, qu'il faut mettre à l'abri d'une dénonciation mensongère, d'un excès de zèle de la part d'un agent, etc. Quant aux services spéciaux pour les vénériens en province, s'il est difficile de les obtenir tout de suite, il n'en est pas moins utile d'appeler l'attention sur leur nécessité et leurs avantages.

— L'Académie se forme en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Lannelongue* sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la deuxième division (chirurgie). La liste de présentation est établie ainsi qu'il suit : 1° M. de Saboia (de Rio-de-Janeiro); 2° M. Lusk (de New-York) ; 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Horsley et Mac Cormack (de Londres), Mac Ewen (de Glasgow) et Sayre (de New-York). L'élection aura lieu mardi prochain.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Maladie kystique de la mamelle : MM. Reclus, Verneuil, Trélat, Richelot, Quénu. — Ostéotomies pour genu valgum et pour cals vicieux: M. Doyen (de Reims) (Rapporteur: M. Schwartz). — Drainage capillaire du péritoine: M. Pozzi (Discussion : MM. Bouilly, Terrillon).

M. *Reclus* montre qu'en somme la maladie kystique de la mamelle, épithélioma kystique pour Brissaud et Malassez, a rarement été prise cliniquement pour le fibro-adénome ou pour le cysto-sarcome. Mais autrefois la confusion avec le cancer était fréquente; aujourd'hui nous connaissons à ce point de vue la valeur de deux symptômes : la multiplicité et la bilatéralité. Ces deux caractères existent dans les fibromes multiples, et de là des erreurs faites dans un sens ou dans l'autre. Ainsi Terrier, Fontorbe (de Rochefort), Reynier, ont pris des fibromes pour des kystes. Cela prouve seulement qu'il faut faire la ponction exploratrice pour assurer le diagnostic. Quant à la forme spéciale de mastite chronique dont parle M. Tillaux, M. Reclus connaît sur ce point la thèse de Phocas. Là existent des observations de deux ordres. Les unes sont des mastites ne ressemblant en rien à la maladie kystique et guérissant par la compression. Les autres, au nombre de trois, servent à M. Phocas à prouver que la mastite chronique peut simuler la maladie kystique; or la ponction n'a pas été faite et la compression a été inefficace. Reste le caractère donné par M. Tillaux: la variabilité des points atteints. Une observation récente publiée par Maunoury dans le *Progrès médical*, prouve que cela est possible dans la maladie kystique.

Au début, M. Reclus conseillait l'ablation, effrayé qu'il était des réserves faites par les histologistes. Il n'a pas tardé à être consulté par des femmes jeunes encore; à constater, d'autre part, que l'évolution de la maladie est bénigne. Aussi en est-il venu à l'expectation, avec surveillance, pour les femmes n'ayant pas renoncé à la vie sexuelle ; plus âgées, il les opère, car certains faits de MM. Verneuil, Maunoury, Poncet (de Lyon), semblent prouver que les craintes des histologistes peuvent se réaliser, rarement il est vrai.

M. *Verneuil* a présenté il y a bien longtemps à la Société anatomique une pièce de ce genre. Depuis, il a peu à peu appris à en faire le diagnostic. L'erreur n'est guère possible qu'avec le fibro-adénome, ou avec certains kystes racémeux du sein. Il n'a jamais observé la transformation en cancer et il n'opère pas les femmes jeunes. Chirurgicalement, le terme d'épithélioma n'est pas bon.

M. *Trélat* garde de tout cela la notion suivante. Dans certaines tumeurs, la ponction exploratrice fait disparaître toute grosseur : c'est la maladie kystique pure et il faut s'abstenir. Quand il reste un substratum, alors il faut opérer. Il ne faut pas trop se laisser aller à employer en clinique le terme d'épithélioma, qui pour les chirurgiens signifie tumeur maligne.

M. *Quénu* insiste sur ce point. Pour lui, il ne s'agit pas

d'un néoplasme. M. Reclus, croyant qu'il s'agit d'un épithélioma, est illogique d'avoir renoncé à l'opération.

M. *Reclus* se sait illogique. Il ne le sera plus le jour où les histologistes seront absolument d'accord sur la nature de la maladie.

— M. *Schwartz* fait un rapport sur deux observations de M. Doyen (de Reims): 1° *Ostéotomie pour genu valgum.* A ce propos, l'auteur déconseille tout redressement dans les cas où il y a une forte laxité ligamenteuse. M. Schwartz n'est nullement de cet avis; 2° *Ostéotomie pour fracture intra-malléolaire vicieusement consolidée.* M. Doyen a obtenu ainsi deux beaux succès. Mais il ouvre l'article en dedans et sectionne le tibia, puis le péroné. Or deux observations de M. Reynier prouvent que la section du péroné peut suffire; il faut donc commencer par elle.

— M. *Pozzi* fait une communication sur le drainage capillaire du péritoine après la laparotomie. Le drainage, réservé aux opérations où l'on craint une infection légère ou un suintement abondant par une large surface dilacérée, ne se fait pas toujours bien par les tubes en verre ou en caoutchouc. De là le drainage par le tamponnement à la gaze iodoformée tel que le pratique Mikulicz (voy. *Gaz. hebd.*, 1887, p. 398). M. Pozzi cite trois observations où il y a eu recours avec succès: deux kystes intraligamentaires et une pyosalpingite. Dans ce dernier cas la poche s'était auparavant ouverte dans le rectum et, après l'ablation, la communication avec cet organe a été évidente.

M. *Bouilly* pense que le drainage doit être rare après la laparotomie, surtout aujourd'hui qu'on a dans le lavage à l'eau bouillie une arme à la fois contre la septicité et contre l'hémorrhagie en nappe. L'an dernier, sur 37 laparotomies il n'a fait que 5 drainages; deux de parti pris (péritonites puerpérales); un après ablation de kyste intraligamentaire; deux après ablation de pyo-salpingite. Il n'a pas eu à se plaindre des tubes en caoutchouc. Le procédé de Mikulicz a les inconvéniens de forcer à toucher souvent à la plaie et de laisser après ablation du sac un trou assez volumineux.

M. *Terrillon* s'associe à cette manière de voir.

M. *Pozzi* est, en somme, de cet avis. Mais dans quelques cas exceptionnels, comme lorsque le rectum ou la vessie (Mikulicz) sont intéressés, il pense que le procédé de Mikulicz est appelé à rendre des services réels.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU, VICE-PRÉSIDENT.

Sur un nouvel inhalateur : M. Ruault. — Des fibres musculaires striées chez les Pectinidés: MM. Barrois et Tourneux. — Cas de paralysie ascendante aiguë : M. Féré. — De l'atrophie musculaire des tabétiques : M. Dejérine. — Sur les deux dentitions des mammifères : M. Lataste. — Troubles et lésions variés à la suite de névrite expérimentale des nerfs vagues : MM. Arthaud and Butte.

M. *Ruault* présente et décrit un nouvel inhalateur, très commode, qu'il a fait construire par M. Galante.

— M. *Blanchard* présente une note de MM. *Barrois* et *Tourneux* sur l'existence de fibres musculaires striées dans certains muscles des Pectinidés et sur les mouvements natatoires dépendant de la contraction de ces fibres.

— M. *Féré* a observé récemment un cas de paralysie ascendante aiguë, remarquable par la rapidité et la diffusion de la paralysie; dès le quatrième jour, l'excitation faradique était sans effet sur tous les muscles des membres et du tronc; la tachycardie se montra dès le début sans élévation de température.

— M. *Dejérine* a observé un certain nombre de tabétiques présentant des atrophies musculaires; l'examen histologique lui a permis de constater que dans la très grande majorité des cas l'atrophie musculaire des tabétiques relève d'une névrite des nerfs moteurs périphériques; il a en effet trouvé les cornes antérieures de la moelle et les racines antérieures absolument intactes.

— M. *Lataste* présente une série de considérations relatives aux deux dentitions des mammifères.

— M. *Quinquaud* présente, de la part de MM. *Arthaud* et *Butte*, une note sur le syndrome clinique et les lésions anatomo-pathologiques déterminés chez le lapin et chez le chien par la névrite des nerfs vagues. Les auteurs ont étudié successivement les troubles résultant de l'irritation du nerf dans sa continuité, de l'irritation du bout central et de celle du bout périphérique. Ils concluent que le syndrome clinique produit ressemble au diabète.

SÉANCE DU 3 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Sur les lésions de la moelle chez les tabétiques : M. Joffroy. — A propos de la glycosurie expérimentale: MM. G. Sée et Gley. — Procédé pour mesurer les objets examinés au microscope M. Berger. — Sur la résistance électrique des tissus: M. Féré. — Atténuation du microbe de la fièvre typhoïde : M. Chantemesse. — Sur un cas de suture du nerf médian: MM. Demars et Tillaux. — Des paralysies causées par le microbe de la pyocyanine: M. Charrin. — Des épithéliums de l'écrevisse : M. Pouchet. — Sur les canaux biliaires des reptiles: M. Boulart. — Sur les deux dentitions: M. Beauregard. — Action des antiseptiques sur les micro-organismes de la bouche: M. Vignal. — Sur la famille des Urcéolaires: M. Fabre-Domergue. — Élection d'un membre titulaire.

M. *Joffroy*, à propos de la communication faite par M. Dejérine dans la séance précédente, dit que, s'il est vrai qu'il peut exister chez les tabétiques des névrites périphériques indépendamment de lésions médullaires, il a trouvé cependant dans beaucoup de cas de névrites multiples chez ces malades des lésions de la moelle; mais ces lésions étaient diffuses et telles que souvent elles auraient pu passer inaperçues sans un examen très attentif.

— M. *Gley*, à propos de la note présentée dans la précédente séance par MM. Arthaud et Butte, fait remarquer, en son nom et au nom de M. *G. Sée*, que les auteurs de cette note reconnaissent aujourd'hui que l'on ne constate pas de glycosurie chez tous les chiens dont on a irrité le bout central du nerf pneumogastrique et, d'autre part, que chez ces animaux il se produit de l'azoturie.

— M. *Berger* (de Gratz) décrit le procédé très simple qu'il a imaginé pour déterminer aisément les dimensions des objets examinés au microscope.

— M. *Féré* rappelle l'opinion émise par M. Vigouroux sur les différences de résistance électrique des tissus constatées dans divers états pathologiques (hystérie en particulier); ce fait tiendrait à des modifications circulatoires se produisant dans ces tissus. Or M. Féré a observé, ce qui confirme singulièrement cette opinion, que, quand on détermine chez une hystérique, par une excitation nouvelle, un changement de volume d'un membre, il survient en même temps une modification dans la résistance électrique.

— M. *Chantemesse* a constaté que les injections, à dose assez faible, des produits solubles du microbe typhique, faites à des souris, confèrent à ces animaux l'immunité à l'égard du microbe lui-même.

— M. *Demars* présente, en son nom et au nom de

M. *Tillaux*, un malade sur lequel la suture du nerf médian avait été pratiquée. Après l'opération les phénomènes d'anesthésie et de paralysie avaient disparu complètement. Sur ces entrefaites le malade fait une chute et les accidents reparaissent. M. Tillaux sectionne la cicatrice, trouve le nerf suturé en bon état et referme la plaie : tout redevient normal au point de vue de la sensibilité et de la motricité.

MM. *Brown-Séquard, Babinski* et *Laborde* font à ce sujet diverses remarques physiologiques.

— M. *Charrin*, à la suite d'injections intraveineuses des produits solubles sécrétés par le microbe de la pyocyanine, a vu se produire chez des lapins des paralysies (paraplégies), tout à fait semblables à celles que déterminent les injections des microbes eux-mêmes.

— M. *Pouchet* a étudié la façon dont se comporte le revêtement chitineux de l'écrevisse dans les portions supérieure et inférieure de l'intestin là où il vient en contact avec l'épithélium, et il a reconnu l'indépendance de cet épithélium et qu'il ne se continue nullement avec ce que l'on a appelé l'épithélium chitinogène.

— M. *Beauregard* dépose une note de M. *Boulart* sur les canaux biliaires des reptiles.

— M. *Beauregard* fait une communication relative à l'origine et à la signification des deux dentitions.

— M. *Vignal* présente une note sur l'action de diverses subtances antiseptiques sur les micro-organismes qu'il a troués et décrits dans la cavité buccale.

— M. *Henneguy* dépose une note de M. *Fabre-Domergue* sur la famille des Urcéolaires.

— M. *Brasse* est élu membre titulaire.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Sur les strophantus : M. Catillon. — Quelques indications et contre-indications de l'antipyrine : M. H. Huchard (Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, C. Paul).

M. *Catillon* présente à la Société quatre paquets de fruits de strophantus recueillis par les indigènes du Niger; l'un de ces paquets ne contient qu'une seule espèce de graines, les autres paraissent au contraire en renfermer quatre variétés différentes, reconnaissables à la longueur relative de la partie glabre et de la partie munie de poils. On y trouve aussi quelques fruits du strophantus Kombé, dont l'épicarpe strié est moins épais que celui des autres espèces. Toutes ces graines, d'ailleurs, sont mélangées dans les échantillons vendus par le commerce sous le nom de strophantus hispidus. — Une première variété du Niger, à fruit non strié, ne renferme pas de strophantine cristallisée, mais 7,50 pour 1000 de strophantine amorphe ; elle donne 13 pour 100 d'extrait, et une huile verte, moins foncée que celle du strophantus Kombé. Une seconde variété du Niger, à fruit légèrement strié, fournit 9 pour 1000 de strophantine amorphe, 13 pour 100 d'extrait, et une huile jaune à reflets verdâtres. Le strophantus hispidus donne 6,50 pour 1000 de strophantine amorphe, 13 pour 100 d'extrait, et une huile jaune. Le mélange constituant le produit commercial donne 7,50 pour 1000 de strophantine amorphe. On voit ainsi que le strophantus hispidus est le plus pauvre en strophantine amorphe, tandis que certains échantillons de strophantus Kombé fournissent jusqu'à 17 et 26 pour 1000 de strophantine amorphe, et jusqu'à 9 pour 1000 de strophantine cristallisée. Un échantillon commercial de strophantus Kombé, remis à M. Blondel, qui crut reconnaître un épuisement préalable par l'alcool, n'a fourni en effet que 4 pour 1000 de strophantine amorphe, et seulement 8 pour 100 d'extrait, et une huile jaune. Le strophantus laineux du Zambèse semble être le moins actif de tous et ne donne que 2 pour 1000 de strophantine amorphe, et 4,60 pour 100 d'extrait; huile jaune verdâtre. Au contraire, le strophantus glabre, employé par Polaillon, permet d'obtenir jusqu'à 50 pour 1000 de strophantine cristallisée, et 15 pour 100 d'extrait; huile jaune. La strophantine de cette dernière espèce diffère des autres strophantines en ce qu'elle ne donne pas, à froid, une coloration verte avec l'acide sulfurique, mais une coloration rouge, à chaud, qui verdit par le refroidissement. La coque du fruit du strophantus n'est pas amère et ne renferme que peu de strophantine : 0gr,17 par kilogramme ; les racines contiennent environ 0gr,36 par kilogramme d'une strophantine impure. Jusqu'ici, on n'a pas eu l'occasion d'analyser l'écorce ni les tiges. M. Catillon fait remarquer qu'il est curieux de trouver à l'intérieur même de quelques semences des divers strophantus un insecte qui semble y élire domicile et se nourrir de ces semences si toxiques.

M. *Blondel* est d'avis que la longueur relative de la partie poilue et de la partie glabre de la semence n'a pas la valeur distinctive que lui attribue M. Catillon, car on retrouve tous les degrés intermédiaires dans les semences d'un même fruit ; la couleur est également un caractère incertain, ainsi que l'aspect du fruit, car certains d'entre eux sont lisses parce qu'ils ont été raclés : l'examen histologique seul peut permettre de fixer des caractères différentiels de valeur. Or cet examen a amené M. Blondel à admettre seulement deux espèces de strophantus du Niger.

M. *Catillon* a également remarqué que la longueur de la partie poilue varie pour la semence d'un même fruit, mais, si l'on prend une moyenne, on reconnaît aisément que dans certains strophantus la partie glabre égale en longueur la partie velue ; qu'elle est plus longue pour le Kombé, et au contraire plus courte pour le strophantus glabre.

— M. *Huchard* appelle l'attention de la Société sur *certaines contre-indications de l'antipyrine*. Il établit, tout d'abord, que si l'on obtient, le plus souvent, des succès avec ce médicament dans la migraine et certaines névralgies faciales, par contre, on échoue d'ordinaire dans le cas de névralgies intercostale ou sciatique. D'autre part, il est démontré aujourd'hui par de nombreuses recherches sur l'action de l'antipyrine que ce médicament a pour effet de diminuer la quantité des urines; il résulte de là que, dans certaines affections rénales, dans les fièvres à forme rénale, la dothiénentérie en particulier, l'emploi de l'antipyrine paraît contre-indiqué. C'est un médicament, comme l'a dit Renaut (de Lyon), qui « ferme le rein. » Peut-être même a-t-il aussi pour résultat d'augmenter l'albuminurie préexistante. On a prescrit souvent l'antipyrine contre l'angine de poitrine; mais, si elle donne de bons résultats et calme la douleur dans les cas de fausse angine de poitrine, dans cette angine franchement névralgique qui se montre chez les sujets nerveux ou hystériques, elle a au contraire des effets nuisibles lorsqu'il s'agit de l'angor vraie, par ischémie myocardique résultant de lésions des artères coronaires, dans ces cas que M. Potain a si justement qualifiés de « claudication intermittente du cœur ». M. Huchard, chez des angineux de cette classe, soulagés par le nitrite d'amyle, n'a obtenu aucun bienfait de l'antipyrine, et même a vu se produire parfois un affaiblissement cardiaque inquiétant. Il a observé également deux cas de collapsus cardiaque grave à la suite de l'administration de l'antipyrine à faible dose chez des malades atteints de broncho-pneumonie. — Se basant sur la diminution de

l'urine provoquée par l'antipyrine, M. Huchard a eu l'idée de traiter la polyurie par ce médicament. Il rapporte l'observation d'une femme de trente-six ans, non hystérique, atteinte depuis l'âge de dix-huit ans, à la suite d'une dothiénentérie, de phénomènes de méningo-myélite, et qui présentait de la polydipsie et une polyurie s'élevant à vingt-quatre et vingt-huit litres par jour. Elle offrait, en outre, une excitabilité médullaire avec douleurs rachidiennes, douleurs dans les membres, exagération des réflexes, etc., tous phénomènes paraissant justifier l'emploi de l'antipyrine. Le 8 février, le traitement fut institué et la dose d'antipyrine rapidement portée à 6 et 8 grammes par jour ; la quantité des urines, ainsi que la polydipsie diminuèrent à tel point que, le 15 février, la malade n'urinait plus que cinq litres. Le médicament fut alors supprimé et, bien que la polyurie ait en partie reparu, elle reste cependant dans des limites bien inférieures à celles du début, entre 7 et 10 grammes. Il ne s'agit donc pas d'une guérison complète, mais d'une très notable amélioration. C'est là un cas unique jusqu'ici, mais que l'on peut rapprocher des succès obtenus par Göllner qui traite le diabète par l'antipyrine à haute dose. L'antipyrine a sans doute agi, chez cette malade, en partie par son action sur le rein, en partie par ses effets sur le système nerveux, car on sait que certaines polyuries sont liées, comme l'a montré Leudet, à des méningites de la base, ou même à des méningites spinales. D'ailleurs, ce médicament ne saurait réussir dans toutes les formes de polyurie; ainsi M. Huchard n'en a obtenu aucun bénéfice appréciable, à la dose de 3 à 6 grammes, dans un cas de polyurie par sclérose rénale.

M. *Dujardin-Beaumetz* insiste sur ce fait que l'antipyrine, comme tous les médicaments qui s'éliminent par la voie rénale, trouve une contre-indication dans les altérations du rein et l'insuffisance fonctionnelle de cet organe. Il est donc indispensable de s'assurer toujours de l'intégrité du rein avant de la prescrire. Dans deux cas de polyurie s'élevant à six ou sept litres, M. Dujardin-Beaumetz a obtenu une diminution d'un à deux litres dans la quantité des urines en administrant l'antipyrine à la dose de 2 grammes; ces faits sont à rapprocher de celui de M. Huchard. L'antifébrine, ou acétanilide, que l'on a accusée récemment encore devant l'Académie de produire des accidents graves chez les sujets dont les reins sont malades, ne paraît cependant pas recevoir, comme l'antipyrine, une contre-indication de l'état de ces organes; elle ne semble pas en effet s'éliminer par les urines, où il a été impossible jusqu'ici de la déceler; elle s'élimine très vraisemblablement par le poumon.

M. *Huchard* ajoute que l'antipyrine est d'autant mieux contre-indiquée chez les malades atteints d'angine de poitrine vraie que tous sont des artério-scléreux et que, par suite, alors même qu'ils ne présentent pas d'albuminurie, ils sont frappés d'insuffisance rénale, entravant l'élimination des substances médicamenteuses toxiques.

M. *C. Paul* fait observer que tous les agents sédatifs de la circulation, chloral, bromures, etc., sont également dangereux chez les sujets atteints d'artério-scérose; ce sont, en effet, des médicaments dépresseurs du cœur, qui peuvent amener, chez des malades possédant un myocarde fatigué, de graves accidents de collapsus cardiaque.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

Société anatomique.

SÉANCE DU 2 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Villar : Lymphadénome de l'amygdale ;* généralisation au péricarde et au cœur.

— M. *Sébileau : Sur le muscle radio-carpien de l'homme.*

— M. *Delbet* montre une pièce démontrant l'existence d'un *abcès entre les feuillets du ligament large.*

— M. *Faure : Tuberculose osseuse multiple,* avec un foyer orbitaire ayant envahi la dure-mère crânienne, et une infiltration caséeuse du rachis entre l'os et le grand surtout antérieur.

— M. *Poupinel:* Note sur une *tumeur polykystique du vagin.*

— M. *Ruault:* Un cas de *cancer du larynx.*

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE.

De l'endoscopie vésicale, par M. Max Nitze. — L'auteur commence par décrire ses instruments et par montrer comment il a, le premier, fait entrer l'endoscopie dans la voie réellement pratique et utile en arrivant à lui joindre l'éclairage électrique. Cette cystoscopie permet aujourd'hui des diagnostics précis : elle est à la vessie ce que la laryngoscopie, la rhinoscopie, etc., sont aux cavités correspondantes. Nitze décrit l'aspect des cystites chronique, aiguë, blennorrhagique ; il montre que la vessie à cellules, qui d'après Thompson défie le diagnostic, peut être reconnue. Il passe ensuite aux calculs et aux corps étrangers. Dans tout cela, nous devons reconnaître que l'examen direct n'est pas d'un intérêt majeur. Il est plus important de savoir si la suppuration ou l'hématurie ont une origine vésicale ou rénale : or, la cystoscopie le permet et même on peut, soit par un cathétérisme de l'uretère fait en y voyant, soit par l'inspection simple, savoir quel rein fournit l'écoulement pathologique. Peut-être ces constatations ont-elles plus d'avenir que celles, sur lesquelles surtout insiste Nitze, relatives au diagnostic des tumeurs (15 obs. inédites dont 8 personnelles et 7 de Dittel). Pour Nitze, par un diagnostic précoce on se trouve souvent en présence d'une petite tumeur pédiculisée que la cystoscopie permet de voir et d'enlever. Ces opérations n'exposent-elles pas davantage à la récidive, la question n'est pas tranchée. En tout cas, une fois le mal plus avancé, il faut aborder la tumeur par la taille et alors la taille hypogastrique seule convient : si la boutonnière a quelques partisans, elle ne le doit qu'à l'autorité de Thompson. On se demande seulement pourquoi M. Nitze passe sous silence les travaux du professeur Guyon sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de la vessie. (*Beiträge zur Endoskopie der mannlichen Harnblase*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 661.)

Calculs vésicaux, par M. Edmond Assendelft. — M. Assendelft exerce en Russie, dans le gouvernement de Nischni-Nowgorod et il commence par constater que, dans son pays, on pratique encore peu la taille hypogastrique. Là est cependant l'avenir, croit-il, plutôt que dans les tailles périnéales. Il pense en outre que, vu sa facilité, la taille supplantera la litholapaxie, fort peu pratiquée d'ailleurs en Russie jusqu'à présent. La cystotomie sus-pubienne arrive en effet à une bénignité remarquable, puisque sur 102 opérés il n'en est mort que 2, dont un indépendamment de l'opération (marasme général); bronchite purulente ; ulcérations folliculaires de l'intestin) (?), ce qui ferait 1 pour 100 de mortalité. (Comptons 2 pour 100, si l'on veut, le résultat est déjà bon. Mais il faut remarquer qu'il ne

s'agit dans cette série que de sujets jeunes, pour la plupart des enfants au-dessous de quinze ans; le plus âgé des opérés a vingt-neuf ans.) Le procédé opératoire n'a rien de bien spécial. Assendelft ne fait pas la suture totale de la vessie; il s'arrête au niveau de deux gros drains qu'il coupe au niveau de la plaie et qu'il fixe avec une épingle; le pansement, pendant quelques jours, est changé six à huit fois dans les vingt-quatre heures. (*Zur Statistik des hohen Steinschnittes*, in *Arch. f. kl. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 152 et 498.)

Le professeur J. Kovacz (de Budapesth) a posé devant le Congrès des chirurgiens allemands (1887) des indications toutes différentes. Pour lui, la litholapaxie est la méthode de choix; il la pratique avec des instruments modifiés par lui et il est opposé à l'aspiration. La muqueuse, dit-il, vient boucher l'œil de la sonde et aucun fragment ne sort plus. Il évacue donc les fragments par le lavage de la vessie à la seringue tant qu'il sort de la pierre. Il est assez favorable à l'anesthésie par la cocaïne. Quand l'urèthre est insuffisamment développé (enfants au-dessous de huit ans) ou rétréci, il faut s'adresser à la taille. Partisan de la taille périnéale, Kovacz pratique surtout la taille latérale. Les résultats sont les suivants : *Taille périnéale*, de un à vingt ans, 70 cas, 2 morts; de vingt et un à quarante ans, 7 cas, 2 morts. *Taille hypogastrique*, 2 cas, 1 mort. *Lithotrities en plusieurs séances*, 58 cas, 7 morts. *Litholapaxie*, 110 cas, 9 morts. (Les opérés par lithotritie sont au nombre de 49 au-dessous de vingt et un ans; 46 de vingt et un à quarante ans; 73 de quarante et un à quatre-vingts ans). *Daten zur Indicationsstellung bei Steinoperationen*, etc., in *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 428.)

Moules de la prostate, par M. E. Hurry Fenwick. — L'auteur de ce mémoire pense que le toucher rectal est un moyen tout à fait insuffisant pour apprécier les modifications de la prostate. Il donne un procédé pour obtenir des moules d'argile. (*Ueber Thonabdrücke der Prostata am Lebenden*, in *Ibid.*, p. 389.)

Kyste dermoïde du rein, par M. B. Schlegtendal. — Sur ce malade, observé à la clinique de Madelung, à Rostock, on fit le diagnostic de kyste hydatique du foie : incision et suture à la paroi, écoulement d'un liquide jaune, assez clair, sans vésicules ni crochets. Il persista une fistule et le malade épuisé par la suppuration succomba au bout de huit mois à un érysipèle. A l'autopsie, kyste du rein dont l'histologie prouve la nature dermoïde. (*Ein Fall von Atherom der Niere*, in *Ibid.*, p. 304.

Exstrophie de la vessie, par M. G. Zezas. — Nous avons déjà rendu compte ici des essais faits par Passavant, par Trendelenburg, pour arriver à la suture directe des bords de la vessie (voy. *Gaz. hebd.*, 1887, p. 317). Sonnenburg, plus radical, a proposé en 1882 au Congrès des chirurgiens allemands, l'ablation totale de la vessie avec abouchement des uretères à la racine du pénis épispade. Son opéré a bien guéri et avait en 1887 un appareil prothétique fort satisfaisant. Zezas publie aujourd'hui une opération analogue faite en 1884 par Niehans (de Berne) sur un enfant de quatre ans, actuellement en fort bon état. (*Ueber die chirurgische Behandlung der Blasenectopie*, in *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXXVI, p. 752.)

A. Broca.

BIBLIOGRAPHIE

Bulletin des travaux de l'Université de Lyon, rédigé par MM. les professeurs des Facultés. — Lyon, A. Storck.

L'Université de Lyon, qui affirme plus énergiquement chaque jour son autonomie et sa vitalité scientifique, vient de prendre une nouvelle et heureuse initiative. Le *Bulletin* qu'elle publie aujourd'hui et qui paraîtra régulièrement par fascicule trimestriel, a pour but principal de résumer les travaux publiés dans des recueils spéciaux par les maîtres ou les élèves des diverses facultés et, par ce rapprochement de mieux faire connaître aux uns comme aux autres le mouvement scientifique régional. Les travaux de philosophie rapprochés de ceux qui ont trait aux maladies du système nerveux; ceux de jurisprudence mis à côté d'études de médecine légale; les recherches de thérapeutique placées en regard des mémoires de chimie biologique se prêteront souvent un mutuel appui. Nous souhaitons le plus grand succès à cette publication nouvelle, mais nous demandons à ses directeurs de bien vouloir ajouter à chacun de leurs fascicules une table des matières qui permette une recherche plus facile des documents qu'ils analysent.

L. L.

Thérapeutique chirurgicale contemporaine, par M. Albert Heydenreich, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris. — Paris, G. Steinheil, 1888.

« L'époque contemporaine est de celles qui marqueront dans l'histoire de la chirurgie, dit M. Heydenreich. La méthode antiseptique, consécration pratique des doctrines microbiennes, est venue donner aux chirurgiens une sécurité qu'ignoraient nos devanciers, et leur a permis d'aborder avec succès des tentatives jusque-là téméraires. » Mais il est bien certain que parfois le but a été dépassé; que la bénignité relative de nos interventions a donné naissance à des tentatives « qui journellement compromettent sans raison tant de vies humaines ».

Au milieu de toutes ces innovations, l'expérience et la critique commencent à juger « Depuis plusieurs années, M. Heydenreich cherche, en une série d'articles, à séparer l'ivraie du bon grain. Il a trouvé utile (et certes on ne saurait que l'approuver) de réunir en un volume ces études successives, en ajoutant à cela quelques chapitres nouveaux, dans lesquels nous signalerons une part plus grande faite aux observations personnelles.

En ce livre nous trouvons le manuel opératoire et les indications des opérations qui sont le plus à l'ordre du jour. Le traitement des péritonites par la laparotomie; la splénectomie lorsqu'il ne s'agit ni d'impaludisme ni de leucémie; l'hystérectomie; la castration de la femme; l'élythrolaparotomie; le traitement du pied bot par la tarsectomie: autant d'interventions devant lesquelles tremblaient nos pères et qui sont aujourd'hui souvent justifiées. Mentionnons la description de l'arthrectomie du genou, de la résection tibio-tarsienne, de l'amputation ostéoplastique du pied d'après les nouveaux procédés.

Mais M. Heydenreich proteste contre certaines hardiesses exagérées. La pneumotomie, l'extirpation du larynx, la suture osseuse dans les fractures de la rotule, etc., sont des opérations parfois excellentes; mais ne tendons pas, par l'abus, à les discréditer. Il est à remarquer, cependant, qu'elles ont été l'objet d'une expérimentation attentive et qu'elles ne risquent pas — autant que l'on peut s'engager pour l'avenir — d'être condamnées par la physiologie comme l'a été la thyroïdectomie totale.

Tels sont quelques-uns des sujets abordés par M. Heydenreich, parmi ceux où il a fait avant tout rôle de critique. Il s'agit surtout d'observations personnelles dans les chapitres consacrés à l'occlusion intestinale, à l'anus contre nature accidentel, à la désarticulation du genou, à la guérison des anévrysmes par inflammation.

« Dans ces études, nous dit l'auteur en terminant sa pré-

face, ma préoccupation a été de présenter, sous une forme simple et claire, des questions parfois complexes et ardues. Obéissant aux tendances de la chirurgie française, j'ai cherché à me dégager à la fois d'un entrainement irréfléchi vers les nouveautés opératoires et d'un attachement exagéré aux principes qui hier encore guidaient les chirurgiens. »

Nous ne pourrons ajouter qu'un mot : M. Heydenreich a pleinement atteint le but qu'il se proposait. Les opérations originales nous prouvent, en outre, qu'il est clinicien sagace autant que critique sensé.

A. Broca.

Processus histologique de l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque, par M. le docteur Jules Honnorat, préparateur d'anatomie générale à la Faculté de médecine de Lyon. — Paris, 1888. J.-B. Baillière et fils.

L'œdème, en tant que processus général, est bien connu et a été minutieusement étudié ; mais il importe de spécifier les variations multiples de ce processus dans chaque tissu et chaque organe en particulier; la constitution d'un œdème, en tant que lésion matérielle, étant fonction de la forme et de la disposition des espaces interorganiques au sein du tissu intéressé. C'est la partie de cette étude relative au parenchyme pulmonaire, dans le cas d'œdème d'origine cardiaque, qui a été entreprise par l'auteur. Il retrace d'abord l'historique de la question avec Laennec, Andral, Cruveilhier, Woillez, Rindfleisch, Renaut, etc.; puis condense dans un chapitre les notions d'histologie normale du tissu pulmonaire. Pénétrant alors au sein même de son sujet, il étudie successivement l'œdème pulmonaire aigu congestif, l'œdème transsudatif d'origine cardiaque et ses effets sur l'alvéole pulmonaire, l'œdème diapédétique et ses premières conséquences dans le poumon ; enfin l'œdème hématique et l'apoplexie lobulaire. Dans un dernier chapitre, d'un haut intérêt au point de vue de ses déductions cliniques, l'auteur décrit les lésions cloturales de l'œdème pulmonaire chronique, aboutissant à la cirrhose pulmonaire disséminée. C'est une intéressante monographie, qui renferme d'importants documents histologiques, accompagnés de planches qui en facilitent la claire compréhension.

Leçons cliniques sur les formes et le traitement des bronchites, par M. le docteur Ferrand, médecin de l'hôpital Laennec. — Paris, 1888. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Ces leçons font suite à celles que le même auteur a consacrées aux différentes formes de la phthisie; il a eu surtout en vue de donner un classement méthodique et ordonné des variétés si nombreuses et si confuses des affections des bronches, et de fournir aux médecins des indications thérapeutiques appropriées à chacune d'elles. Dans des chapitres successifs sont étudiées les bronchites congestive, catarrhale, inflammatoire et spasmodique. Quant aux bronchites diathésiques, l'auteur les a rattachées, chemin faisant, aux diverses formes qu'elles affectent plus spécialement dans les maladies constitutionnelles sous la dépendance desquelles elles se trouvent directement placées. Chaque chapitre se termine par de nombreuses formules réalisant le traitement complet du malade atteint de bronchite, suivant ses conditions particulières d'âge, de santé générale, etc., et suivant la forme et l'intensité des manifestations pathologiques qui existent au niveau de son arbre respiratoire.

Le colchique et la colchicine (*Histoire naturelle. Chimie et pharmacologie. Physiologie. Toxicologie. Thérapeutique*), par MM. les docteurs J.-V. Laborde et A. Houdé. In-8° de 135 pages, avec dessins et graphiques dans le texte. — Paris, 1887. G. Steinheil.

Étude très complète et très intéressante des propriétés physiologiques et thérapeutiques du colchique et de la colchicine cristallisée, qui vient continuer la série de travaux du même genre entrepris par M. Laborde, et auxquels nous avons dû déjà le volume, publié en collaboration avec M. Duquesnel, sur les aconits et l'aconitine. Après avoir étudié le colchique au point de vue botanique et chimique, les auteurs s'attachent à reviser la pharmacologie des préparations multiples de colchique ains que celles de colchicine, comparant ces produits en France et à l'étranger. Ils arrivent à proposer une réduction, fort nécessaire, dans le nombre de ces préparations, et à ne conserver que l'alcoolature de fleurs, la teinture et l'extrait de semences, et la colchicine cristallisée, à l'exclusion des préparations faites avec les bulbes. Ils consacrent deux chapitres importants aux recherches expérimentales sur l'action physiologique et sur le pouvoir toxique de la colchicine, et donnent toutes les indications nécessaires au sujet des expertises médico-légales relatives à ce poison. Puis ils rapportent des observations à l'appui des effets thérapeutiques des préparations de colchique, et en particulier de la colchicine cristallisée ; celle-ci, administrée en granules d'un milligramme, jusqu'à concurrence de quatre à cinq milligrammes par jour, a donné de très bons résultats soit pour combattre les attaques de goutte, soit comme moyen préventif destiné à les faire avorter. C'est un ouvrage que l'on consultera avec fruit.

Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux; 1[er] et 2[e] fascicules, 1887. — Paris, 1887. G. Masson.

Ce recueil renferme des documents fort précieux, et l'intérêt qui s'attache à cette publication n'est plus à faire ressortir. Signalons, au courant de ce volume, un important mémoire sur la législation des aliénés; une intéressante discussion sur les rapports de l'intelligence et du cervelet ; une curieuse note sur la couleur des yeux de la déesse Minerve ; un rapport fort instructif sur l'épilepsie Jacksonnienne ; diverses communications sur la rage, la lèpre, le psoriasis, la pleurésie hémorrhagique, l'alimentation rectale, etc. ; enfin, plusieurs présentations de malades atteints d'affections rares ou curieuses. C'est plus qu'il n'en faut pour mériter l'attention du public médical.

VARIÉTÉS

Conseil d'hygiène de la Seine. — La rage a Paris en 1887.

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, dans sa dernière séance, a entendu un très intéressant rapport de M. Dujardin-Baumetz, vice-président, sur les cas de rage humaine observés en 1887 dans le département de la Seine. La mortalité aurait atteint le chiffre de 9, chiffre supérieur à ceux des années 1880, 1883, 1884 et 1886 et égal à celui de l'année 1882. Sur ces 9 cas, 5 concernent des enfants âgés de moins de quinze ans.

« Cette fréquence de la rage chez les enfants, ajoute le rapporteur, s'explique d'ailleurs facilement par leur imprévoyance et leur faible résistance. Jouant avec les chiens et les excitant, ils provoquent, d'une part, leurs morsures, et, d'autre part, les animaux peuvent les atteindre facilement sur des parties découvertes et, en particulier, au visage, ce que viennent confirmer les observations recueillies où nous voyons que trois de ces enfants avaient été mordus à la face ».

M. le rapporteur rappelle ensuite que, sur la proposition de M. le docteur Ollivier, le Conseil a rédigé un projet d'avis ayant pour but d'attirer l'attention du public sur cette fréquence des morsures chez les enfants, et constate une fois de plus que, sur les neuf cas observés en 1887, les morsures ont toujours porté sur des parties découvertes, sauf dans un cas où il n'y avait pas eu morsure, mais simple lèchement sur un point écorché. La période d'incubation aurait suivi la progression suivante :

Dans 2 cas, elle a été de vingt-deux jours ; dans 1 cas, de trente; dans 1 cas, de trente-sept; dans 2 cas, de quarante-sept; dans 1 cas, de cinquante-quatre ; dans 1 cas, de cinquante-sept.

Enfin, dans le neuvième cas, la période d'incubation n'a pu être établie. Cela fait donc une durée minima de vingt-deux jours et une durée maxima de cinquante-sept jours. Dans 8 cas, l'accident a été occasionné par des morsures de chien; dans 1 cas seulement, la rage a été déterminée par une morsure de chat. Le diagnostic de rage, chez l'homme, a été confirmé six fois sur les 9 cas expérimentalement par des inoculations faites à des lapins. Ces inoculations ont déterminé la rage chez les animaux après une période d'incubation qui a varié de quatorze à dix-sept jours.

Mais, continue le rapporteur, le fait le plus important et le plus intéressant qui résulte de ces observations, est celui qui a trait au traitement de la rage par les inoculations pastoriennes.

Sur les neuf personnes qui ont succombé à la rage pendant l'année 1887, deux seulement avaient suivi le traitement pastorien. Mais dans ces deux cas, le traitement n'avait pas été fait dans toute la rigueur habituelle, et cela à cause des circonstances ci-après : l'une des personnes mordues, le sieur H..., était un alcoolique qui, après la morsure, avait continué à boire et interrompu son traitement pendant cinq jours. L'autre, la femme J..., domiciliée dans la banlieue, n'avait pu s'astreindre à se rendre deux fois par jour au laboratoire, à cause de ses occupations. Cette femme avait été mordue par un chat, et il aurait été nécessaire, vu l'extrême virulence de la rage de cet animal, de pratiquer les inoculations deux fois par jour.

Quant aux sept autres personnes, victimes de la rage, elles n'avaient pas suivi le mouvement pastorien.

Pendant l'année 1887, l'Institut Pasteur a traité 306 personnes du département de la Seine qui ont été mordues par des animaux enragés ou suspects de rage.

D'autre part, 44 personnes, au nombre desquelles figurent les 7 qui ont succombé à la rage, avaient été mordues par des chiens suspects et ne se sont pas présentées à l'Institut.

Ainsi donc, sur 44 personnes non traitées, il y a eu sept décès, soit une mortalité de 15,90 pour 100, tandis que sur 263 personnes mordues par des animaux enragés et traitées à l'Institut Pasteur, la mortalité a été de 0,67 pour 100.

« Ces chiffres, conclut M. Dujardin-Baumetz, me paraissent avoir une haute valeur, et je ne connais pas pour ma part de témoignage plus éclatant à invoquer à l'appui de la méthode des inoculations. Aussi, il ressort de cette constatation cette première conclusion qu'il faudra désormais, par tous les moyens dont l'administration dispose, favoriser la pratique de ces inoculations, afin que toute personne mordue par des chiens enragés ou suspects de rage puisse bénéficier des bienfaits de cette méthode de traitement. »

Les conclusions de ce rapport ont été approuvées.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — La séance d'inauguration de la troisième session aura lieu le lundi 12 mars à deux heures après-midi dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Les autres séances se tiendront dans le même local le matin à neuf heures et demie, l'après-midi à trois heures.

Sont inscrits pour les questions à l'ordre du jour :

I. *De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses).* — MM. Trélat, Reclus, Reynier, Morez, Poncet, Vaslin, Verchère, Chauvel, Delorme, Nimier.

II. *De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.* — MM. Guyon, Mollière, Bœckel, Thiriar, Doyen, Le Diberder, Trélat, Richelot, Le Bec, Segond, Schwartz, Socin, Leonté.

III. *Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Liétevant et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs.* — MM. Ollier, Reverdin, Thiriar, Le Fort, Doyen, Vaslin, Bœckel, Berger, Bouilly, Delorme, Pollosson, Kirmisson.

IV. *De la récidive des néoplasmes opérés, recherches des causes de la prophylaxie.* — MM. Verneuil, Poulet, Bouilly, Doyen, Cazin, Bœckel, Bazy, Pollosson, Le Bec.

Questions diverses. — MM. Ollier, Lannelongue, Panas, Guyon, Horteloup, Tillaux, Schwartz, Demons, Galezowski, Segond, Vincent, Javal, Accolas, Thiriar, Cerné, Picqué, Doyen, Billaut, Fontan, Jeannel, Terrillon, Richelot, Monod, Poncet, Vaslin, Berthomier, Danisu, Bazy, Redard, Berger, Berrut, Duzea, Abadie, Delorme, Terrier, Pozzi, Routier, Nimier, Pollosson, Le Bec, Mannoury, Boudet, Le Prévost.

Nota. — On peut se faire inscrire pour être membre de la troisième session jusqu'au 12 mars inclusivement en envoyant un mandat sur la poste de 20 francs au secrétaire général, le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Le Congrès s'ouvrira le jeudi 29 mars sous la présidence du colonel Laussedat, directeur du Conservatoire des Arts et Métiers ; la clôture aura lieu le 3 avril. Diverses excursions suivront la clôture de la session.

Les personnes qui désirent prendre part à ce Congrès et jouir des avantages qui ont été accordés par les Compagnies de chemins de fer et la Compagnie générale transatlantique sont priés de s'inscrire *sans retard* au secrétariat de l'Association, hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, les délais nécessaires pour les formalités à remplir auprès des Compagnies obligeant à clore sous délai la liste des inscriptions.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — A été nommé: *Au grade de médecin de deuxième classe :* M. Gorron, aide-médecin de la marine, docteur en médecine.

VARIOLE. — Une épidémie de variole sévit depuis quelque temps, et avec une certaine intensité, sur plusieurs points du Morbihan et du Finistère et notamment à Brest et à Douarnenez, où elle a été importée par des marins pêcheurs venus de Brest. Dans cette dernière localité il y a eu 128 décès varioleux du 18 novembre au 23 février, sur une population de 10985 habitants; à Brest, 248 décès du mois d'août à la fin de janvier.

A la demande des autorités locales, des instructions ont été envoyées par le gouvernement afin de généraliser le service des vaccinations et de pratiquer convenablement l'isolement et la désinfection. M. le docteur Proust a rédigé un rapport spécial à cet effet, que le Comité consultatif d'hygiène publique de France a adopté dans son avant-dernière séance.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Drouineau (de la Rochelle) est nommé inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur (service des établissements de bienfaisance), en remplacement de M. Foville, décédé.

NÉCROLOGIE. — C'est avec un vif regret que nous apprenons la mort de M. le docteur Combal, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Doué de toutes les qualités qui font le médecin : tact médical, esprit d'observation, expérience clinique, connaissance approfondie de toutes les méthodes et de tous les procédés thérapeutiques, dévouement absolu à tous ses devoirs, probité scientifique et professionnelle, M. Combal avait justement mérité la haute situation de clientèle qu'il avait obtenue dans le midi de la France. Comme tous ses collègues de la Faculté de Montpellier, il avait en 1871 accueilli avec la plus grande affabilité les élèves et les maîtres de l'ancienne École de Strasbourg. Aucun d'eux n'oublicra son affectueuse courtoisie. Mais celui qui tient aujourd'hui à payer ici à sa mémoire un juste tribut d'estime et de regrets, doit de plus au médecin qui l'a soigné avec tant de sollicitude un souvenir tout personnel de gratitude et d'affection.

MORTALITÉ A PARIS (8e semaine, du 19 au 25 février 1888.— Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 10. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 46. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 36. — Tumeurs : cancéreuses, 39; autres, 6. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 47. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 62. — Bronchite aiguë, 35. — Bronchite chronique, 61. — Bronchopneumonie, 38. — Pneumonie, 65. — Gastro-entérite : sein, 23; biberon, 34; autres, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 34. — Sénilité, 36. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 14. — Autres causes de mort, 190. — Causes inconnues, 10. — Total : 1070.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

13814. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr **L. LEREBOULLET**, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 14 mars 1888.

Académie de médecine : Réglementation de la prostitution. — Chirurgie.

Quelque désir qu'on ait à l'Académie de hâter la conclusion du débat sur la réglementation de la prostitution, la discussion sur ce point n'a pu se terminer hier. Il ne faut pas nous en plaindre, puisque nous avons entendu émettre, à côté des opinions déjà connues, des idées nouvelles, qui apportent un élément d'appréciations et d'études digne du plus grand intérêt. Jusqu'ici, en effet, les débats relatifs au caractère que devait revêtir le pouvoir chargé de la prévention et de la répression de la prostitution n'étaient pas tout à fait précis et la Commission n'était pas parvenue à dissiper complètement toute obscurité lorsqu'elle a proposée, par mesure de conciliation, que l'inscription ne fût prononcée que *sous la sauvegarde du droit commun.* M. Brouardel a pensé qu'il y avait lieu de signaler les inconvénients et l'insuffisance d'une telle déclaration ; il n'a pas craint de demander, d'une part, que les mesures propres à atteindre la provocation soient sanctionnées par une loi de police sanitaire et, d'autre part, que dans le cas où l'inscription n'est pas consentie par la fille à laquelle l'administration l'impose, cette fille puisse appeler de cette mesure devant l'autorité judiciaire. La Commission, qui avait suivi les fluctuations de l'opinion jusqu'à modifier trois fois ses conclusions afin de satisfaire toutes les critiques, ne pouvait qu'appuyer des propositions se rapprochant d'aussi près de ses conclusions premières et qui répondent à ses désirs. Toutefois, il ne serait peut-être pas inutile de faire observer que la législation qui régit actuellement cette matière est une législation de police sanitaire au premier chef, puisqu'elle confère des pouvoirs discrétionnaires aux municipalités chargées de l'appliquer, avec cette circonstance aggravante que sa sanction est ou arbitraire et exagérée, ou insuffisante et ridicule. L'exemple de M. le maire de Bourges, exemple qui a favorablement impressionné l'Académie, montre bien toute la complexité de ces questions, puisque, en agissant dans toute l'étendue de ses pouvoirs, ce magistrat éclairé et courageux a obtenu un effet immédiat, qu'il eût rendu complet et décisif, si les lenteurs judiciaires n'étaient venues l'entraver.]

Peut-on espérer qu'une loi plus explicite encore soit jamais promulguée? Le doute en est permis. Et si la loi du 3 mars 1822 donne, pour les cas où elle est applicable, de si bons résultats, c'est surtout parce qu'elle n'a pas minutieusement décrit les mesures prophylactiques à prendre en cas de choléra. La loi doit poser des principes, permettre, en matière de santé publique, comme l'a dit avec tant d'autorité et de justesse M. Brouardel, une action immédiate, et c'est ainsi que toutes les législations sanitaires étrangères, votées depuis cinquante ans par les divers Parlements étrangers, ont eu, en général, bien soin de le déclarer.

Du moins, si les pouvoirs législatifs doivent longtemps encore rester muets à cet égard, ne pourrait-on pas, par des mesures de détail, obtenir quelques résultats appréciables? L'arrêté pris par le maire de Bourges, et dont l'utilité n'est pas contestable, peut être imité par les maires de toutes les communes de France et même les préfets, aux termes de l'article 99 de la loi du 5 avril 1884, peuvent, après une injonction restée sans résultat, prendre de tels arrêtés aux lieu et place des maires récalcitrants. De ce côté les difficultés peuvent donc être aplanies; de même, les garanties offertes tout d'abord par la Commission et M. Léon Le Fort, acceptées ensuite par M. Brouardel, en ce qui concerne l'inscription, peuvent être réalisables dans un délai assez court. Il n'en est pas de même de la création, si nécessaire, de services de vénériens dans les hôpitaux ; car ici les Commissions administratives sont maîtresses, et l'on sait leur répugnance à cet égard. Toutefois l'Administration supérieure a action sur elle par un grand nombre de moyens, surtout depuis que le droit perçu au profit de l'Assistance publique sur le pari mutuel aux champs de courses lui a donné des ressources importantes, utilisables sous forme de subventions consenties et accordées suivant des conditions déterminées. Il y aurait aussi à prévoir l'exécution urgente des mesures soumises au Parlement dans la proposition de loi

sur la protection des enfants abandonnés, maltraités ou délaissés, due à la persévérante initiative et au généreux dévouement de M. Th. Roussel.

L'Académie a pris un vif intérêt à entendre l'exposé des dispositions si judicieuses de cette loi, dont la nécessité s'impose avec une force chaque jour plus impérieuse, car elle aurait sur la prostitution une action préventive des plus précieuses.

— Avant la discussion sur la prostitution, l'Académie a entendu quatre lectures intéressantes à divers titres : M. Jules Bœckel (de Strasbourg) l'a entretenue de douze cas d'arthrectomie du genou, suivis d'un mieux constant; M. Poncet (de Lyon), d'un cas de luxation du nerf cubital ; M. Queirel (de Marseille), des excellents effets qu'il a obtenus avec l'antipyrine en injections hypodermiques contre les douleurs de l'accouchement; et M. Doyen (de Reims), des ressources que lui a fournies la bactériologie pour l'étude des rapports de la fièvre puerpérale et de l'érysipèle.

— La troisième session du Congrès français de chirurgie parait devoir être aussi brillante que celles qui l'ont précédée aussi bien par le nombre de ses adhérents qu'en raison de l'intérêt que présentent les communications qui lui sont faites. Nous reproduisons plus loin (p. 165) le discours de M. Verneuil, et nous résumerons, en les classant par ordre de matières, tous les travaux qui seront discutés cette semaine.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'expectation dans les perforations intestinales par balles de revolver.

Lorsqu'une balle de revolver a pénétré dans l'abdomen, les chirurgiens américains et anglais les plus autorisés proposent la laparotomie immédiate. Ce serait, d'après eux, notre unique ressource, car, disent-ils, toute plaie pénétrante a pour conséquence à peu près fatale la perforation de l'intestin, et toute perforation de l'intestin, abandonnée à elle-même, est sûrement mortelle. Cette doctrine, bien exposée par Mac-Cormac, a gagné du terrain en France où elle a été défendue par M. Chauvel et par le docteur Bernard, dont la thèse récente a obtenu une des plus hautes récompenses que décerne notre Faculté de Paris.

I

Cette thérapeutique me paraît excessive et repose sur des affirmations erronées; j'admets cependant la première partie de la proposition qu'avancent les partisans de la laparotomie immédiate et, avec eux, je crois que toute plaie pénétrante de l'abdomen s'accompagne presque inévitablement de perforations intestinales. Nos expériences sur le chien et nos recherches sur le cadavre nous prouvent que, une fois sur trente-sept, un projectile peut traverser le ventre sans blesser le tube digestif. Encore est-ce là une proportion exagérée, et nous pensons avec le professeur Trélat que, au point de vue pratique, le diagnostic de plaie pénétrante de l'abdomen entraîne celui de perforation intestinale.

Mais je nie absolument que toute perforation de l'intestin abandonnée à elle-même soit mortelle, et je me demande comment cette assertion, contre laquelle s'élève un nombre d'observations considérable, a pu s'établir dans la science. Je m'imagine qu'elle doit sa fortune d'abord aux statistiques des chirurgiens d'armée : les projectiles de nos carabines et de nos fusils de guerre provoquent de terribles délabrements dont on réchappe peu; mais doit-on comparer ces dégâts à ceux que commet une balle de revolver? Toutes choses égales d'ailleurs, les lésions que provoquent les petits projectiles sont de moindre gravité et, pour les réparer, la nature ne demande le plus souvent qu'un temps fort court.

Les expériences sur le chien ont aussi contribué à assombrir le pronostic des plaies pénétrantes ; chez le chien, nous dit Parke, les blessures abdominales par balles de revolver provoquent presque toujours la mort. Mais il est bon de remarquer que, pour un intestin de chien, une balle de revolver est un très gros projectile; puis, que les tuniques musculaires de son intestin sont plus énergiques et refoulent peut-être plus facilement les matières intestinales dans le ventre. D'ailleurs, et cette objection seule aurait suffi : malgré le volume relatif du projectile et la contractilité spéciale du tube digestif, les chiens survivent souvent à leurs blessures. M. Nogués et moi nous l'avons constaté, et plusieurs de nos animaux purgés avant l'expérience et mis après sous l'influence de l'opium, ont supporté, sans mourir, plusieurs perforations intestinales.

Une autre raison nous explique encore la croyance à l'incurabilité des perforations intestinales : l'assertion une fois émise et propagée, le raisonnement fut des plus simples, et, toutes les fois qu'on constatait la guérison d'un individu atteint de plaie pénétrante de l'abdomen, on disait que le projectile avait passé au milieu des anses intestinales sans les ouvrir; oubliant ou ignorant que ce cheminement sans blessure des viscères ne s'observe que deux ou trois fois sur cent, on acceptait d'autant plus l'hypothèse de l'intégrité des anses intestinales que la déchirure peut évoluer en quelques heures vers une guérison naturelle sans qu'aucun symptôme en révèle l'existence au chirurgien. Comment croire qu'une blessure, si souvent mortelle, puisse parfois passer inaperçue et on en contestait la réalité.

Il ne fallait point cependant de longues recherches dans les auteurs ou une observation clinique très prolongée pour trouver des cas de guérisons spontanées après une perforation intestinale. Notre élève, M. Saint-Laurent, qui vient de faire, sur ce sujet, une thèse excellente, en a relevé vingt-cinq exemples; M. Nogués, un nombre à peu près égal. Et nous aurions plus que doublé ces chiffres et dépassé cent observations si nous avions ajouté les perforations par armes blanches. Notre statistique tire sa principale valeur de ce que nous n'avons accueilli que les cas indiscutables, ceux où la perforation intestinale est démontrée par un signe pathognomonique, l'issue de matières fécales par la plaie, une hématémèse immédiate, des selles sanglantes ou l'expulsion du projectile par l'anus.

Nous avons nous-même observé cette guérison spontanée; nous avons déjà publié deux cas où des vomissements sanglants, survenus immédiatement après la blessure, vinrent démontrer la perforation de l'estomac; nous avons cité ailleurs un cas inédit de Chédevergne, et, dans un mémoire que nous préparons avec M. Nogués, nous fournirons d'autres faits encore, un de M. Quénu, un autre de M. Ferraton, un autre encore de M. Nogués lui-même. En tout cinq observations du plus haut intérêt, puisque, dans chacun, les hématémèses ou les selles sanglantes ont témoigné de la perforation de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif.

II

La physiologie pathologique nous explique, d'ailleurs, cette guérison spontanée : en dehors des hémorrhagies violentes contre lesquelles nous ne pouvons rien et du choc contre lequel nous ne pouvons pas grand'chose, la mort survient par effusion de matières intestinales et par péritonite septique consécutive. Or, l'inondation de la séreuse est souvent conjurée par la nature elle-même et les artifices qu'elle emploie sont nombreux : d'abord il se fait parfois un renversement de la muqueuse qui oblitère la perforation; ce mécanisme indiqué par les vieux auteurs, puis nié ensuite, est des plus certains et, nombre de fois, chez le chien, nous avons constaté que des liquides, introduits dans un intestin perforé par balle de revolver, ne sortaient pas du tube digestif; l'effusion était empêchée par un bouchon de la muqueuse herniée à travers la déchirure; les expériences de Hinston ont, comme les nôtres, confirmé les vieilles assertions de Travers.

Mais l'inondation de la séreuse est surtout prévenue par les adhérences précoces que l'anse blessée contracte avec le péritoine pariétal ou, de préférence, avec les anses voisines. Lorsque la balle frappe l'intestin, elle a les plus nombreuses chances pour le perforer en un point qui ne contient pas de matières; donc, pas d'effusion immédiate; il est vrai que les mouvements péristaltiques amèneront rapidement le bol chyleux ou fécal au niveau de la blessure; mais, si l'intestin est immobilisé par l'opium, les adhérences pourront se faire et, l'effusion secondaire et la péritonite septique seront conjurées. Si l'individu est à jeun, si le tube digestif est à peu près vide, les conditions de succès seront plus grandes encore; mais rappelons-nous bien que, en quelques heures, l'agglutination des séreuses peut être assez solide pour s'opposer à l'inondation du péritoine.

Il y a même un troisième mécanisme plus difficile à expliquer : les matières fécales, grâce à la contraction de l'intestin, peuvent passer au niveau d'un orifice béant de quelques millimètres sans fuser dans le péritoine; on a vu ce phénomène sur des anses intestinales de chien tirées hors de la cavité abdominale; il n'y a donc pas eu d'erreur d'interprétation possible. En tout cas, dans quelques autopsies et dans nombre de laparotomies, on a constaté que, malgré l'existence d'un trou inoblitéré, il n'y avait pas de matières dans le péritoine.

En résumé, plusieurs artifices peuvent assurer l'intégrité du péritoine : un repli de la muqueuse fait hernie au travers de la perforation qu'il oblitère; une adhérence précoce se forme au niveau de la blessure; la contraction musculaire même s'oppose à l'effusion et l'on ne saurait douter de l'efficacité de ces divers mécanismes puisque l'absence des matières intestinales dans le péritoine est très fréquente dans les cas de perforations. On peut s'en rendre compte même dans les cas où la laparotomie a été jugée nécessaire : la thèse de Bernard contient quinze observations où ce détail important est noté; or nous voyons que, six fois seulement, il y avait épanchement stercoral, tandis que, neuf fois, on a constaté son absence une, deux, deux et demie, six, huit, seize, dix-sept et vingt heures après l'accident.

III

On le voit donc : l'observation clinique, l'expérimentation et la physiologie pathologique nous démontrent la guérison possible des perforations de l'intestin par balles de revolver. Nous voudrions dire dans quelles proportions; mais les statistiques nous manquent, même à l'état d'ébauche. Seulement l'éveil est donné et elles ne tarderont pas à nous être fournies; l'attention n'est-elle pas attirée sur ce point par les publications anglaises et américaines, de récentes discussions à la Société de chirurgie et la mise de la question à l'ordre du jour de notre Congrès français? Pour moi, ma conviction est faite par les succès que j'ai obtenus sur tous les malades que j'ai eu à soigner, et qui sont au nombre de quatre : il est vrai que, chez deux d'entre eux, la perforation, indiscutable, était due non à une balle de revolver, mais à un coup de couteau. Voici quelle est ma pratique, qui dérive d'ailleurs des plus vieilles traditions de notre chirurgie.

Un coup de feu vient d'atteindre l'abdomen : on recherche si la plaie est pénétrante et le diagnostic est vite assuré par un cathétérisme superficiel qui ne dépasse pas l'épaisseur de la paroi ou par un débridement insignifiant. Si la plaie est pénétrante, il faut alors traiter le blessé comme s'il y avait une perforation intestinale certaine. Cette perforation n'existe-t-elle pas, en effet, 97 fois sur 100 plaies pénétrantes de l'abdomen? Telle est du moins la proportion qu'indiquent mes expériences.

On immobilise alors le blessé; on enveloppe le ventre de ouate, comme après l'opération de l'ovariotomie, afin d'augmenter la pression intra-abdominale et d'oblitérer, si possible, les petits vaisseaux déchirés; on injecte immédiatement dans le tissu cellulaire sous-cutané, 2 à 3 centigrammes de morphine et l'on fait avaler à sec 2 à 3 centigrammes d'extrait thébaïque en pilules de 1 centigramme. Cet opium paralyse les tuniques intestinales et arrête la progression des matières. La diète la plus sévère est de rigueur et, pour tromper la faim et la soif du blessé, on lui donne, de quart d'heure en quart d'heure, une cuillerée à café de lait glacé. Ce régime sera continué au moins pendant huit jours, et le retour à une alimentation substantielle sera progressif, car on a vu, au bout d'une semaine, des indigestions rompre des adhérences et provoquer la mort.

Si, malgré ce traitement rationnel, se dessinent les premiers symptômes d'une inflammation commençante, il faut recourir sans tarder à la laparotomie, mais alors seulement, car cette opération est fort grave par elle-même; il ne s'agit plus en effet de ces ouvertures banales du ventre dont on connaît la bénignité actuelle : il faudra dérouler toute la masse intestinale, la manipuler, et en explorer le moindre recoin, car les perforations se dissimulent souvent et, pour les découvrir, une minutieuse recherche est nécessaire. L'opération sera toujours fort longue, car il y'a en moyenne cinq orifices à oblitérer; il peut y en avoir six, huit, douze et même quinze, et les cas ne sont pas très rares où le chirurgien a refermé le ventre sans les avoir suturés tous.

On sait la gravité de ces malaxations de l'intestin et l'on devine le temps qu'exige une semblable intervention; aussi la mort en est la conséquence habituelle. En France, on a pratiqué, à ma connaissance, trois laparotomies pour perforations intestinales — ce sont les faits de Trélat, Pozzi et Labbé — et nous ne comptons aucun succès. Les résultats qu'accuse la thèse de Bernard, pour être moins mauvais, ne sont pas encourageants : on a 3 guérisons sur 21 laparotomies pour perforation intestinale, soit une léthalité de 86 pour 100. La mort a eu pour cause la méconnaissance d'une perforation oubliée, le choc, l'hémorrhagie, la péritonite septique et le rétrécissement consécutif à la suture. Cette suture, en effet, mange une quantité appréciable de

l'étoffe intestinale — ce que ne fait point la nature dans les modes de guérison qu'emploie — et le calibre du conduit en est diminué d'autant.

Aussi disons-nous — et ce sera notre conclusion définitive — que, dans les perforations traumatiques de l'intestin par balles de revolver, le traitement opiacé, la diète, l'immobilité me paraissent la méthode de choix; la laparotomie entraîne de trop graves dangers pour être autre chose qu'une opération de nécessité; on n'y aura recours que si les signes avant-coureurs de la péritonite apparaissent. Quelque aléatoire et redoutable qu'elle soit, il faut alors la pratiquer délibérément.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

De l'intoxication hydatique, communication faite à la Société des hôpitaux dans sa séance du 9 mars 1888, par M. le docteur Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral.

Les accidents produits par les kystes hydatiques sont nombreux et variés; ils sont dus au traumatisme opératoire, aux inflammations et suppurations, à l'ouverture dans les cavités séreuses et les vaisseaux, etc., etc. Je me propose d'attirer votre attention sur ceux de ces accidents qui me paraissent causés par la résorption du liquide hydatique, liquide qui aurait des propriétés toxiques. C'est ainsi, du moins, que j'ai cru devoir interpréter les accidents sur les deux malades suivants :

I. — La première malade est une nommée Creb..., âgée de quarante-deux ans, que j'ai vue en consultation avec le docteur Rives. Il s'agissait d'un kyste hydatique du poumon gauche. Le 22 janvier 1887, je fis une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz (croyant à l'existence d'une pleurésie); elle fut suivie d'une éruption ortiée et d'une crise dyspnéique intense. Le 27 janvier, à la suite d'une ponction évacuatrice d'un litre, il y eut une nouvelle crise de dyspnée, moins forte que la première et non accompagnée d'urticaire. Ultérieurement, le kyste s'ouvrit dans les bronches (vomique, signes amphoriques, etc.) et la malade guérit.

II. — Notre seconde malade est une nommée Bab... âgée de cinquante-deux ans, soignée dans notre service, atteinte d'un hyste hydatique du foie saillant à l'épigastre. Le 25 novembre nous lui fîmes une ponction qui permit d'évacuer 500 grammes de liquide hydatique. Le lendemain le ventre et la partie supérieure des cuisses étaient couverts d'urticaire qui persista trois jours; il y eut en même temps de l'oppression et de la toux. Le 6 décembre, nouvelle ponction qui est interrompue après avoir extrait une très petite quantité de liquide. Dans l'après-midi il se produisit un état de collapsus des plus inquiétants, le lendemain la malade était tout à fait remise.

Voilà en gros le récit des faits que j'ai observés; ils sont intéressants par quelques particularités.

Parlons d'abord de l'urticaire. Nos deux malades en présentèrent lors de leurs premières ponctions, elles n'en eurent pas à la seconde. Il est à remarquer que cette éruption est rare à la suite d'une seconde ponction, même faite sur un nouveau kyste indépendant du premier.

L'urticaire de la nommée Creb... est probablement due à la pénétration du liquide hydatique dans la cavité pleurale. L'analogie faisait supposer que les accidents produits par l'action du liquide hydatique sur le péritoine se produiraient également s'il pénétrait dans la plèvre; toutefois je n'en connais pas d'observation.

Le liquide hydatique résorbé est la cause de l'urticaire, c'est une urticaire toxique. « Je pense que l'urticaire est souvent d'ordre toxique, » dit M. le professeur Bouchard dans son livre sur les auto-intoxications et il donne l'observation suivante : « Etant chef de clinique, dit notre éminent « maître, j'ai vu une jeune fille atteinte de kyste hydatique « pour laquelle Behier avait conseillé l'ouverture large du « foie au moyen de cautérisations successives suivant la « méthode de Récamier; afin de faire naître des adhé- « rences avec la paroi abdominale, on avait, grâce à la « pâte de Canquoin, pratiqué comme une sorte de tunnel « dans le tissu hépatique. On arriva à un kyste de volume « si minime qu'on crut qu'il y avait des kystes multiples « et qu'on dut recourir alors à des ponctions faites dans le « fond du tunnel. Il s'écoula seulement quelques cuillerées « d'un liquide nettement hydatique, dans lequel des cro- « chets furent micrographiquement constatés. On pousse « alors plus loin et l'on voit s'écouler un jet de sang rouge « venu d'une branche de la veine porte. Cependant le seul « accident fut une éruption universelle d'urticaire. Il est « évident que la pénétration du liquide kystique s'était « faite directement dans le sang et c'est là un cas d'urticaire « nettement toxique sans l'intermédiaire du péritoine. »

L'urticaire ne se produit pas seulement lorsqu'une certaine quantité de liquide pénètre dans les grandes cavités séreuses ou dans les vaisseaux. J. Wolff a vu l'urticaire succéder à la ponction d'un kyste situé entre les adducteurs de la cuisse. Si l'urticaire est plus fréquent avec les kystes qui laissent écouler leur contenu dans le péritoine, c'est parce que cette séreuse offre des conditions favorables pour l'épanchement puis pour l'absorption rapide du liquide kydatique.

La pathogénie de l'urticaire hydatique a d'ailleurs été démontrée par des expériences que j'ai publiées dans les comptes rendus de l'Institut (décembre 1887) et que je vais résumer.

Ayant filtré le liquide d'un kyste hydatique qui venait d'être ponctionné, j'en ai injecté la valeur de trois seringues de Pravaz, en trois points différents, sous la peau du ventre de trois sujets qui n'avaient jamais eu d'éruption ortiée.

Le premier sujet ne présenta rien de particulier.

Le second sujet eut une éruption ortiée qui fut locale, c'est-à-dire que, dix minutes après l'injection, il présenta trois grandes plaques d'urticaire papuleuse, de la largeur d'une pièce de cinq francs, aux points où l'injection avait été faite; la piqûre correspondait au centre de la papule. Cette éruption disparut au bout d'une heure.

Le troisième sujet eut, comme le second, une éruption locale sur le ventre; mais, en outre, vingt minutes après l'injection, quatre grandes plaques d'urticaire papuleuse apparurent à la partie postérieure du tronc et s'éteignirent au bout d'une heure. Six heures plus tard (sans nouvelle injection), des plaques confluentes d'urticaire couvrirent la face antérieure des bras et des avant-bras.

Ces expériences démontrent le rôle joué par la résorption du liquide hydatique dans la pathogénie de l'urticaire. Elles prouvent encore que tous les sujets ne sont pas également sensibles à l'action de ce liquide.

Mais l'urticaire n'est pas le seul signe d'intoxication observé sur nos malades. En effet, la nommée Creb..., le soir de sa ponction exploratrice, en même temps qu'apparaissait une urticaire, fut prise d'une dyspnée intense avec expectoration muqueuse, toux et sueurs abondantes. Cette dyspnée inspira au docteur Rives les plus vives inquiétudes; et cependant, le lendemain matin, la malade était absolument calme. Lors de sa deuxième ponction, elle eut encore de la dyspnée, mais elle fut moins intense que la première fois et ne s'accompagna pas d'urticaire.

Chez la nommée Bab..., la première ponction fut aussi accompagnée d'une dyspnée, avec toux sèche et quinteuse, et coïncida avec l'urticaire.

Ces accidents dyspnéiques peuvent-ils être attribués à

une urticaire interne? L'existence de cet enanthème est bien problématique; d'ailleurs, dans l'un et l'autre cas, lors de la seconde ponction, la dyspnée se reproduisit sans accompagnement d'éruption cutanée. Qu'on admette ou non l'urticaire interne, il me semble que les accidents dyspnéiques reconnaissent la même cause que les accidents éruptifs; ce sont des manifestations multiples de l'empoisonnement par le liquide hydatique.

Dans les bulletins de notre Société, M. Martineau a publié une observation (26 mars 1875) qui montre que les accidents dyspnéiques peuvent se produire avec une intensité telle qu'ils amènent la mort rapide. Notre collègue crut devoir l'attribuer à une paralysie réflexe du pneumogastrique.

Ces accidents toxiques peuvent encore revêtir d'autres formes. Ainsi, la nommée Bab..., quelques heures après la seconde ponction, tomba dans un état de collapsus qui paraissait indiquer une mort prochaine; elle était d'une pâleur extrême, abattue, couverte de sueur froide, la face grippée, le pouls filiforme, et cependant, le lendemain matin, elle était dans un état très satisfaisant; les accidents toxiques avaient complètement disparu, probablement grâce à l'élimination du poison.

Ces complications graves des kystes hydatiques ne sont pas rares, et je rappelle que M. Guyot disait ici même « qu'il avait vu sept ou huit morts survenir en vingt-quatre heures à la suite de la ponction du foie ». Généralement ces accidents ont été attribués à des actions réflexes, à des péritonites (souvent guéries en vingt-quatre heures ou bien vérifiées trop complaisamment lors de l'autopsie). La théorie de l'intoxication nous paraît mieux faire comprendre la nature des phénomènes observés, leur gravité et leur prompte disparition lorsqu'ils n'entraînent pas la mort rapide.

Si des faits ultérieurs viennent confirmer notre théorie, il faudra éviter plus soigneusement que jamais tout ce qui pourrait amener la résorption du liquide hydatique, et en particulier éviter les ponctions exploratrices. C'est après les avoir pratiquées qu'on a observé de graves complications, parce que le liquide qui est sous une assez forte pression (si l'on n'en extrait pas une quantité suffisante) s'écoule alors facilement dans le péritoine, même par un très petit orifice. L'accident de notre collègue Martineau est dû à ce que le trocart s'étant trouvé oblitéré par une membrane, on le retira dès le début de la ponction. Chez la nommée Creb..., la ponction fut faite avec la seringue de Pravaz, parce que, en présence d'une collection liquide considérable située dans le côté gauche du thorax, je crus qu'il s'agissait d'une pleurésie, et ma ponction avec la seringue de Pravaz devait me permettre de reconnaître si le liquide était purulent.

Chez la nommée Bab..., les accidents furent graves lors de la seconde ponction, parce qu'un épanchement sanguin s'était formé dans le kyste; je tirai un liquide tellement rouge que j'interrompis la ponction, croyant avoir ponctionné un vaisseau. L'examen du liquide extrait me montra des crochets et des membranes, et ma malade fut prise d'accidents de la dernière gravité.

En parcourant les observations publiées, il est facile de se convaincre du danger des ponctions exploratrices; tout le monde paraît d'accord sur ce point; mais jusqu'à présent on n'avait guère pu en donner la raison. J'ai lieu d'espérer que les détails dans lesquels je suis entré feront mieux comprendre leur pathogénie.

Congrès français de chirurgie : Discours de M. le professeur Verneuil.

Messieurs et chers collègues,

Vous m'avez fait un insigne honneur et donné une grande marque de sympathie en me plaçant à votre tête comme président du troisième Congrès français de chirurgie. Je vous remercie de tout mon cœur, et cependant c'est avec regret que j'ai chargé mes épaules de ce fardeau.

J'aurais de beaucoup préféré m'asseoir simplement parmi vous, maître de mes pensées et seul responsable de mes paroles, et voici qu'enchaînant ma liberté, vos bienveillants suffrages me mettent en demeure de représenter, en quelque sorte officiellement, la chirurgie française à l'heure présente. Or, la chose n'est rien moins que facile, car, à aucune époque que je sache, les tendances scientifiques et pratiques ne se sont montrées dans notre pays aussi variées et aussi divergentes. Jamais il n'y a eu plus d'indépendance et moins de subordination ni de discipline, et si, dans notre phalange chirurgicale, l'état-major est aussi brillant que nombreux, on ne trouve à sa tête aucun chef vrai ou du moins reconnu tel par la majorité.

Sans doute, tout le monde recherche la renommée et poursuit le progrès, mais beaucoup pour les atteindre s'engagent volontiers dans les voies nouvelles, fussent-elles fort étroites, plutôt que de suivre les larges routes déjà tracées. L'encyclopédisme est à la veille de disparaître et la spécialisation, qu'on compare à la division du travail, semble constituer la préoccupation générale du moment. Comme dans l'industrie, où la concurrence talonne les travailleurs, il s'agit actuellement, dans les sciences appliquées surtout, de produire vite et, coûte que coûte, de se distinguer en faisant mieux ou du moins autrement que les autres.

Notez bien que je constate simplement ce qui se passe sans m'en affliger autrement, parce que je reconnais que cette activité précoce et fiévreuse présente de sérieux avantages qui compensent ses inconvénients, et que d'ailleurs les lamentations, aujourd'hui pas plus qu'au temps de Jérémie, ne changent rien aux grands mouvements qui entraînent les hommes.

Au reste, je n'ignore pas que dans cette ardeur même il y a des degrés, qu'en regard des radicaux et des ardents, il y a les modérés et les sages, qu'à côté des hommes d'action qui brûlent les étapes, il y a les penseurs qui ne veulent rien faire sans la collaboration du temps, et je me console des désaccords, fussent-ils extrêmes, en pensant que, dans un bataillon qui marche en avant, ceux qui sont à l'avant-garde, comme ceux qui sont à l'arrière, remplissent un rôle également utile.

Je pense d'autant moins à blâmer ou à louer ceux de l'extrême droite ou de l'extrême gauche, que pour stimuler ceux-ci et ralentir ceux-là, je passe continuellement d'un camp dans l'autre, sans m'émouvoir d'ailleurs parce que d'un côté on me traite d'esprit aventureux et subversif, et que de l'autre on me catalogue déjà dans le cabinet des Antiques. Donc, rassurez-vous, chers confrères, je vous ferai grâce de mes jugements, pour lesquels il me faudrait, comme à tout autre qui tenterait l'essai, à quelque parti qu'il appartînt, au moins cent pages d'impression ou quatre heures de discours, avec la perspective de déplaire à la majorité et de ne pas contenter la minorité.

Peut-être cependant me sera-t-il permis de saisir une occasion, que d'ailleurs nous n'avons point fait naître, pour répondre en quelques mots à une attaque aussi inattendue qu'inexplicable, formulée récemment contre notre École française par un célèbre chirurgien étranger, actuellement professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Vienne.

M. Billroth, c'est de lui qu'il s'agit, est un des dignitaires de notre Société de chirurgie, son traité de *Pathologie générale* a été traduit deux fois dans notre langue; chaque édition a été présentée au public médical français dans des termes fort courtois et peut-être même trop élogieux; à ma connaissance, ni l'œuvre, ni l'auteur n'ont jamais été dans notre pays l'objet de critiques injustes ou acerbes; nous pouvions donc nous croire à l'abri d'un accès de mauvaise humeur que rien n'avait justifié.

Cependant un beau jour, de propos délibéré, sans raison aucune, après avoir violemment attaqué, et du reste avec une incompétence avérée, notre illustre Pasteur, M. Billroth a jugé bon, dans le même pamphlet, de formuler en termes désobligeants son opinion sur la chirurgie française; il lui reproche dédaigneusement entre autres choses : *de suivre d'un pas boiteux les immenses progrès des chirurgies allemande et anglaise.*

Quant à motiver cette aggression singulière, M. Billroth ne s'en est point donné la peine, estimant sans doute qu'un arrêt sortant de sa bouche s'imposait de lui-même. Or, pour ma part, je pense que personne n'est moins capable que notre éminent collègue d'apprécier ce que vaut la science chirurgicale française, par cette excellente raison que personne ne l'ignore plus

que lui. Si quelqu'un trouvait ce jugement mal fondé, je le renverrais au traité de *Pathologie générale* déjà cité; il y chercherait en vain, dans la dixième édition aussi bien que dans la première, la moindre mention des meilleurs travaux français. Comme je ne puis supposer que M. Billroth passe de parti pris nos œuvres sous silence, j'en conclus qu'il ne les connaît pas, et s'il ne les connaît pas, je me demande comment il peut savoir si nous boitons en marchant ou si nous marchons du même pas que nos voisins.

En répondant ainsi au chirurgien allemand, je ne veux point, je vous l'affirme, bien qu'en droit de justes représailles, lui chercher une querelle personnelle, mais seulement protester contre tous ceux qui, comme lui, nous critiquent à la légère; en se plaçant d'ailleurs à un point de vue étroit et exclusif, que je veux vous signaler. J'y mets si peu d'aigreur que je vais chercher à expliquer la méprise de M. Billroth.

Ceux pour qui toute la chirurgie se résume dans la médecine opératoire, qui s'extasient devant les exérèses audacieuses et élèveraient volontiers un temple au dieu Bistouri, ne placent évidemment la chirurgie française ni au premier ni même au second rang, et en cela ils sont conséquents avec eux-mêmes.

Il faut bien avouer en effet que dans notre pays (et dans quelques autres d'ailleurs), on n'extirpe pas tous les jours le larynx, pas plus qu'on ne résèque bien souvent le pharynx, l'œsophage et l'estomac; on n'ouvre également guère ce dernier organe à titre d'opération préliminaire, pour dilater le pylore rétréci; on hésite beaucoup à aller chercher des tumeurs gommeuses ou des masses tuberculeuses dans la profondeur des hémisphères cérébraux et l'on n'introduit pas volontiers de corps métalliques, fussent-ils filiformes, dans les anévrysmes de l'aorte; la ponction de ce gros vaisseau, ainsi que celle des ventricules et des oreillettes, n'est pas encore en honneur chez nous; nous osons même mettre en doute la valeur réelle de ces entreprises et nous demander si elles constituent de véritables conquêtes. Or, jusqu'à ce qu'il soit bien démontré qu'il y a là un progrès véritable, autant vaudra le suivre à petits pas que de courir après en risquant de se casser le cou.

Quant aux opérations vraiment utiles, si hardies qu'elles soient, si difficiles qu'elles paraissent, on les pratique sans hésitation à Paris et dans nos grandes villes, et l'on enregistre autant de succès qu'ailleurs.

Il n'est pas en effet besoin d'aller au delà de nos frontières — voyage qui d'ailleurs n'a pas réussi à tous ceux qui l'ont entrepris — pour chercher la guérison des grosses tumeurs du ventre par l'ovariotomie, les hystéro ou hystérectomies, les laparotomies diverses, ni la cure des affections rénales par la néphrotomie ou la néphrectomie. Nulle part on n'a employé avec plus de sagacité et d'habileté que chez nous l'ouverture de la vessie pour remédier aux cystalgies rebelles et pour guérir ou pallier les tumeurs intravésicales ; la lithiase biliaire est franchement attaquée par l'ouverture ou l'ablation de la vésicule du fiel et nos jeunes chirurgiens se montrent fort habiles à extirper les trompes de Fallope plus ou moins endommagées; en d'autres régions, nous sommes aussi entreprenants qu'il le faut.

Nous trépanons bravement pour remédier aux accidents tardifs des traumas crâniens et nous n'avons eu besoin de personne pour savoir exactement où il fallait appliquer les couronnes afin de guérir telle ou telle monoplégie. Depuis Letiévant et Estlander, nous réséquons les côtes sans sourciller et il ne m'est pas revenu qu'à l'étranger on pratique mieux qu'en France la périlleuse extirpation des grosses tumeurs du cou, de l'aisselle, des mâchoires, du triangle de Scarpa, etc. La suture primitive ou secondaire des nerfs est journellement et depuis longtemps employée chez nous. Enfin il ne semble pas qu'on fasse nulle part meilleur ni plus fréquent usage des opérations préliminaires et des grandes opérations palliatives, telles que la trachéotomie, la gastrostomie, les anus contre nature, etc.

Il est inutile d'insister, je crois, pour montrer que nous opérons tout ce qui peut et doit être raisonnablement opéré, et que nous ne privons aucun de nos patients du secours sérieux de la thérapeutique opératoire, avec cette circonstance à porter, ce me semble, à notre actif, que l'opération chirurgicale reste à nos yeux *ratio ultima et non prima*.

Mais, dira-t-on, si vous adoptez à la longue les acquisitions récentes de l'art chirurgical, vous le faites sans enthousiasme, presque à contre-cœur et quand des chirurgiens plus hardis vous ont aplani la route.

J'accorde que nous nous tenons en garde contre les innovations peu mûries ou contre certaines réhabilitations mal fondées, et que nous y regardons à deux fois avant d'essayer ou de réessayer sur nos patients des actes chirurgicaux incontestablement dangereux. Mais cette réserve ne laisse pas que d'avoir du bon. Quelques exemples le prouveront sans peine. Ainsi, sans rejeter l'extirpation du corps thyroïde, nous ne l'avons pas pratiquée à tort et à travers et nous n'avons pas eu l'ennui de transformer nos goitreux en crétins. Nous avons tranquillement continué à traiter les grands kystes thyroïdiens par les injections cavitaires et le goitre parenchymateux par les injections interstitielles, et comme ces moyens nous réussissaient dans la grande majorité des cas, nous avons réservé la thyroïdectomie pour les cas rares où ils avaient échoué et où d'ailleurs la vie était menacée.

De même pour l'extirpation de l'utérus cancéreux. Tant que l'opération pratiquée par l'hypogastre a donné une mortalité énorme, nous nous sommes presque complètement abstenus; mais, quand le pronostic s'est amélioré, grâce à l'adoption et aux perfectionnements du procédé vaginal, nous nous sommes enhardis et nous avons extirpé à notre tour; mais là, avançant avec prudence, nous avons vite reconnu que si le succès opératoire devenait la règle, le succès thérapeutique restait la grande exception; alors notre ardeur s'est modérée, nous avons soigneusement trié les cas et, à ce jour, remettant en parallèle les avantages respectifs de l'ablation totale, de l'ablation partielle et du traitement palliatif, nous faisons à la première une part de plus en plus restreinte.

Il semble aussi que nous avons bien fait de ne pas accepter les yeux fermés et de ne pas pratiquer trop vite certaines opérations, telles que la suture du col utérin déchiré, l'ablation des ovaires sains en cas d'hystérie, de dysménorrhée et de métrorrhagie, le raccourcissement des ligaments ronds (d'invention française, soit dit en passant, et qui appartient à Alquié et non à MM. Alexander ou Adams). Sans doute, ces opérations semblent avoir été parfois couronnées de succès; mais nous savons aussi qu'elles restent souvent inefficaces, qu'elles comptent des cas de mort, fait d'autant plus grave que les états morbides auxquels on les oppose ne compromettent point par eux-mêmes la vie, et qu'enfin certaines malades, chez lesquelles les opérations susdites paraissant tout à fait indiquées allaient être prochainement pratiquées, ont fort bien guéri sans leur secours et avec l'aide d'une thérapeutique simple ou de moyens chirurgicaux en tout cas plus bénins et d'une exécution plus facile. Je trouve dans un mémoire d'ailleurs bien fait, sur la trachélorrhaphie utérine, une petite anecdote que je recommande à vos méditations :

Une femme atteinte de déchirure ancienne du col utérin présentait tous les symptômes fâcheux que cette lésion légère est capable, paraît-il, de produire. L'auteur du mémoire, partisan honnête et convaincu de la suture cervicale et la croyant ici tout à fait nécessaire, se disposait à la pratiquer, lorsque l'idée lui vint de toucher la fissure avec le thermocautère, manœuvre anodine par excellence qui fit disparaître promptement tout le cortège symptomatique. Si le temps me le permettait, je vous raconterais d'autres histoires qui vous désenchanteraient un peu sur la valeur des opérations en question :

Messieurs, quand avec quarante ans d'activité et d'expérience on possède une connaissance suffisante de l'histoire de l'art chirurgical; quand on a vu paraître et disparaître par douzaines les panacées opératoires, et certaines d'entre elles, maintes fois délaissées, surgir de quinze ans en quinze ans pour sombrer toujours; lorsque, relisant les traités classiques qui servaient il y a un demi-siècle de bréviaires aux praticiens (le livre de Velpeau, par exemple), on constate que la moitié pour le moins des opérations, procédés et sous-procédés, recommandés et réputés recommandables, sont justement tombés dans un oubli profond, on se prend à craindre qu'il n'en soit ultérieurement de même pour un grand nombre d'opérations, procédés et sous-procédés édités de nos jours, et qui font la joie, l'orgueil et l'espérance de leurs inventeurs; alors, sans mauvais vouloir et sans précipitation, on examine, on réfléchit, on pèse le pour et le contre, on compare le nouveau à l'ancien, au besoin on demande un supplément d'informations ou une enquête nouvelle avant de se prononcer, et quand on est convaincu que cette temporisation conduit le plus sûrement au bien et garantit le mieux contre l'erreur, non seulement on s'en fait une règle, mais on la préconise vivement pour ses disciples, lesquels, trouvant sans doute la procédure trop longue et la vie trop courte, se jettent dans les aventures,

d'où ils reviennent souvent pleins de désillusions, sinon même de regrets.

Mais j'admets, si l'on veut, qu'après avoir incontestablement tenu pendant une grande partie de ce siècle le sceptre de la médecine opératoire, nous l'ayons laissé échapper et que d'autres mains le détiennent, il ne s'ensuivrait pas pour cela qu'au jour présent notre thérapeutique fût en état d'infériorité.

En somme, le but final de la pratique est la guérison, et si on peut l'atteindre par différentes voies, il n'est pas, que je sache, d'article de loi qui force à employer bon gré mal grè le fer ou le feu quand on peut réussir aussi bien par les médicaments, l'hygiène ou les moyens de douceur.

Dans une circonstance récente où une simple application topique, bénigne, était mise en parallèle avec des actes opératoires assez violents, quelques confrères prirent la parole pour revendiquer les *droits de la chirurgie*. C'est sans doute les *droits du bistouri* qu'ils voulaient dire. Cette réclamation était quelque peu singulière, car la chirurgie n'a pas de droits, mais seulement un devoir, qui est de soulager ou de guérir le plus simplement et au moins de frais possible. Pour le bistouri, je ne lui connais aucun droit et son seul devoir est d'être très propre et de couper le mieux possible.

Si l'on compare, dans ces tendances générales, la thérapeutique chirurgicale en France et à l'étranger, on peut affirmer, sans crainte d'être démenti, que dans aucun pays elle n'est plus conservatrice que dans le nôtre; que nulle part plus qu'ici on ne se préoccupe :

1° D'utiliser les médicaments, les agents hygiéniques, les moyens chirurgicaux dits de douceur et les opérations non sanglantes;

2° De baser l'ensemble du traitement sur l'étiologie, la pathogénie, la nature, les formes et le degré du mal à combattre;

3° De mettre à profit les enseignements de la physiologie et de la pathologie générale et d'effacer les barrières malencontreusement élevées entre les pathologies interne et externe;

4° D'employer au cas où la médecine opératoire est nécessaire, les procédés les moins périlleux et les plus faciles à exécuter;

5° D'être éclectique, c'est-à-dire d'accepter comme utile tout moyen thérapeutique, à la condition expresse de déterminer soigneusement les cas fréquents ou rares qui le réclament, et surtout de ne l'appliquer exclusivement ni au hasard ni par séries;

6° D'être opportuniste, c'est-à-dire de peser soigneusement les avantages et les inconvénients de l'action précoce ou tardive, de l'abstention momentanée ou définitive pour arriver à saisir le moment favorable, l'*occasio præceps;*

7° De préciser rigoureusement les indications et contre-indications opératoires, en tenant grand compte de l'état organique des sujets et des maladies constitutionnelles patentes ou latentes dont ils sont atteints;

8° Enfin d'instituer avant, pendant et après l'acte chirurgical, un traitement capable d'en préparer, d'en assurer et d'en rendre définitif le succès.

Or, tout porte à croire que le chirurgien, pénétré de ces principes et les appliquant avec conscience et sagacité, guérira beaucoup de malades, et si les trompettes de la renommée ne portent pas au loin son nom comme s'il avait enlevé un poumon ou lié le tronc basilaire, il pourra se consoler en comptant le nombre de ceux auxquels il aura, sans fracas, conservé la santé ou sauvé l'existence.

Excusez-moi d'entrer dans quelques détails pour prouver que e n'ai point exagéré les mérites et qualités de notre chirurgie française.

J'ai dit qu'elle était conservatrice et qu'elle utilisait sans cesse les moyens non sanglants. Voyez ce qui se passe pour les lésions traumatiques des doigts, de la main et de l'avant-bras, si communes dans les usines en particulier; consultez les statistiques étrangères : il en appert qu'un chirurgien appelé à soigner ces blessures ampute en une ou deux années plus de doigts, de métacarpiens, de poignets et d'avant-bras que le chirurgien français le plus occupé dans toute sa vie. Ce que l'on mutile irrémédiablement ailleurs, nous le conservons, et les blessés se servent très utilement plus tard de membres qu'on croyait d'abord à tout jamais perdus. Notez que c'est avec l'eau phéniquée en bains ou en pulvérisations et avec le pansement d'Alphonse Guérin qu'on obtient ces cures si précieuses.

Passons au traitement des maladies articulaires. Combien nous amputons rarement et combien aussi nous sommes sobres de résections! Avons-nous tort sur ce dernier point? Comment le croire quand, après avoir pratiqué nombre de fois ces opérations, nos confrères étrangers les condamnent maintenant ou en restreignent de plus en plus l'usage. On compte dans leurs relevés un grand nombre d'enfants et d'adolescents, ce qui, soit dit en passant, grossit naturellement le total des succès faciles. Eh bien, consultez nos confrères les plus autorisés, MM. Ollier, Lannelongue, de Saint-Germain, demandez-leur combien ils résèquent d'articulations dans le jeune âge et combien ils en guérissent par la thérapeutique non sanglante!

Il y a quelques années, un chirurgien étranger fort distingué visitait mon service, où se trouvent toujours réunies un assez grand nombre d'arthropathies; étonné de ne pas voir de résections pratiquées ou à pratiquer, il en manifesta sa surprise. Je répondis en lui montrant simplement les moyens que je mettais en usage et les résultats que j'obtenais. Il m'écouta silencieusement et sans rien contester, mais le doute était peint sur son visage; il me fit l'honneur de revenir deux ou trois fois dans mes salles et en partant m'avoua, sans y être sollicité, que ses croyances dans la nécessité de la cure sanglante des arthropathies étaient fortement ébranlées. Il reconnut d'ailleurs l'extrême simplicité d'un traitement où l'on se contente d'associer la bonne attitude du membre, l'immobilisation absolue de la jointure, la compression régulière, la révulsion modérée, mais réitérée, et l'usage intérieur d'une médication appropriée à l'état constitutionnel.

Ajoutons à cette liste nombre de courbures rachitiques qu'on ostéotomise à outrance chez nos voisins et qui se redressent bien et relativement vite sous la seule influence de la thalassothérapie comme l'attestent sans réplique les moules en plâtre pris avant et après la cure.

Puisque l'ostéotomie est en question, veuillez remarquer que si nous en reconnaissons la valeur orthopédique incontestable et si pour la plupart nous l'avons pratiquée, nous lui préférons de beaucoup, pour le genu valgum, pour certaines ankyloses, avec position vicieuse de la hanche, du coude, et parfois même du genou, l'ostéoclasie, qui, grâce à l'outillage très perfectionné que nous possédons, s'effectue avec une précision, une rapidité, une simplicité que l'ostéotomie ne saurait dépasser, ni même le plus souvent atteindre, avec la bénignité qui vient par-dessus le marché.

Sans doute, la supériorité de l'ostéoclasie en cas de genu valgum par exemple, est essentiellement due à l'excellence des ostéoclasies de MM. Robin et Collin, mais n'est-il pas juste et à propos de porter à l'actif de notre chirurgie française les merveilleux instruments dont nous avons enrichi l'arsenal chirurgical et les trésors inépuisables que livrent au monde entier ces grands artistes français qu'on appelle des couteliers. Je crois que, dans cette voie si utile, nos rivaux nous suivent en claudiquant, n'ayant, je suppose, inventé ni l'ostéoclaste actuel, ni l'écraseur linéaire, ni le thermocautère, ni les seringues de Dieulafoy et de Pravaz, pas plus qu'ils n'ont imaginé ni les bougies tortillées, ni la sonde rouge de Nélaton, minuscules découvertes peut-être, mais qui ont tant de valeur en thérapeutique urinaire.

Sur tous les points de notre thérapeutique, on retrouve ces mêmes tendances à éviter les procédés sanglants et à choisir les *acta minoris periculi*. N'est-ce point à cette préoccupation qu'a obéi notre savant collègue, M. Denucé, de Bordeaux, quand, en appliquant la ligature élastique à la cure de l'inversion utérine, il a rendu bénigne et facile une opération nécessaire, urgente parfois, mais jusque-là pleine de danger.

Post majora, minora. Pour les hémorrhoïdes, nous avons abandonné complètement la ligature, l'excision sanglante; quelques-uns conservent encore l'écraseur linéaire ou la cautérisation en masse ou interstitielle; le plus grand nombre se contentent de la simple dilatation, qui convient à la presque totalité des cas et réussit 98 fois sur 100.

D'ici à quelques années, on ne traitera plus le phimosis que par la dilatation ou par la transformation en paraphimosis, qu'on guérit si bien sans y toucher, avec du repos et des compresses résolutives.

Dans le même temps, on ne parlera que pour mémoire des innombrables procédés proposés par la grenouillette ordinaire; tous seront remplacés — y compris le mien, car j'en ai inventé au moins un — par la modeste injection de quelques gouttes de solution caustique avec la seringue de Pravaz.

N'a-t-on pas également gagné du terrain quand on a em-

ployé les injections à l'éther iodoformé dans la cavité des abcès ossifluents et dans le centre des ganglions tuberculeux durs ou ramollis pour remplacer l'ouverture et le curage dans l'une et l'autre affection; ou encore quand on a remplacé, au moins pour l'immense majorité des cas, le débridement du furoncle et de l'anthrax par la seule pulvérisation phéniquée.

Je m'arrête, loin d'avoir épuisé la somme de mes exemples! Les moyens de douceur et les opérations minuscules ont surtout un avantage sur lequel on n'insiste pas assez et qu'il convient de mettre en relief: c'est de pouvoir être employés de très bonne heure, dans des cas légers, d'une cure relativement facile, où l'on hésiterait beaucoup à proposer le bistouri, que d'ailleurs le patient refuserait le plus souvent.

Je m'explique: voici un goitre commençant et de petit volume; il ne détermine aucune gêne encore et déforme à peine le cou de la jeune femme qui le porte; cependant il est manifestement en progrès et résiste à la médication interne. Que faire? Tenterez-vous d'emblée l'extirpation du corps thyroïde pour prévenir une suffocation future, mais fort éloignée, et allez-vous largement balafrer le col sous prétexte de faire disparaître une difformité à peine visible. Très vraisemblablement la malade et sa famille refuseront un remède si peu proportionné au mal et attendront malheureusement que la tumeur soit devenue grosse, gênante et choquante. Mais au lieu de l'opération sérieuse, et en insistant d'ailleurs sur les inconvénients de la temporisation prolongée, recommandez les injections interstitielles, qui au début donnent tant de succès, et on suivra docilement vos conseils.

Le même raisonnement s'applique aux myômes utérins interstitiels pour lesquels on n'ose entreprendre les périlleuses et difficiles hystéro ou hystérectomies qu'en cas d'accidents graves et chez des femmes épuisées. Dès que le mal vous est signalé et que votre diagnostic est établi, agissez sans retard, instituez le traitement médical avec les bromures, l'ergotine, l'électricité, les eaux thermales enfin, si les ressources de la cliente le permettent; et si cette cure anodine est prolongée suffisamment, la marche du myôme sera le plus souvent enrayée pour toujours.

Vous savez avec quelle répugnance, malade et médecins acceptaient jadis la cure chirurgicale des hémorrhoïdes; par crainte de l'opération, eût alors même qu'elle été rendue moins grave par l'usage du fer rouge et de l'écraseur linéaire, on laissait de malheureux hémorrhoïdaires devenir exsangues et cachectiques, quand ils n'étaient pas en plus torturés par les souffrances de la fissure. Dans de telles conditions, alors que l'anémie était profonde et les grands viscères stéatosés, les opérations étaient en réalité dangereuses; mais aujourd'hui, les préjugés de nos confrères et de leurs clients sont dissipés, notre intervention est acceptée aussitôt qu'elle devient utile, parce qu'elle se borne à une simple manœuvre mécanique qui rentre dans le cadre de la petite chirurgie.

L'anecdote suivante vous montrera les dispositions qu'affectent vis-à-vis des opérations sanglantes les gens du monde qui, en somme, ont bien voix délibérative. Je fus appelé il y a quelques années dans le faubourg du Temple près d'un enfant, atteint de phimosis. Le mal causait quelques troubles et l'opération était tout à fait indiquée. J'exposai mon opinion au père, qui m'écouta sérieusement, mais ne parut point convaincu; il motivait son hésitation sur ce que l'année précédente, il avait failli perdre son fils aîné à la suite de la circoncision pratiquée cependant par un des bons chirurgiens de Paris. A quoi je répondis que je ne comptais pas exciser le prépuce, mais faire simplement la dilatation sans effusion du sang et sans autre traitement que des applications d'eau fraiche. Notre homme tout rassuré me croit sur parole et me donne carte blanche; quatre ou cinq jours après, l'enfant était guéri.

Les objections, il est vrai, ne manquent pas et n'ont jamais manqué à cette pratique modeste qui, il en faut convenir, n'ajoute rien au prestige redoutable de la chirurgie armée. Vers 1840, à Lisfranc qui la préconisait, bien qu'il fût un des opérateurs les plus justement célèbres de son temps, on reprochait ironiquement de faire la *chirurgie du cataplasme* (*sic*); aujourd'hui encore les opérateurs raillent les thérapeutes, qu'ils accusent d'agir lentement et de mettre des jours, des semaines et des mois à guérir ce que les vrais actes chirurgicaux suppriment en quelques heures, jours ou semaines. Pour quelques-uns l'essentiel est d'aller vite, et en conséquence l'on va si vite parfois qu'on ne prend pas même le temps de porter le diagnostic et d'entrevoir les contre-indications.

Si l'on oppose timidement la bénignité et la simplicité des opérations douces et minimes à la gravité et à la difficulté des grandes entreprises chirurgicales, il vous est répondu que la gravité n'existant plus grâce à la méthode antiseptique, il n'y a pas lieu d'en tenir compte, et que la chirurgie devant être faite par des chirurgiens, sa simplicité devient accessoire. Bref, il semble qu'on sacrifie le *tuto* au *cito* et que parfois pour aller vite, lorsque par exemple on tente la réunion immédiate après l'uréthrotomie externe ou la fistule à l'anus, on complique comme à dessein des procédés qui suffisaient à nos pères et qui suffisent encore à la plupart d'entre nous. En signalant ces propensions fâcheuses, je crois pouvoir dire qu'elles sont surtout d'importation étrangère, ce qui me fait espérer que, pour employer le langage du jour, elles ne trouveront pas dans notre pays un milieu favorable à leur culture.

Si, comme on n'en saurait douter, une affection chirurgicale a d'autant plus de chances de guérir qu'on a fait un choix plus judicieux entre les diverses façons de la traiter, l'éclectisme en thérapeutique est un devoir et devient, quand il est appliqué à propos, une qualité maîtresse; par contre, l'exclusivisme est au moins une faute, pour ne pas le qualifier plus sévèrement.

Or, ce n'est jamais à un chirurgien français que vous entendrez dire que la lithotritie doit disparaître du cadre des opérations utiles ou que la taille sus-pubienne doit remplacer toutes les autres méthodes de cystotomie; vous souririez si l'on vous proposait de traiter tous les rétrécissements de l'urèthre par la dilatation ou par l'uréthrotomie, soit interne soit externe, et jamais on ne pourra décider la majorité d'entre nous à traiter uniformément toutes les hydrocèles par l'excision de la tunique vaginale et sa suture, ni à tenter pour toutes les hernies indistinctement la cure prétendue radicale.

Avant d'extraire la pierre de la vessie, nos chirurgiens examinent avec soin le volume, la consistance, la composition chimique du ou des calculs, puis l'état de l'urèthre, de la vessie, de la prostrate et des reins, enfin l'âge du patient et sa santé générale; ces informations réunies, ils optent suivant les cas pour la lithrotritie ou pour l'une des lithotomies: hypogastrique, périnéale, médiane, prérectale, etc.; mais ils sont si peu exclusifs, que tout en considérant la lithotritie comme la meilleure et la plus bénigne des méthodes dans la majorité des cas, ils la déclarent hautement détestable dans des conditions déterminées.

C'est dans le traitement chirurgical, curatif ou palliatif, du cancer du rectum, que nous utilisons le mieux notre propriété de sélection. Les Allemands ne font presque que l'extirpation, lors même qu'elle entraîne l'ouverture du péritoine et la récidive prochaine et inévitable; les Anglais ne font guère que la palliation et pratiquent presque exclusivement la colotomie lombaire. En France, on fait l'ablation des cancers de la région anale encore peu étendus et dont on a l'espoir de dépasser largement les limites. La masse néoplasique remonte-t-elle plus haut, a-t-elle contracté des adhérences avec les organes voisins, vagin ou prostate, on se contente de pratiquer la rectotomie linéaire palliatrice pour remédier à la diminution du calibre; l'infiltration épithéliale est-elle plus étendue et plus élevée encore, détermine-t-elle des douleurs de rétention et des hémorrhagies, on pratique aussitôt la colotomie iliaque qui soulage rapidement, n'entraîne presque jamais par elle-même la mort ni même le moindre accident sérieux et donne des survies tranquilles parfois surprenantes.

Même adaptation des procédés différents aux cas différents pour les cancers de la langue que nous attaquons par la bouche ou par le cou, avec ou sans section médiane du maxillaire, avec ou sans ligature préliminaire de la linguale en nous servant, comme agents d'exérèse, du bistouri, de la ligature simple ou élastique, de l'écraseur linéaire, de l'anse galvanique, du thermocautère, etc.

Si l'on considère dans tout moyen thérapeutique l'*efficacité*, la *bénignité* et la *simplicité*, il suffit, lorsque deux opérations sont en concurrence, d'examiner comparativement les trois qualités dans chacune d'elles et tout naturellement on choisit celle qui, avec une efficacité égale, présente une bénignité plus notoire et une plus grande facilité d'exécution.

Veut-on par exemple désarticuler l'épaule ou la cuisse avec le moins de danger possible? On adopte le principe de la ligature préalable et de la division des tissus de dehors en dedans et l'on parachève presque seul et sans incident ces grandes mutilations. Faut-il, pour pallier un cancer du rectum, recourir à la colotomie? On choisit sans hésiter le procédé de Littré de

préférence à celui de Callisen. Enfin, doit-on, en cas d'œdème de la glotte, ouvrir les voies aériennes ! On opte pour l'opération de Vicq d'Azyr, si supérieure à la trachéotomie ordinaire.

C'est la poursuite de la bénignité et de la simplicité relatives qui, en cas de hernie avec gangrène, fait préférer à beaucoup d'entre nous la création d'un anus contre nature à la résection de l'intestin avec suture et réduction immédiate. Certes, la cure est lente dans la première manière, mais la rapidité possible dans la seconde compense mal la grandeur du danger.

Messieurs, je ne voudrais pas prolonger indéfiniment cette plaidoirie ni laisser croire que je trouve notre chirurgie parfaite. Si j'ai montré ses côtés forts et loué ses tendances excellentes, j'en distingue aussi les points faibles et les imperfections. Libre-échangiste par nature, je concède sans peine que nous pouvons et devons même faire à nos rivaux d'utiles emprunts.

Mais je réclame la réciproque et voudrais que la justice que nous rendons aux autres nous fut également rendue. On voudra bien constater que je n'ai attaqué personne, mais seulement défendu avec quelque chaleur notre Ecole française, puisque nul chez nous ne songe à le faire et que nous conservons même à l'égard des étrangers une sorte de manie chevaleresque qui frise la naïveté.

En effet, qu'un Français passe la frontière, il se croit obligé de trouver superbe tout ce qu'on lui montre, de le dire tout haut et de l'écrire au besoin. Il croirait discourtois de signaler ce qu'il voit de défectueux, et de mauvais goût de réclamer pour les choses qu'on nous a empruntées ou que nous faisons mieux. *In petto* il sait bien ce qui est mauvais et ce qu'il faut blâmer, mais il se tait.

Or, des étrangers qui viennent chez nous, lisent nos livres et connaissent nos idées, puisqu'ils les mettent à profit, combien peu nous citent, en dehors de ceux que nous savons nos amis et qui s'intéressent ouvertement aux progrès de notre science, et que la louange sort difficilement de leur bouche ou de leur plume! N'oublions pas les oublieux et les injustes; restons équitables quand même, mais soutenons nos droits et revendiquons hardiment notre part.

Ce qui fait croire que notre chirurgie n'est pas si fort en décadence et qu'il y a encore quelque chose à gagner dans notre commerce, c'est le concours que nous apportent, à une époque et dans des conditions défavorables, les confrères venus des pays voisins qui honorent notre réunion de leur présence et auxquels je suis heureux de souhaiter la bienvenue en votre nom et d'offrir nos remerciements sincères.

Si le Congrès tout entier acclame avec joie nos amis étrangers, il est du devoir des Parisiens d'exprimer leur gratitude à leurs confrères de province. En les voyant si nombreux, nous apprécions quel intérêt ils portent à nos assises scientifiques et quel désir ils ont d'en assurer le succès.

Salut donc à vous, éminents praticiens de Lyon, de Bordeaux, de Nancy, de Toulouse, de Marseille, de Lille, de Tours et de tant d'autres cités, qui représentez si dignement la chirurgie et qui l'exercez avec tant de talent. Merci d'être venus non pas seulement pour vous instruire, mais aussi pour nous apprendre ce que vous faites et comment vous le faites.

Depuis bien longtemps j'observe avec l'attention la plus sympathique le mouvement chirurgical dans nos départements, et d'année en année je constate de nouveaux progrès. Il y a quarante ans, la province comptait à peine une douzaine de chirurgiens en renom; aujourd'hui, tous les grands centres, comme la plupart des villes de deuxième et de troisième ordres, ont des Sociétés médicales à séances et à publications périodiques; on s'y réunit pour se communiquer les faits saillants de la pratique et pour discuter les idées nouvelles; et dans presque chaque *Bulletin* départemental on trouve des documents précieux.

Je ne puis oublier quelle fut ma surprise un jour que de passage à Boulogne-sur-Mer et assistant à la réunion mensuelle de la Société de médecine, j'entendis le récit de plusieurs cas chirurgicaux qui auraient fait très bonne figure à notre Société de chirurgie, voire même à l'Académie de la rue des Saints-Pères.

Oui, chers confrères, vous pratiquez de plus en plus et au mieux des intérêts généraux une décentralisation précieuse et nécessaire; grâce à vous les lumières de la science et les secours de l'art se répandent sans cesse et arrivent jusque dans les plus humbles villages. Ainsi vous démontrez l'erreur de ceux qui disent que la grande chirurgie ne peut être faite que dans les grandes villes et par les grands chirurgiens, oubliant trop les conditions dans lesquelles se trouve la moitié, sinon les deux tiers de notre population. Les pauvres ruraux et les petits citadins ne sont point à l'abri des affections graves exigeant les ressources suprêmes de la chirurgie; mais ils ne peuvent aller les chercher à cent lieues de leur demeure, encore moins attendre que les étoiles de la profession viennent les apporter dans leurs chaumières. Il leur faudrait donc compter sur le bon vouloir de la nature ou se résigner à souffrir et à mourir si vous n'étiez pas là pour les assister, les sauver, les soulager en tout cas, leur faire bénir cette chirurgie bienfaisante, jadis si redoutée, mais aujourd'hui en si juste faveur, depuis qu'entre vos mains elle rend de si grands services.

Il est certain que tous vous ne pouvez pas tout faire et que plusieurs grands actes chirurgicaux sont encore hors de la portée de quelques-uns d'entre vous; mais ces cas sont assez rares et il y a lieu d'espérer qu'ils le deviendront de plus en plus, à partir du jour où l'on sera parvenu à perfectionner et surtout à simplifier la technique opératoire.

Rappelons-nous ce qui s'est passé pour la fistule vésico-vaginale. Il y a quarante ans, sa cure opératoire était considérée comme si difficile, qu'à peine si à Paris même deux ou trois chirurgiens la traitaient. Bozeman et Marion Sims nous apportent l'excellent procédé que vous connaissez; nous l'appliquons et nous réussissons; puis nous l'apprenons à nos élèves qui, aujourd'hui, la pratiquent si heureusement dans tous les coins de la France, qu'à peine si nous autres Parisiens, en voyons encore quelques cas rares dans la pratique de l'hôpital ou de la ville.

Applaudissons sans réserve, messieurs, à cette démocratisation de la chirurgie, si conforme à l'esprit humanitaire et désintéressé de notre race; sans abaisser les grands, elle élève les moyens et les petits et fait entrevoir l'heure où l'on trouvera sur les points les plus reculés de notre territoire des esprits éclairés et des mains habiles.

Si les Congrès français de chirurgie hâtent cet heureux événement, ils auront bien mérité de la Science et de la Patrie.

CORRESPONDANCE

Des applications thérapeutiques de l'acide borique.

J'ai lu avec le plus vif intérêt, dans le numéro de la *Gazette hebdomadaire* du 17 février, la communication faite à la Société médicale des hôpitaux, par M. le docteur Gaucher, sur le pouvoir toxique de l'acide borique et les applications thérapeutiques de cet agent. Dans les recherches que j'ai faites sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'acide borique à haute dose, j'ai employé cet agent antiseptique en pulvérisations, me servant d'une solution concentrée, à chaud (voy. *Gazette hebdomadaire* du 25 novembre 1887); dans ces conditions il se déposait, sur les parois de la bouche et de l'arrière-gorge, une certaine quantité d'acide borique qui, par les mouvements de déglutition du malade, pénétrait dans les voies digestives. Il est difficile d'évaluer d'une façon précise, la proportion, assez notable sans doute, d'acide ainsi absorbée; mais je dois dire que, dans les cas nombreux traités de la sorte, je n'ai jamais observé le moindre accident d'intoxication, ni troubles pouvant être rapportés à l'usage de l'acide borique. Il est donc heureux, je crois, qu'une voix autorisée comme celle de M. Gaucher, vienne mettre en lumière la valeur de cet agent thérapeutique, aussi efficace qu'inoffensif.

Dr E. Schoull.

Aïn-Draham (Tunisie), le 26 février 1888.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 5 MARS 1888.

Influence dégénérative de l'alcool sur la descendance. Recherches expérimentales. Note de MM. *A. Mairet*, et *Combemale*. — MM. Mairet et Combemale ont observé des faits importants d'hérédité, au point de vue de l'influence dégénérative de l'alcool sur les descendants.

Ces faits sont de trois ordres; ils concernent l'un, les produits d'un chien intoxiqué chroniquement par l'absinthe

Pernod; l'autre, les produits d'une chienne intoxiquée d'une manière aiguë, pendant les dernières semaines de la gestation, par de l'absinthe de débit; et le troisième, la descendance d'un des produits de cette chienne, non soumis à l'intoxication.

Ces expériences ont rapport, d'une part à l'influence de l'intoxication chronique sur une génération; d'autre part, à l'influence de l'intoxication aiguë sur deux générations successives.

Il en résulte que l'influence dégénératrice est, ainsi qu'on le voit dans ce cas, plus considérable dans la seconde génération que dans la première.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD

MM. les docteurs *Blache* et *Félix Brémond* se portent candidats à la place déclarée vacante parmi les associés libres.

M. le docteur *Trastour* (de Nantes) demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la première division (*Médecine*).

MM. les docteurs *Armand Paulier* et *Lamblin* envoient des *Plis cachetés*, dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Mireur* adresse le *Rapport de la Commission sanitaire municipale relatif à l'épidémie qui a sévi dans ces derniers temps à Marseille sur la race porcine.*

M. le docteur *de Welling* envoie le relevé des *vaccinations et revaccinations* qu'il a pratiquées en 1887 à Rouen.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de M. le docteur *Brochin*, les articles ÉTIOLOGIE MÉDICALE et EXPECTATION, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Charpentier* dépose le 3e fascicule du *Bulletin de la Société obstétricale de Paris*.

M. *Armand Gautier* présente le *Traité de chimie minérale et organique* de MM. *Wilm* et *Hanriot*.

M. *Dujardin-Beaumetz* offre la 2e édition de son *Formulaire*, publié en collaboration avec M. *Yvon*.

M. *Fournier* dépose, de la part de M. le docteur *Dezanneau* (d'Angers), une observation de *transmission possible de la syphilis, par voie d'hérédité, à la seconde génération*.

M. *Bouchard* présente un mémoire manuscrit de M. le docteur *Séjournet* (à Revin, Ardennes) sur *les gommes infantiles* et une brochure de M. le docteur *Abeille sur la guérison de l'entorse et des diastases par l'application méthodique de la belladone.*

ÉLECTIONS. — Par 45 voix sur 49 votants, M. le docteur *de Saboïa* (de Rio-de-Janeiro) est élu correspondant étranger dans la deuxième division (*Chirurgie*); M. Mac Cormack (de Londres) obtient 2 voix; M. Sayre (de New-York), 1; plus 1 bulletin blanc.

M. le docteur *Lusk* (de New-York) est ensuite élu correspondant étranger dans la même division, par 42 voix sur 53 votants; M. Mac Cormack obtient 9 voix et M. Horsby (de Londres), 2.

SUGGESTION. — M. *Luys*, revenant à l'occasion du procès-verbal sur le rapport lu à la dernière séance par M. *Dujardin-Beaumetz*, se plaint que, dans l'exposé de ses recherches sur la sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme, il n'ait pas été fait une mention suffisante de ce que les phénomènes constatés en se servant d'un tube vide, mais revêtu d'un étui noir, ont montré l'action exercée par l'éclat particulier du verre dans certaines des expériences qu'a pratiquées la Commission.

ARTHRECTOMIE DU GENOU. — Il y a un an, le 6 mars, M. le docteur *Jules Bœckel* (de Strasbourg) a déjà communiqué une note sur l'arthrectomie du genou. Il possède maintenant douze observations dans lesquelles il a pratiqué cette opération, qui a pour but l'extirpation totale de la synoviale articulaire dégénérée, y compris les ligaments altérés, après ouverture large de l'articulation. Elle se distingue ainsi de l'arthrotomie, qui consiste à ouvrir l'article pour en extraire des corps étrangers ou en évacuer du pus ou de la sérosité et de l'arthroxésis, qui se borne à abraser les fongosités, la taille articulaire préalablement opérée. Sur ces 12 opérations il a fait 6 fois l'arthrectomie simple et 6 fois l'ostéo-arthrectomie chez cinq adultes et sept enfants; tous les cas se sont terminés par la guérison. Comparant les résultats obtenus à ceux de la résection, il conclut à la supériorité de celle-ci chez les enfants, avec les précautions et les restrictions indiquées dans son premier mémoire. Quant aux adultes, il croit que l'arthrectomie qui exige, il est vrai, un temps beaucoup plus court pour arriver à l'ankylose, est chez eux moins grave que la résection, bien que la mortalité de cette dernière ait été singulièrement abaissée dans ces derniers temps. Aussi fera-t-on bien d'y avoir recours chaque fois que les circonstances s'y prêteront, quitte à faire ultérieurement la résection, si quelque complication venait à surgir. — (Le mémoire de M. Bœckel est renvoyé à l'examen d'une Commission, composée de MM. *Trélat*, *Maurice Perrin* et *Lannelongue*.)

ANTIPYRINE ET PARTURITION. — M. le docteur *Queirel* (de Marseille) déclare, d'après ses recherches récentes, que l'antipyrine à la dose de 25 centigrammes peut être employée avec un grand succès à toutes les périodes de la parturition. Si une première injection est sans effet, on peut en donner une seconde deux heures après; en général l'action du médicament se fait sentir vingt à vingt-cinq minutes après son administration. Il n'a pas d'influence fâcheuse sur la marche du travail qui semble accélérée, ni sur la délivrance. C'est surtout à la période de dilatation que cet agent est précieux; à la fatigue, à l'agacement, aux cris de la parturiente, succède un grand calme. Les femmes sentent très peu les douleurs, même pas du tout, et les contractions continuent jusqu'à complète dilatation avec une régularité satisfaisante. Beaucoup des accouchées ont même une période d'expulsion fort peu douloureuse, comme avec le chloroforme, mais avec cet avantage que l'antipyrine laisse toute sécurité et demande une surveillance bien moins grande. Sur les 20 cas où M. Queirel a eu recours à cette méthode, 15 fois elle a été suivie de ces excellents résultats. Il semble que l'action est plus sensible sur les multipares que sur les primipares. — (Le mémoire de M. le docteur Queirel est renvoyé à l'examen d'une Commission, composée de MM. *Dujardin-Beaumetz*, *Bourdon* et *Guéniot*.)

FIÈVRE PUERPÉRALE ET ÉRYSIPÈLE. — Ayant eu l'occasion d'étudier récemment une vingtaine de cas de fièvre puerpérale, dont plus de moitié provenaient d'une épidémie dans un service hospitalier d'obstétrique, M. le docteur *Doyen* (de Reims) a pu reconnaître, par l'analyse bactériologique, la présence constante et unique d'un même streptococcus dans tous ces cas, soit de fièvre puerpérale mortelle, soit d'infection puerpérale à manifestations variables. Les cultures de ce microbe ressemblent sur tous les milieux à celles du streptococcus de l'érysipèle et du streptococcus pyogenes. Tous trois sont frappés de mort par la dessiccation et se reproduisent uniquement par scissiparité. Ils ne résistent pas à une température de 60 degrés centigrades et leurs cultures deviennent stériles si l'on ne prend pas soin de les renouveler tous les deux mois environ. D'autre part, les faits cliniques confirment les faits expérimentaux et prouvent: 1° que le streptococcus pyogenes de Rosenbach évolue souvent avec une lymphangite ou une rougeur érysipélateuse des plus évidentes; 2° que le streptococcus puerpéral peut occasionner soit la péritonite puerpérale, soit diverses formes d'infections plus bénignes, phlegmons, pleurésie purulente, etc., et même de véritables érysipèles bien caractéristiques; 3° le streptococcus de Fehleisen est l'origine de l'érysipèle franc, mais peut être aussi le point de départ de phlegmons et de péritonite purulente. Expérimentalement les streptococci de ces trois sources causent toujours un petit abcès, et presque toujours l'érysipèle de l'oreille du lapin, toutefois avec une virulence variable, qui varie suivant leur provenance. On est donc porté à confondre ces trois streptococci si semblables sur

les préparations simples ou colorées, sur les cultures et par les tentatives d'inoculation.

Comment se produit la fièvre puerpérale? Ou bien le microbe préexiste dans le vagin ou il est apporté soit par l'air, soit par contagion directe (doigts, instrument, etc.).

Les recherches de M. Doyen lui permettent de considérer comme exceptionnelle son existence dans le vagin avant les couches ; il ne semble pas non plus se propager par l'air, ainsi qu'en témoignent plusieurs exemples bien précis ; au contraire, l'inoculation directe est prouvée par les cas sporadiques observés à la campagne. Enfin M. Doyen a recherché comment survient la mort dans la fièvre puerpérale. Il a, dans tous les cas, toujours rencontré des embolies microbiennes généralisées et, d'autre part, la recherche des poisons chimiques produits par le streptococcus lui a déjà fourni une certaine quantité de beaux cristaux ; la formation du poison chimique est toutefois inséparable de la présence des streptococci au sein même de l'économie.

La fièvre puerpérale est donc en rapport étroit avec l'érysipèle. L'origine de l'épidémie qu'il a observée paraît d'ailleurs avoir été une servante des parturientes, atteintes d'érysipèle à répétition. Ces érysipèles sont en effet causés par le même streptococcus, et en cherchant bien on trouve toujours une plaque de dermite chronique qui est le point de départ de nouvelles poussées. Il a fait sur cinq cas les mêmes observations. Ces érysipèles à répétition sont curables par l'application prolongée du sublimé. — (Le travail de M. Doyen est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *Alphonse Guérin*, *Cornil* et *Charpentier*).

Luxation du cubital droit. — M. le docteur *A. Poncet* (de Lyon) lit une observation de luxation pathologique en avant du nerf cubital droit chez un enfant de quinze ans, qui avait fait, cinq ans auparavant, une chute sur le coude droit, pour laquelle l'articulation avait été immobilisée pendant quinze jours; il s'était ensuite servi de son bras sans difficulté. A la suite d'un exercice violent, la luxation du nerf se produisit. M. Poncet réintégra le nerf dans sa gouttière ; la guérison est parfaite.

Prostitution. — La discussion reprend sur la réglementation de la prostitution. M. le *Secrétaire perpétuel* donne tout d'abord lecture d'un arrêté pris par M. le maire de Bourges, à la date du 29 octobre 1887, et aux termes duquel les filles ou femmes notoirement connues pour se livrer à la débauche sont astreintes à certaines dispositions réglementaires dont les principales sont les suivantes : il leur est interdit de stationner sur la voie publique, d'y former des groupes, d'y circuler en réunion, d'aller et de venir dans un espace trop restreint, de s'y faire suivre ou accompagner par des hommes, de les appeler par la main ou par des signes ou gestes provocateurs, même lorsqu'elles sont à leur fenêtre et sur le seuil de leur porte ; les mêmes faits et gestes sont interdits lorsqu'ils sont pratiqués soit dans les cafés-concerts, ou dans tous autres lieux publics. Il leur est, en outre, défendu de se montrer impudemment, de façon à causer du scandale dans les rues servant à la promenade habituelle du public. Toute fille ou femme qui aura été condamnée deux fois en simple police pour contravention aux dispositions qui précèdent sera inscrite d'office et soumise aux mesures de police édictées par un arrêté municipal antérieur visant la visite sanitaire. Toutefois, la femme ou fille qui se trouvera dans ce cas, pourra opter soit pour son inscription, acceptant ainsi toutes les mesures qui en découlent, soit pour l'obligation de quitter la ville de Bourges dans un délai de huit jours, après que la deuxième condamnation prononcée contre elle sera devenue définitive. Avant de procéder à l'inscription d'une femme mariée se livrant à la prostitution, on devra constater par procès-verbal en forme soit l'absence, soit la connivence du mari, soit encore son impossibilité absolue de réprimer l'inconduite de sa femme.

Une lettre du commissaire central de Bourges informe que cet arrêté a eu pour effet immédiat le départ de soixante femmes désireuses d'échapper aux prescriptions de cet arrêté; celles qui sont restées ne se livrent plus à aucune provocation publique. Au point de vue sanitaire, il faudra attendre encore plusieurs mois avant que l'arrêté ait produit tout son effet, à cause des lenteurs obligées de la procédure ; quarante-deux femmes ou filles ont été poursuivies ; onze ont été inscrites, dont quatre ont été reconnues vénériennes.

M. *Laborde* persiste à penser que l'Académie excéderait sa compétence en adoptant les propositions que lui a soumises M. Fournier dans la dernière séance, au nom de la commission. C'est pourquoi il demande dans les conclusions la suppression des mots : « sous la sauvegarde du droit commun » appliqués à l'inscription des filles se livrant à la prostitution, de crainte qu'ils ne spécifient l'action judiciaire ou administrative, sur laquelle l'Académie ne peut, suivant lui, se prononcer utilement. Il voudrait aussi que la quatrième proposition signalât non seulement la provocation, mais la prostitution clandestine et tous ses modes de provocation. Il propose enfin d'ajouter la conclusion ci-après :

« En raison de la solidarité qui existe nécessairement entre la réglementation administrative de la prostitution et l'application des mesures d'ordre hygiénique, soit préventives, soit curatives, des maladies syphilitiques, l'Académie pense qu'il y a lieu d'instituer, pour une solution aussi complète et appropriée que possible, de cette grave question d'hygiène sociale, une Commission mixte, réunissant la double compétence administrative et médicale. »

Les concessions faites de part et d'autre au cours de cette discussion paraissent à M. *Brouardel* pouvoir conduire à une solution également acceptable par tous les membres de l'Académie. Il est évident que les droits que possède la police à l'égard de la réglementation de la prostitution reposent sur une législation surannée et qui n'est plus en rapport avec nos mœurs; mais il est non moins certain que les pouvoirs judiciaires sont insuffisamment armés pour agir avec promptitude et efficacité ; cela tient surtout à ce que l'éducation des juristes les porte à examiner plus particulièrement le coupable, les intentions et le fait en lui-même, tandis que les médecins envisagent surtout la victime et les conséquences de l'acte. Mais il serait à tous égards préférable que la réglementation de la prostitution tirât ses analogies de nos lois sanitaires, telles que celle du 3 mars 1822 contre les maladies pestilentielles exotiques ou la loi de 1881 sur la police sanitaire des animaux. Que font ces lois? Elles commencent par édicter et assurer les mesures, par sévir, parce qu'ici l'action doit être immédiate ; puis, en cas de réclamations, les tribunaux sont appelés à en juger. Il serait utile et indispensable qu'il en fût de même pour la prévention des maladies vénériennes. Aussi M. Brouardel propose-t-il à l'Académie de demander qu'une « loi de police sanitaire » réglemente la prostitution et que, « si l'inscription n'est pas consentie par la fille à qui l'administration l'impose, cette fille puisse appeler de cette mesure devant l'autorité judiciaire ». Il reste, il est vrai, une difficulté : c'est qu'il est douteux que le tribunal de simple police puisse ou veuille mettre les mineures en correction; or ce sont celles qui sont le plus dangereuses; les vieilles prostituées sont vaccinées depuis longtemps.

C'est précisément cette question des mineures se livrant à la prostitution que traite M. *Théophile Roussel* dans un mémoire où il fait connaître les études auxquelles le Sénat s'est livré, à son instigation, pour élaborer une

proposition de loi, actuellement soumise à la Chambre des députés et relative à la protection des enfants abandonnés, maltraités ou délaissés. Il est vraiment de la compétence de l'Académie d'émettre son avis si autorisé dans toutes ces questions. Après avoir rappelé les diverses parties de cette proposition, il montre comment elle a voulu prévenir et réprimer l'exercice de la prostitution pour les mineures et il propose à l'Académie d'adopter la résolution suivante : « Toute mineure de plus de seize ans, rencontrée dans un état habituel de prostitution, est conduite devant le juge de paix, qui décide, suivant les circonstances, si elle doit être soit remise en liberté, soit rendue à ses parents, soit placée par les soins de l'Administration dans un établissement approprié à sa réformation morale, soit, à raison de son état de santé, soumise à telles autres mesures, qui seraient reconnues nécessaires dans l'intérêt de la santé publique. »

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant national dans la première division (Médecine). La liste de présentation est établie ainsi qu'il suit : 1° M. Leloir (de Lille); 2° M. Lépine (de Lyon); 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Chédevergne (de Poitiers) et Mordret (du Mans); 4° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Fabre (de Commentry) et Morache (de Bordeaux).

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Traitement du rachitisme par le phosphore : M. Comby.— Appareil pour les pulvérisations de chlorure de méthyle. -- De l'intoxication hydatique : M. Debove (Discussion : MM. Féréol, Laboulbène, E. Labbé). — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'albuminurie par altération des albuminoïdes du sang : M. Hayem. — Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids : M. F. Glénard (de Lyon).

M. *Hanot* offre à la Société la seconde édition du *Traité de la phthisie pulmonaire*, de MM. Hérard et Cornil, pour la rédaction de laquelle les auteurs ont bien voulu lui demander sa collaboration.

— M. *Comby* donne lecture d'une note sur le *Traitement du rachitisme par le phosphore*. Cette méthode a été vantée, à Vienne, par Kassowitz, comme spécifique du rachitisme; l'administration d'un milligramme en moyenne de phosphore par jour guérirait, en quelques semaines, tous les rachitiques sans exception. Hagenbach (de Bâle). Canali (de Bologne), et un certain nombre d'autres observateurs se sont montrés favorables à cette méthode, qui a été, par contre, battue en brèche par Hryntschak (de Vienne), Monti, Schwetchen (de Berlin), Baginsky, Klein, Raudnitz (de Prague) : ces expérimentateurs l'ont reconnue ou inefficace, ou même dangereuse. M. Comby a traité depuis quinze mois 40 enfants, de dix mois à trois ans, par le phosphore; il a employé l'huile de foie de morue contenant 10 centigrammes de phosphore par litre, administrée à la dose d'une à quatre cuillerées à café par jour, suivant l'âge des petits malades. Le traitement a été généralement bien supporté; la mortalité a été nulle, mais pas de guérison absolue. Les cas de rachitisme léger qui guérissent si facilement tout seuls par l'hygiène avaient été écartés. Il s'est produit 21 améliorations, 8 états stationnaires et 1 aggravation. On peut se demander si l'huile de morue n'a pas, en pareil cas, agi aussi efficacement que le phosphore; d'ailleurs 40 autres rachitiques traités, pendant trois mois, par les bains salés, l'huile de morue, avec ou sans phosphate de chaux, ont fourni 2 guérisons, 34 améliorations, 4 états stationnaires; mortalité nulle. Ces résultats viennent affirmer la supériorité depuis longtemps établie des bains salés, et surtout des bains de mer et du séjour au bord de la mer. Le traitement de Kassowitz est inférieur à la thérapeutique traditionnelle du rachitisme qui ne peut avoir un spécifique, car il n'est ni une maladie toxique, ni une maladie infectieuse; c'est un trouble profond de la nutrition, engendré, le plus souvent, par des infractions graves et répétées à l'hygiène alimentaire des nourrissons, et accusé surtout du côté des os parce que ceux-ci sont à une période de rénovation moléculaire active : c'est une maladie d'évolution. Sa prophylaxie et sa thérapeutique résident tout entières, la première dans l'hygiène, la seconde dans l'adjonction à l'hygiène de tous les moyens capables de relever la nutrition générale : bains salés, cure maritime, frictions stimulantes. Les médicaments proprement dits doivent rester au second plan.

— M. *Debove* présente un nouvel appareil construit sur ses indications par M. Galante pour les pulvérisations de chlorure de méthyle.

— M. *Debove* donne lecture d'une note sur l'*Intoxication hydatique* (voy. p. 164).

M. *Féréol* pense que l'interprétation proposée par M. Debove ne fait pas encore complètement la lumière sur tous les points. Comment expliquer par exemple que certains malades n'ont pas d'urticaire après la ponction d'un kyste hydatique et que d'autres, au contraire, ont une éruption ortiée avant toute introduction de trocart et en l'absence de tout phénomène de rupture de la poche? Il a vu plusieurs fois le fait se produire, entre autres chez une malade observée à la Maison Dubois avec M. E. Labbé, et chez laquelle on devait pratiquer la ponction le lendemain. Sans doute, il s'agit dans tous ces cas d'une urticaire d'origine infectieuse, mais les circonstances qui président à son développement sont jusqu'ici insuffisamment déterminées.

M. *Laboulbène* est d'avis qu'un nouvel élément doit entrer en ligne de compte : c'est l'analyse chimique du liquide au point de vue de sa teneur en ptomaïnes. Il semble admis aujourd'hui que le liquide des kystes hydatiques renferme, à certains moments, des poisons organiques de la classe des leucomaïnes ou des ptomaïnes étudiées par M. Gautier; et c'est vraisemblablement à ces principes toxiques qu'il faut attribuer l'urticaire hydatique et les accidents plus ou moins graves, parfois même mortels, qui suivent dans certains cas la ponction, alors que la péritonite ne saurait être mise en cause.

M. *Debove* répond que l'absence d'urticaire après une ponction peut s'expliquer de deux manières : 1° toute ponction n'est pas suivie d'épanchement du liquide hydatique dans le péritoine; 2° la susceptibilité individuelle est essentiellement variable d'un sujet à l'autre pour l'urticaire hydatique de même que pour l'urticaire d'origine alimentaire. Ce fait est mis en relief par les expériences qu'il a rapportées, puisque sur trois individus soumis à la même injection de liquide hydatique, l'un n'a pas présenté d'urticaire, l'autre n'a eu qu'une manifestation locale, et l'autre une éruption ortiée généralisée. L'apparition d'urticaire avant toute ponction peut dépendre d'une simple coïncidence dans quelques cas; l'urticaire est assez commune, en effets, pour qu'elle puisse se rencontrer chez des individus prédisposés, pendant la longue durée de l'évolution d'un kyste hydatique, indépendamment de toute relation directe avec l'affection kystique. Enfin, on doit penser qu'elle est parfois le résultat d'un certain degré d'échange et de résorption spontanée du liquide hydatique au niveau des tissus vivants qui entourent la paroi du kyste, cette résorption s'effectuant sous des influences encore mal connues.

M. *E. Labbé* croit que l'interprétation pathogénique pro-

posée par M. Debove peut trouver une confirmation dans le cas même de la malade que M. Féréol a observée avec lui. En effet, chez cette femme, une application de potasse caustique au niveau du kyste, en vue de la ponction projetée, a pu déterminer profondément quelque éraillure de la paroi de la poche et permettre l'épanchement d'une petite quantité de liquide; en tout cas, il ne s'était certainement produit aucun épanchement intra-péritonéal abondant, aucun affaissement appréciable du kyste. M. E. Labbé a eu occasion de revoir cette malade pour une récidive de son kyste après le traitement par la ponction simple; cette récidive s'est accompagnée de pleurésie droite, de vomique pulmonaire hydatique; d'accidents de gangrène, et s'est enfin terminée par la guérison. Mais ce fait montre bien l'insuffisance de la ponction simple pour la cure du kyste hydatique, et les dangers ultérieurs auxquels sont parfois exposés les malades. Aussi, M. E. Labbé préconise la cure radicale par l'intervention opératoire dès que le diagnostic est suffisamment établi.

— M. *Hayem* donne lecture d'un intéressant mémoire intitulé : *Contribution à l'étude de la pathogénie de l'albuminurie par altération des albuminoïdes du sang.* (Sera publié).

M. *Hayem* complète l'observation de la malade atteinte de *goitre suffocant* dont il a parlé dans la séance du 23 décembre 1887. Cette femme a succombé rapidement et l'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un cancer du corps thyroïde. Il est curieux de constater que la leucocytose considérable, de plus de 60000 globules blancs par millimètre cube, qui avait été notée pendant la vie, peut être en rapport avec un carcinome à marche rapide : c'est la première fois qu'un chiffre aussi élevé de leucocytes se montre en pareil cas.

— M. *F. Glénard* (de Lyon) est admis par la Société à lire une note sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Drainage du péritoine : M. Terrier. — Arthrectomie du genou : M. Delorme (M. Chauvel rapporteur. Discussion : MM. Terrier, Schwartz, Tillaux, Kirmisson, Reclus). — Amputation des quatre derniers métatarsiens : M. Nimier (M. Chauvel, rapporteur). — Hystéro-traumatisme : M. Kirmisson. — Statistique opératoire : M. Terrier. — Lipome de l'aisselle : M. Monod.

M. *Terrier* voit au drainage du péritoine beaucoup moins d'inconvénients que MM. Terrillon, Pozzi, Bouilly, et depuis le 13 décembre 1887 il l'a fait sept fois avec sept guérisons pour des cas (kyste hématique de la trompe; pyosalpingite; kystes hydatiques suppurés; tumeur ganglionnaire du méso-rectum; kyste ovarique multiloculaire; deux abcès rétro-utérins) où la tumeur enlevée s'était rompue dans le péritoine. Dans tous ces cas il a fait la toilette avec des éponges puis a drainé. Il ne craint pas de laisser les drains quinze jours, trois semaines en place. Les drains en caoutchouc sont les meilleurs. Cela est tout aussi simple que le lavage sans drainage, dont il n'a d'ailleurs pas l'expérience.

— M. *Chauvel*. Rapport sur *quatre arthrectomies du genou* par M. Delorme. Un malade, déjà ankylosé avant l'opération, a bien guéri ; un autre aussi, malgré une légère récidive. Mais ces opérations ne sont pas encore bien anciennes. Les deux autres ont fourni un résultat mauvais et un très mauvais, avec fistules intarissables. M. Chauvel pense que la récidive se fait souvent par les parties cutanées et sous-cutanées : c'est ce qu'il faut surveiller. En somme, opération peu connue en France, et les observations de M. Delorme ne permettent pas une conclusion ferme.

M. *Terrier* regrette l'absence de M. Championnière qui eût pu dire combien on a de meilleurs résultats par la vraie résection du genou. Dans les cas de M. Delorme il y avait des lésions osseuses et ces opérations ont été notoirement insuffisantes.

M. *Tillaux* plaide la cause de l'arthrectomie pour les cas où il n'y a que des lésions de la synoviale. C'est surtout une opération à étudier pour l'enfant, chez lequel il est capital de conserver disponibles les épiphyses du genou. Malheureusement, ajoute M. *Kirmisson*, c'est à cet âge que les tumeurs blanches sans lésion osseuse sont le plus rares.

M. *Terrier* n'a nullement voulu combattre en principe l'arthrectomie, mais elle a des indications différentes de celles de la résection et c'est ce que M. Delorme semble avoir mal compris.

M. *Kirmisson* relève une observation où M. Delorme a opéré avant d'avoir essayé la compression et la révulsion. Il est malheureux de trouver un chirurgien qui en agisse ainsi.

MM. *Schwartz* et *P. Reclus* citent chacun un succès de l'arthrectomie avec évidement osseux pour des tumeurs blanches du pied.

— M. *Chauvel* lit un rapport sur un mémoire de M. Nimier relatif à l'*amputation simultanée des quatre derniers orteils*. Cette opération a été condamnée comme donnant de mauvais résultats tardifs, par Salleron, Legouest, M. Chauvel lui-même. Le fait de M. Nimier, vérifié au bout de cinq ans ; une opérée de Kuester revue trois ans après, prouvent que le résultat fonctionnel peut être bon. Il faut donc revenir de cette proscription.

— M. *Terrier* lit la statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat en 1887. On y remarque surtout les grandes opérations pour tumeurs abdominales.

— M. *Kirmisson* communique un fait d'*hystéro-traumatisme* pour lequel il a commis pendant deux mois une erreur de diagnostic. Il a cru à un mal de Pott d'origine traumatique, fait plus fréquent qu'on ne le pense, d'après Sayre. L'éveil fut donné par une anesthésie bizarre du membre inférieur, puis des crises d'hystérie éclatèrent, évidentes. Le diagnostic fut confirmé par M. Charcot, qui a publié une leçon à propos de ce malade. Peut-être eût-il été possible plus tôt, en tenant compte de la douleur bien plus vive, et surtout bien plus superficielle que dans le mal de Pott.

— M. *Monod* présente un *lipome de l'aisselle* remontant vers le creux sus-claviculaire.

A. Broca.

— La séance du 14 mars n'aura pas lieu à cause du Congrès de chirurgie.

Société anatomique.

SÉANCE DU 9 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Walther* fait une démonstration anatomique *sur le lieu d'élection de la pleurotomie.*

— M. *Broca* montre des pièces relatives à la *hernie inguinale.*

— M. *Dupré* présente des pièces d'une femme morte d'une apoplexie avec *hémiplégie et hémianesthésie* sans lésion cérébrale en foyer.

— M. *Debroknowski* fait une communication sur un cas d'ostéosarcome avec envahissement articulaire.

— M. *Albarran* fait voir une *rupture de la vessie* causée par une rétention au niveau d'une cicatrice de taille hypogastrique.

— M. *Méry :* kyste hydatique du poumon simulant un pneumothorax.

— M. *Polguère :* polype intercrico-thyroïdien du larynx.
— M. *Vignard :* kyste dermoïde de l'ovaire.

Société de biologie.

SÉANCE DU 10 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Sur l'atrophie musculaire des tabétiques : M. Déjérine. — A propos des microbes du poumon : M. Brown-Séquard. — Sur les résultats de la suture des nerfs : M. Brown-Séquard. Discussion : MM. Chauveau et Laborde. — Sur certaines modifications du pouls : M. Féré. — Pathogénie du tétanos : MM. Pitres et Vaillard. — Caractères de la paralysie pyocyanique : MM. Babinski et Charrin. — Sur les deux dentitions des mammifères : M. Beauregard. — A propos de la morphologie de l'étoile de mer : M. Perrier. — Troubles moteurs dépendant d'une affection cutanée chez le lapin : M. Magnan.

M. *Déjérine,* à propos des observations présentées dans la dernière séance par M. Joffroy, maintient que, dans la très grande majorité des cas, l'atrophie musculaire des tabétiques, l'atrophie classique des membres, à marche lente, est d'origine périphérique et relève uniquement de névrites des nerfs moteurs.

— M. *Brown-Séquard* fait observer que les résultats des recherches de M. Lannegrace sur les microbes du poumon, présentés dans la dernière séance, ne peuvent expliquer les résultats d'un certain nombre des expériences qu'il a faites avec M. d'Arsonval, relativement à la toxicité de l'eau exhalée par les poumons; dans ces expériences en effet le liquide employé était absolument exempt de microbes.

— M. *Brown-Séquard* montre que la communication faite par M. Demars dans la séance précédente prouve manifestement qu'une irritation d'un nerf sensitif donne lieu, dans toutes les parties du membre innervé par ce nerf et ailleurs, à une action soit dynamogénique, soit inhibitoire, suivant les cas et les conditions.

M. *Chauveau* rappelle à ce propos des expériences déjà anciennes d'un de ses élèves, M. Magnin, qui avait pratiqué et obtenu la réunion immédiate du nerf facial, chez le cheval, et qui, dans tous les cas, n'avait jamais, à la suite de cette suture, constaté le retour immédiat de la sensibilité dans la région innervée. Il se produisait donc alors une action inhibitoire.

M. *Laborde* croit aussi que le seul mécanisme qui puisse expliquer beaucoup des phénomènes consécutifs aux sutures nerveuses est celui de la dynamogénie et de l'inhibition.

— M. *Féré* a vu que les caractères du pouls décrits autrefois par M. Voisin comme exclusivement propres à l'épilepsie se rencontrent quand on fait simplement produire au sujet en expérience un effort dynamométrique.

— M. *Vaillard* a recherché avec M. *Pitres*, dans trois cas de tétanos traumatique, s'il existait quelque altération des nerfs au point de la blessure ou sur le trajet des nerfs du membre blessé; ces nerfs ont toujours été trouvés absolument sains. Il semble donc que la théorie pathogénique du tétanos, qui considère cette affection comme d'origine nerveuse, manque d'une base solide.

— M. *Babinski* a étudié avec M. *Charrin* la paralysie qui se produit chez le lapin consécutivement aux injections de microbes de la pyocyanine. La maladie a une période d'incubation variable; c'est une paraplégie; exceptionnellement la paralysie gagne les membres antérieurs. Ce n'est pas une paralysie flasque, mais spasmodique ; les réflexes sont exagérés, il n'y a pas d'amyotrophie ; les réactions électriques des muscles restent normales. Quelquefois la mort arrive; d'autres fois l'animal guérit. On ne trouve aucune lésion dans les muscles, ni dans les nerfs, ni dans la moelle. Ce n'est guère qu'à la paralysie du lathyrisme qu'on pourrait comparer cette affection.

— M. *Beauregard* présente diverses considérations relatives aux deux dentitions des mammifères.

— M. *Perrier*, en prenant pour exemple la structure du corps de l'étoile de mer, montre que la distinction établie entre l'animal dit composé et l'animal simple n'est pas aussi importante qu'on le croit; chez les échinodermes cette distinction s'efface.

— M. *Magnan* présente un lapin qui, à la suite d'un eczéma du conduit auditif externe, a présenté des vertiges d'abord, puis des troubles moteurs consistant en un mouvement très marqué de rotation sur l'axe, comme dans les cas de lésion du pédoncule cérébelleux moyen.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi du thymol pour la désinfection intestinale, par Frédéric.-P. HENRY. — Cet observateur a prescrit le thymol à titre d'antiseptique intestinal dans de nombreux cas de catarrhe aigu et chronique de l'intestin et dans la fièvre typhoïde. Sous son influence, il a constaté l'abaissement de la température, la diminution du nombre des selles et l'absence de toute excitation cérébrale.

L'insolubilité des préparations de thymol est un avantage qui assure sa pénétration dans l'intestin où il neutralise les ptomaïnes toujours abondamment produites dans le catarrhe intestinal. Cette opinion n'est pas purement théorique, car pendant le traitement par le thymol on constate que les produits de la putréfaction dont le rein est la voie d'élimination deviennent moins abondants dans l'urine.

M. F.-P. Henry prescrit cette substance en pilules contenant chacune la dose de 1 à 12 centigrammes. Une pilule est administrée toutes les six heures et, au besoin, cette dose est augmentée. Dans un cas seulement, il a noté des troubles digestifs. (*Med. News*, 2 septembre 1887.)

Les propriétés de l'éphédrine, par NAGAI.— Cette substance, isolée de l'*Ephedra vulgaris*, s'obtient sous forme de chlorhydrate, cristallisant en aiguilles blanches et fort solubles.

Injecté sous la peau des grenouilles à la dose de 8 milligrammes, ce corps provoque l'arrêt des mouvements respiratoires et du cœur. Ce dernier est alors en diastole. Chez les animaux à sang chaud, lapins, chiens, le pouls et la respiration augmentent notablement de fréquence, puis s'arrêtent subitement; des convulsions surviennent alors et la température rectale augmente.

L'éphédrine abaisse la pression sanguine; injectée sur la conjonctive, elle produit la dilatation pupillaire. Enfin, la mort survient par paralysie des muscles de la respiration. D'après

Nagai, la dose mortelle serait de 3 à 40 milligrammes par kilogramme de poids vivant pour le lapin et de 22 milligrammes pour le chien.

Employée sur l'homme, à la dose d'une à deux gouttes, de la solution au dixième, l'éphédrine à cause de la dilatation papillaire des deux côtés dans l'espace de quarante à soixante minutes. Cette dilatation n'est pas complète, mais néanmoins suffit pour l'exploration de toute la surface rétinienne. Pendant sa durée, l'accommodation ne serait pas diminuée.

M. Nagai a vu ces phénomènes persister pendant cinq à vingt heures suivant les individus et n'a jamais constaté, comme phénomènes consécutifs, ni conjonctivite, ni diminution de la pression intra-oculaire. Il n'hésite donc pas, après comparaison de ces propriétés avec celles de l'homatropine, à lui préférer l'éphédrine. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1887, n° 38.)

Du chlorure de sodium contre le collapsus cardiaque, par Rosenbusch. — La solution dont cet observateur fait usage contient 6 pour 100 de sel marin et une goutte de potasse caustique. Ce liquide doit être filtré et bouilli.

Rosenbusch injecte 10 à 40 grammes de cette solution et observe quelques minutes après une augmentation des battements du cœur. Les indications de cette méthode sont les suivantes. S'agit-il de collapsus rapide? il administre 20 à 30 grammes de cette solution dans les vingt-quatre heures. La faiblesse cardiaque est-elle consécutive à des efforts de vomissements ou bien à la diarrhée? Il fait usage de 500 à 1500 grammes de la solution de chlorure de sodium de Cantani. Cette solution renferme 3 grammes de carbonate de soude et 4 grammes de chlorure de sodium. Pour combattre le collapsus consécutif aux hémorrhagies stomacales ou pulmonaires, il administre 20 à 40 grammes de la solution, quotidiennement, et diminue la dose de moitié quand le collapsus cardiaque a pour cause une affection chronique ou la cachexie. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 39, 1887.)

Observations cliniques sur les effets de la spartéine, par Prior. — Après de nombreux essais, l'auteur remarque l'utilité de ce médicament dans les cas de lésions du myocarde avec ou sans altérations valvulaires et avec troubles de la compensation. La spartéine, dit-il, augmente la diurèse sans que cependant la circulation rénale soit toujours modifiée. Néanmoins il n'est pas encore établi que cette action soit due à une altération de l'épithélium rénal. Elle paraît plutôt due à une modification la pression sanguine.

Les effets les plus nets ont été notés dans le cas de non compensation de lésions valvulaires. S'il existe une diminution de la diurèse, elle régularise la sécrétion du rein et provoque, en l'exagérant, la diminution de l'ascite. Sous son influence, la fréquence du pouls diminue, s'éteint, de sorte qu'elle régularise les battements cardiaques.

Pour en obtenir une action manifeste, il est utile de l'administrer quotidiennement en plusieurs prises et à la dose de 20 centigrammes à 1 gramme. (*Zeitschrisft f. Therap.*, octobre 1887.)

De l'action de certains médicaments sur la circulation et la sécrétion du rein, par MM. Philipps et Bradford. — Ces recherches, entreprises dans le laboratoire de l'Université de Londres, consistaient à injecter le médicament dans la veine jugulaire des chiens ou des chats préalablement anesthésiés ou curarisés. La pression sanguine carotidienne était évaluée au moyen du manomètre et les conditions de la circulation rénale au moyen de l'oncomètre de Roy, qui permet de reconnaitre les variations du volume du rein. En même temps, une canule introduite dans l'urèthre laissait couler l'urine goutte à goutte et l'enregistrement de chaque goutte était assuré par un appareil électrique. La rapidité de cet écoulement renseignait ainsi sur les modifications de la pression artérielle.

Sous l'influence de la caféine et après une diminution temporaire, la pression sanguine augmente de nouveau et revient à la normale, puis s'abaisse encore. En même temps, l'écoulement de l'urine devient plus rapide, et le volume du rein plus considérable. Cette augmentation est indépendante de la pression sanguine et, conséquemment, on peut dire que l'accroissement de la diurèse produit par la caféine est indépendant des changements de pression sanguine.

La *digitale* augmente la pression sanguine, diminue le volume du rein et l'augmente ensuite, cette augmentation ne correspond jamais à un retour au volume normal. Ces phénomènes s'accompagnent d'un accroissement de la diurèse. Elle a pour cause la contraction des vaisseaux rénaux et l'augmentation de la pression sanguine générale.

La *strophantine* augmente l'activité de la circulation rénale, mais sans produire une augmentation de la diurèse. Ce fait, rapproché des phénomènes provoqués par la digitale et la caféine, autorise les observateurs à conclure que le mécanisme de la sécrétion urinaire n'est pas entièrement sous la dépendance de changements dans la vaso-motilité.

L'*ulexine* agit à la manière de la caféine, ainsi que l'urée, l'acétate de soude et le chlorure de sodium. Ce sont des dilatateurs vasculaires. Par contre, la *spartéine* diminue le volume du rein et l'écoulement de l'urine. Enfin, la *térébenthine*, l'*adonidine* et les *sels de baryum* ont le même effet sur la glande rénale, mais n'augmentent pas sa sécrétion. (*The medic. Chronicle*, décembre 1887, p. 219.)

De l'action diurétique de la caféine et de ses congénères, par von Schrœder. — Cet observateur avait naguère avancé que la caséine agit tout à la fois comme un stimulant des éléments sécréteurs du rein et comme un vaso-constricteur, cette dernière propriété résultant de la mise en jeu des centres vasomoteurs.

Dans le mémoire actuel, il a essayé de démontrer la possibilité de suspendre la seconde de ces actions sans annihiler la première.

Dans ce but il a cherché des substances antagonistes par leur influence sur les centres vaso-moteurs et a choisi l'uréthane et la paraldéhyde. Cette dernière surtout lui paraît préférable. En l'administrant au chien simultanément avec la caféine, il a constaté que cette dernière modifie encore les fonctions de l'épithélium rénal du chien. Dès lors, on pourrait admettre que la caféine ainsi administrée augmenterait la sécrétion urinaire chez l'homme.

Il considère la caséine comme un diurétique qui n'est pas exempt d'inconvénients, puisque, employée à doses diverses, les expériences de Filehne le prouvent, elle agirait à la manière d'un poison musculaire. Pour ce motif, la théobromine qui renferme un équivalent en moins de méthyl, peut être employée à doses plus élevées et lui serait préférable. De plus, ses effets diurétiques seraient plus durables chez le lapin, de sorte que son emploi thérapeutique présenterait quelques avantages. Enfin, von Schrœder a reconnu aussi, par ses expériences, les propriétés diurétiques de l'éthoxycaféine, de la caféidine et du caféin méthylhydroxide. (*Arch. f. exp. Path. und Pharm.*, XXIX, p. 86, 1887.)

Du traitement local des maladies des bronches et du poumon, par Westbrooke. — Ce traitement consiste surtout en inhalations de spray antiseptique (solution d'acide phénique, de biborate de soude, de phosphate de soude et de glycérine dans l'eau). Après une inhalation de quelques instants, l'auteur mélange cette solution par moitié avec une solution contenant 50 pour 100 d'acide phénique dans la glycérine et pratique, si la tolérance du malade le permet, une nouvelle inhalation durant cinq ou six minutes.

Pour obtenir cette tolérance, il ajoute de l'hyoscyamine dans les cas d'asthme; du tanin, ou un sel de fer, ou de l'essence de pin s'il existe une abondante expectoration muco-purulente. Pour que ces inhalations soient efficaces, il est nécessaire d'employer une pression de 20 à 30 kilogrammes par pouce carré,

ou bien de les pratiquer dans une cabine pneumatique dont on abaisse la pression atmosphérique.

Toutefois, les emphysémateux ne retirent pas de bénéfice du séjour dans cette cabine. Celui-ci est plus favorable s'il existe de la pneumonie chronique interstitielle et de la bronchectasie.

Au début de la phthisie, quand la sécrétion bronchique est peu abondante, cette méthode n'est guère efficace. Il faut préférer l'air comprimé à l'air raréfié, mais cesser le traitement si le malade accuse des douleurs pectorales ou de l'épuisement. Par contre, les inhalations sont préférables quand il existe du catarrhe bronchique ou de la bronchite chronique. Les formes aiguës de phthisie contre-indiquent ce traitement. (*The med. News*, 30 juillet 1887.)

BIBLIOGRAPHIE

Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (clinique des maladies du système nerveux), publiée sous la direction de M. le professeur Charcot (de l'Institut), par MM. Paul Richer, chef de laboratoire, Gilles de la Tourette, chef de clinique, et Albert Laude, directeur du service photographique.

Les auteurs de la revue nouvelle dont le premier numéro a paru cette semaine viennent de combler une grande lacune dans l'enseignement si suivi de la clinique des maladies du système nerveux.

Aux leçons magistrales, des malades nombreux sont présentés aux assistants et le professeur ne manque jamais de faire déshabiller les hommes et d'attirer l'attention de l'auditoire sur les déformations, les attitudes, les démarches modifiées, etc., tous détails dont on ne peut garder un souvenir exact qu'à la condition de les avoir *vus* et vus souvent. L'examen du *nu* est devenu à la Salpêtrière une source de renseignements précieux tant au point de vue anatomique pur qu'au point de vue pathologique.

MM. Richer, Gilles et Laude ont cherché à faire profiter les médecins, qui ne peuvent que lire de loin les leçons du maître, des matériaux figurés qui journellement s'accumulent dans les albums de la Salpêtrière. Dès qu'un malade présente objectivement quelque intérêt (atrophies, contractures, attitudes spéciales, etc.), il est aussitôt photographié. Les procédés instantanés habilement appliqués par notre ami Laude permettent de prendre une série de clichés d'un mouvement, d'une attaque, etc. Toutes ces épreuves photographiques sont jointes à l'observation qui va maintenant paraître tous les deux mois dans la *Nouvelle Iconographie*.

Le premier numéro contient, en même temps que deux belles phototypies, une jolie étude de Gilles sur l'attitude et la marche dans l'hémiplégie hystérique. Une note sur l'anatomie morphologique de la région lombaire avec de beaux dessins de Paul Richer;

Un article intéressant de Blocq sur les rétractions fibro-tendineuses compliquant la contracture spasmodique avec deux photographies;

Un beau type (phototypie d'après un merveilleux dessin de Richer) de paralysie agitante;

Enfin, une analyse médicale très remarquable du tableau d'Albert Durer : *le Lépreux*. — M. Richer nous donne là la primeur d'un travail inédit qu'il consacre à la représentation artistique des difformités et des maladies en général.

Nous ne pouvons que remercier MM. Richer, Gilles et Laude d'avoir repris l'idée ancienne de Bourneville et Regnard, et nous souhaitons à la *Nouvelle Iconographie*, placée du reste sous le haut patronage du chef de l'École de la Salpêtrière, le succès des publications inspirées par le même maître et qui l'ont précédée.

Paul Berbez.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

Maladies contagieuses. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire relative aux précautions à prendre pour les élèves atteints de maladies contagieuses et à la durée de la période d'isolement.

Parmi les prescriptions du ministre, on remarque les suivantes :

Les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons, de la diphthérie ou de la coqueluche seront strictement isolés de leurs camarades.

La durée de l'isolement sera comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion); elle sera de quarante jours pour la variole, la scarlatine et la diphthérie; de vingt-cinq jours pour la varicelle, la rougeole et les oreillons. En ce qui concerne la coqueluche, dont la durée est extrêmement variable, on ne devra autoriser la rentrée que trente jours après la disparition absolue des quintes caractéristiques.

Pour les maladies éruptives (variole, varicelle, scarlatine, rougeole), l'isolement cessera seulement lorsque le convalescent aura pris deux ou trois bains savonneux et aura été soumis à autant de frictions générales huileuses, portant même sur le cuir chevelu.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 23 mars). — *Ordre du jour :* Continuation de la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde : M. Richard. — M. Brocq : Nouvelle communication sur la destruction des poils par l'électrolyse. — M. Millard : Sur un cas d'hémoglobinurie *a frigore*. — M. Féré : Présentation de malade. — M. d'Heilly : Tubage du larynx.

Nécrologie. — Au moment de mettre sous presse nous apprenons la mort de M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine. On annonce aussi la mort de M. le docteur Constantin James.

Mortalité a Paris (9e semaine, du 26 février au 3 mars 1888. — Population : 2 260 945 habitants). — Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 6. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 48. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 231. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs : cancéreuses, 52; autres, 9. — Méningite, 38. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 81. — Bronchite aiguë, 47. — Bronchite chronique, 61. — Broncho-pneumonie, 43. — Pneumonie, 74. — Gastro-entérite : sein, 27; biberon, 34; autres, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 35. — Sénilité, 40. — Suicides, 8. — Autres morts violentes, 8. — Autres causes de mort, 204. — Causes inconnues, 11. — Total : 1200.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par MM. Jamain et Terrier. 3e édition, tome III, 2e fascicule, par MM. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine; Hartmann et Broca, prosecteurs à la Faculté. 1 vol. in-18. 4 fr.

Ce fascicule est consacré : 1° à la suite des *Maladies de l'appareil de la vision*; 2° *Maladies de la face*; 3° *Maladies des joues*; 4° *Maladies des dents*. On vend séparément, tome I, 8 francs ; tome II, 8 francs ; tome III, 1er fascicule. Paris, F. Alcan. 4 fr.

Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, revue par M. le professeur Le Fort. La première partie comprenant les *opérations générales* est considérablement augmentée et illustrée de nouvelles figures, avec introduction très développée traitant *des théories microbiennes* et *des pansements antiseptiques*, et une partie nouvelle sur *la prothèse des membres*. Paris, F. Alcan.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

13918. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 21 mars 1888.

Académie de médecine : **Prophylaxie de la rage et de la syphilis.**

Les efforts que l'Académie n'a cessé de faire, afin de rendre aussi simples, aussi faciles, aussi pratiques que possible les mesures qui lui paraissent indispensables pour guérir la rage ont abouti à un ensemble de conclusions que les pouvoirs publics seraient vraiment sans excuse de ne pas adopter à leur tour. Voilà plusieurs années déjà que ces mêmes conclusions leur sont transmises; tout le monde reconnaît que les mesures qu'elles comportent ont produit, dans maints pays étrangers, d'excellents résultats, et cependant il est encore permis de douter que leur application soit prochaine en France! M. Dujardin-Beaumetz, dans son intéressant rapport, a nettement montré que, grâce aux bienfaits de la pratique des inoculations antirabiques, la mortalité avait baissé, dans le département de la Seine, de 15,90 à 0,76 pour 100; pour peu que l'application rigoureuse des règlements, et surtout le port obligatoire, pour les chiens, d'une médaille constatant le paiement de la taxe, le musèlement et l'habitude de tenir ces animaux en laisse soient assurés, on doit espérer que cette mortalité, diminuée grâce à M. Pasteur, deviendra nulle.

Il en est de même pour la réglementation de la prostitution, sur laquelle l'accord s'est fait, ainsi qu'on le verra plus loin, entre les divers orateurs qui avaient pris la parole dans les séances précédentes et dont les opinions avaient paru, au début de ces discussions, difficilement conciliables. Comme l'a dit l'un des plus éloquents parmi ces orateurs, chacun a tenu à se prêter à une entente commune, pour le plus grand profit de la cause à défendre ; la nécessité d'une loi de police sanitaire une fois reconnue, de même que la latitude laissée à une fille d'en appeler à l'autorité judiciaire lorsqu'elle ne croit pas avoir mérité d'être soumise à l'inscription, il n'y avait plus place que pour des mesures de détail faciles à régler. On doit espérer que les vingt-trois articles du projet de la Commission qui restent encore à voter seront modifiés ou adoptés, avec un aussi parfait désir d'accord et une aussi grande autorité.

— Avant ces deux intéressantes discussions, l'Académie avait chaleureusement applaudi l'éloquent discours prononcé par son président en l'honneur de M. Blot. En exprimant, au nom de la Compagnie tout entière, les regrets que laisse après lui le Directeur de la vaccine, M. Hérard a voulu prouver que l'on sait reconnaître, à l'Académies, le zèle intelligent et l'activité laborieuse de ceux qui sont plus particulièrement attachés à ses travaux. Il était impossible de louer M. Blot en termes plus justes, plus dignes, plus élevés.

Congrès français de chirurgie : **Hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus.**

Il y a peu de temps, l'Académie entendait un rapport de M. L. Le Fort sur l'hystérectomie vaginale. Dans ce travail, fort étudié, l'éminent professeur ne se déclarait pas trop partisan de cette intervention d'une gravité immédiate incontestable, et d'une efficacité définitive trop aléatoire. La question a été portée devant le Congrès par plusieurs mémoires, et les orateurs ont tous été favorables à la méthode.

Une première question se pose: quelle est la mortalité immédiate? MM. Terrier et Pozzi ont fourni des documents sur ce point. M. Terrier a communiqué en effet une série de 18 opérations avec 14 guérisons et 4 morts (soit 22 pour 100). Les morts sont dues: 1 à l'hémorrhagie par ligature insuffisante des ligaments larges; 2 au choc et à la perte de sang; là, des causes encore obscures. On a encore mieux, dit M. Pozzi, par certaines statistiques; ainsi l'on peut réunir 311 cas récents avec 47 morts, soit 15 pour 100, et, en décomposant ces chiffres, on voit tel auteur avec 7 morts sur

60 opérées; tel autre avec 1 seule mort sur 22 malades. Donc, gravité indiscutable, mais pas exagérée cependant, si l'on songe que l'on a en vue la cure radicale d'une affection qui ne pardonne pas. Et gravité qui s'atténuera, ajoute M. Pozzi, à mesure qu'on opérera en se basant sur ces indications bien définies.

Maintenant, il s'agit encore de savoir si le bénéfice acquis par les malades est suffisant pour qu'on leur propose de courir les chances d'une mort immédiate. Une importante communication, due à M. Terrier, a été faite sur ce sujet, et le professeur Demons (de Bordeaux) a ajouté que ses observations personnelles l'ont conduit à la même manière de voir. Des 14 malades qui ont survécu à l'acte chirurgical, 3 ne peuvent pas entrer en ligne de compte, car il s'agit d'opérations incomplètes, faites à la suite d'un essai de curettage où le cul-de-sac péritonéal avait été perforé. Sur les 11 autres, 7 ont subi une récidive, et cette récidive a toujours été extrêmement rapide. Une des guérisons permanentes doit être décomptée, car l'examen histologique de la pièce a fait conclure à un adénome n'ayant pas encore franchi la paroi glandulaire. Restent donc 3 survies sans récidives depuis un an, un an et neuf mois, deux ans et neuf mois, soit 30 pour 100 de malades qui ont acquis, de par l'opération, un bénéfice évident. Ce résultat est suffisamment sérieux pour contre-balancer la gravité de l'intervention. Il faut noter, ajoute M. Terrier, que, dans tous ces cas, le diagnostic a reçu la sanction de l'histologie. Avant de parler des avantages de l'amputation du col, il faudrait montrer une statistique appuyée sur les mêmes constatations. Or une telle statistique n'existe pas.

M. Richelot est revenu à la charge à propos de la discussion sur les récidives des néoplasmes en général. Parmi les malades qui ont guéri de l'intervention, il en compterait aujourd'hui 55 pour 100 qui n'ont pas de récidive. Il est vrai que plusieurs de ces femmes n'ont subi l'hystérectomie que depuis sept à huit mois, et que dès lors on ne saurait trop dire ce que deviendra cette statistique. On a le droit de se méfier quand on a entendu le professeur Verneuil communiquer l'observation d'une femme à laquelle il a amputé le col, et qui, au bout de six ans, a eu une récidive dans les seconds ganglions, la cicatrice restant indemne. Une récidive dans la cicatrice ne cause peut-être pas un échec obligatoire. Deux fois M. Richelot a enlevé des noyaux secondaires de ce genre, survenus rapidement; une des opérations complémentaires est récente, mais l'autre date de quatorze mois.

L'hystérectomie vaginale doit donc prendre droit de cité dans la chirurgie. Quelles sont ses indications? M. Pozzi s'est attaché à les préciser, car il pense qu'on a été trop timide pour le cancer au début, trop audacieux pour le cancer avancé. Au début, la lésion étant bien limitée au col, l'amputation sur ou sous-vaginale du col compte des partisans. Erreur absolue; il faut traiter le cancer utérin comme tous les cancers, par l'ablation totale de l'organe atteint. Plus tard, quand le vagin, les ligaments larges, la vessie, le rectum, sont envahis, on a été trop hardi, et l'on a conseillé l'hysterectomie palliative, ne dépassant pas les limites du mal. Pourquoi hésiter? proclame Mikulicz. Vagin, vessie, rectum, sont-ils donc des organes qu'on ne saurait endommager sans compromettre la vie. De même pour les ligaments larges. Mais, fait remarquer M. Pozzi, en compulsant les statistiques, on voit que la mortalité double pour les interventions qu'un succès définitif ne peut couronner. M. Bouilly enlève neuf utérus et perd trois malades, dont deux avaient subi des opérations incomplètes. Ces tentatives doivent donc être proscrites. On n'opérera que lorsque les lésions n'ont pas dépassé l'utérus, lorsque, par conséquent, l'utérus sera bien mobile, facile à abaisser, constatations qui ne peuvent être bien faites que sous le chloroforme.

Parmi les cancers utérins, celui du corps semble remarquable par sa tendance à la limitation, par sa marche lente. Déjà, à cause de cela, Cruveilhier déplorait, après avoir vu la pièce, l'insuccès de la tentative hardie de Roux et de Récamier. La difficulté est alors d'assurer un diagnostic précoce, dont M. Routier a tâché de réunir les éléments, diagnostic où l'on serait tenté d'appeler, après curettage, l'histologie à son aide. Mais le microscope s'y perd au milieu de ces produits qu'il attribue presque invariablement à l'endométrite chronique. Aussi, lorsqu'on se trouvera en présence d'une femme ayant passé la ménopause, perdant des eaux rousses, plus rarement du sang en abondance, alors on n'hésitera pas à dilater le col pour s'assurer des lésions par le toucher et par la vue. Les cas opérés par M. Routier sont au nombre de 3, fournissant 1 récidive rapide et 2 survies trop récentes pour permettre une conclusion. Rien à tirer, à ce point de vue, des observations incomplètes où MM. Péan et Secheyron se bornent à parler du succès immédiat. Mais Hofmeier réunit 17 opérations faites dans ces circonstances, et donnant 3 survies sans récidives pendant plus d'un an; 4 pendant plus de deux ans; 2 pendant cinq ans. Remarquons encore que l'hystérectomie pour cancer du corps a donné à M. Bœckel une survie définitive.

On n'est pas désarmé contre les cancers ayant franchi les limites de l'utérus. Le raclage à la curette, suivi de l'application du fer rouge, la désinfection de la région, fourniront d'excellents résultats palliatifs. On peut faire plus encore par ce que M. Richelot appelle l'amputation sus-vaginale irrégulière, opération plus aimée il est vrai par M. Pozzi.

Reste la question de procédé. Là, un certain désaccord s'est manifesté sur la manière de traiter les ligaments larges et d'en assurer l'hémostase. L'an dernier, M. Richelot était venu faire le procès de la ligature. Difficile à mettre, sujette à glisser, elle est suivie d'hémorrhagies, qui sont une cause importante de la mortalité. Il est autrement simple et autrement efficace de mettre de chaque côté, sur le ligament large une pince à forcipressure à longs mors, et de l'y laisser pendant quarante-huit heures. Elle a même l'avantage de servir de drain.

Ce procédé a été vivement attaqué aujourd'hui par M. Demons. Excellent, comme procédé de nécessité, quand l'utérus est difficile à abaisser (et alors il est loin d'être facile), ce moyen ne doit pas être systématisé. Richelot, Demons, Lannelongue (de Bordeaux) ont saisi l'uretère dans leur pince, et de là, une fistule grave. Bodet (de Rochefort) a saisi le rectum. M. Demons a vu l'hémostase fort longue à obtenir. Applications maladroites de pinces, dira M. Richelot. Mais, a répondu M. Demons, approuvé en cela par M. Péan, la ligature adroitement mise assure fort bien l'hémostase. Et elle sera toujours facile à mettre, affirme M. Pozzi, si l'on n'opère, comme il a été dit, que lorsque l'utérus est bien mobile. M. Terrier prétend pourtant, avec quelque apparence de raison, qu'il sait appliquer une ligature et il a perdu, au début, une malade d'hémorrhagie;

récemment il a vu un chirurgien américain enregistrer, de ce chef, trois décès successifs. Il s'est donc absolument rallié au procédé de M. Richelot qu'on accuse encore, mais à tort, d'allonger le temps nécessaire à la cure. M. Richelot a ajouté qu'il y a un fait indiscutable : l'hystérectomie ne s'est vulgarisée en France que depuis sa simplification par l'emploi des pinces à demeure, mises en usage même par beaucoup de chirurgiens étrangers.

M. Demons a encore critiqué la résection en collerette de l'extrémité supérieure du vagin. Cela expose à léser l'uretère et cela est peu important pour la récidive qui se fait dans le ligament large et non dans la cicatrice vaginale.

M. Richelot est d'ailleurs le premier à reconnaître cette récidive ordinairement extravaginale. Il connaît la description des pièces parfaitement probantes dont MM. Polguère et Hallé ont entretenu il y a peu de temps la Société anatomique. Mais les deux opérations complémentaires qu'il a eu à pratiquer, prouvent qu'à cette règle il est des exceptions. En particulier, le cancer en chouffeur du col utérin tend, de par la marche naturelle, à envahir vite le vagin, bien plutôt que le reste de la matrice. C'est pour lui que mieux vaudrait, pense M. Richelot, une amputation partielle avec résection du vagin, qu'une amputation totale sans cette résection.

Ce n'est pas à dire qu'il préconise en rien la première de ces méthodes, bien au contraire. Aussi bien, une conclusion se dégage-t-elle, toute question de procédé mise à part, de la discussion que nous venons de résumer. Pour presque tous les chirurgiens, il faut attaquer par l'hystérectomie totale (par voie vaginale) tout cancer utérin qui n'a pas dépassé les limites de l'organe. Quelques malades succomberont immédiatement, mais leurs jours étaient comptés à l'avance. La majorité n'en retirera ni bien ni mal. Mais quelques femmes seront ainsi arrachées à une mort sans cela irrémissible, si le corps est envahi; à peu près irrémissible, si le col seul est atteint.

A. B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Contribution a l'étude de la pathogénie de l'albuminurie par altération des albuminoïdes du sang, communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 9 mars 1888, par M. le professeur G. Hayem, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Dans les albuminuries chroniques avec altération des reins, la lésion de ces organes est considérée par une certaine école comme primitive. Le passage de l'albumine dans l'urine proviendrait, pour les médecins ayant adopté cette opinion, de modifications dans la structure et dans le fonctionnement des reins. Pour d'autres médecins, l'origine de ces albuminuries chroniques serait tout à fait différente ; elle se rattacherait à une altération des matières albuminoïdes du sang. Ces matières qui, à l'état normal, ne peuvent franchir la barrière rénale, pourraient, à l'état pathologique, subir des modifications rendant possible leur passage dans les urines. Au bout d'un certain temps, cette filtration anomale d'albumine provoquerait des lésions rénales.

L'albuminurie brightique aurait, d'après cette hypothèse, une origine humorale ; elle représenterait le type ordinaire de l'albuminurie hématogène.

La théorie de l'albuminurie par altération des matières albuminoïdes du plasma présente d'assez nombreuses variantes. Gubber a fait de grands efforts pour la rattacher à une augmentation relative de l'albuminurie du sang chez les brigthiques. Son opinion n'a pas prévalu. On doit accorder plus d'attention aux travaux très intéressants de Semmola. Ce distingué confrère, dans une série de publications, dont la première remonte à 1850, a cherché à établir que le mal de Bright est une « hémo-albuminurie dont la lésion rénale n'est en quelque sorte que le *post-scriptum* anatomique (1) ». D'après Semmola, l'albumine du plasma passerait à travers le rein par suite d'une altération qualitative qu'il n'a pas pu caractériser autrement que par une augmentation dans son pouvoir de diffusibilité. C'est dans l'inertie fonctionnelle de la peau, déterminée par l'impression du froid extérieur, qu'il faudrait chercher la cause originelle de l'altération du sang. Les troubles cutanés agiraient en amenant une sorte de désharmonie entre l'activité oxydante de l'organisme et les matières albuminoïdes en circulation.

Tous les médecins qui admettent l'origine hématique du mal de Bright s'appuient non seulement sur des faits cliniques, mais aussi sur des expériences de laboratoire. Il existe, en effet, de très nombreux moyens de provoquer une albuminurie temporaire en altérant la composition du sang à l'aide d'injections intravasculaires ou en faisant pénétrer dans le sang par d'autres voies des matières albuminoïdes. Ces expériences très variées, faites dans des conditions souvent mal précisées, ne me paraissent pas avoir toujours été interprétées d'une manière exacte.

Sans avoir entrepris sur ce sujet des recherches nouvelles, j'ai eu l'occasion de répéter la plupart de ces expériences, et je crois utile d'en faire une sorte de revue critique, en cherchant à les grouper d'une manière méthodique et à assigner à chaque genre d'expérience sa véritable signification.

Il faut tout d'abord envisager à part les cas dans lesquels on a introduit dans la circulation générale des matières albuminoïdes étrangères au sang et d'une constitution tout à fait différente des albuminoïdes du plasma.

Ces sortes d'expériences ont été faites avec de l'albumine d'œuf, de la caséine ou du lait, de la gélatine. Calmettes, après avoir donné un bon résumé des faits connus en 1870, a fait quelques recherches nouvelles sur le lapin, en utilisant le procédé de Vulpian, qui permet de reconnaître dans l'urine l'albumine provenant du lapin, et de la différencier de la matière albuminoïde injectée (2).

Voici les conclusions formulées par Calmettes :

« Les substances organiques azotées, solubles, introduites dans les voies circulatoires par injection dans les veines, tendent en général à sortir de l'économie par les voies ordinaires.

« Ce passage à travers le rein détermine une irritation passagère de l'organe.

« La conséquence de cette irritation est la présence dans l'urine, d'une manière passagère, de l'albumine du sang de l'animal, albuminurie qui peut persister encore quelque temps après l'élimination complète de la substance injectée. »

Ces matières étrangères à la constitution du sang se comportent donc comme les matières toxiques ou médicamenteuses, dont le passage à travers le rein provoque un certain degré de néphrite passagère.

L'albumine d'œuf paraît être moins bien tolérée que les

(1) Semmola, *Nuova ricerche sull' albuminuria* (*Comptes rendus de l'Académie médico-chirurgicale de Naples*, 1850); *Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'albuminurie* (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1861); *Pathogénie et traitement des albuminuries* (*ibid.*, 1867); *Sur le mal de Bright* (broch., Paris, J. Baillière, 18-0); *Nouvelles recherches sur l'albuminurie brightique* (Paris, Masson, 1885).

(2) Calmettes (*Archiv. de physiol.*, t. III, p. 26, 1870). On pourrait également reconnaître l'albumine d'œuf dans l'urine d'après un pouvoir rotatoire. Il serait en moyenne de 40, tandis que celui du sérum serait de 62 (Béchamp).

autres matières albuminoïdes, et son passage à dose suffisante à travers le rein s'accompagne d'une néphrite plus ou moins intense qui entraîne la mort de l'animal (1).

Il n'est pas nécessaire que cette albumine soit introduite directement dans la circulation pour que l'albuminurie survienne. Nous savons que l'ingestion d'une quantité suffisante de blancs d'œufs suffit chez l'homme pour déterminer une albuminurie passagère. L'injection d'albumine d'œuf dans le tissu cellulaire produit, même à faible dose, le même résultat.

Dans diverses expériences de contrôle que j'ai exécutées chez le chien avec de l'albumine pure, préparée par le procédé de Wurtz, j'ai toujours constaté de l'albuminurie temporaire. Il suffit d'injecter dans les vaisseaux 1 gramme de cette matière, en solution dans un peu d'eau salée, chez un chien de 8 à 10 kilogrammes, pour que les urines deviennent albumineuses. Cette albumine se comporte exactement comme un corps étranger dont l'organisme cherche à se débarrasser hâtivement; car l'albuminurie apparaît immédiatement, au bout de dix minutes à un quart d'heure. Elle est d'abord relativement abondante, puis diminue, tout en persistant cependant habituellement environ quarante-huit heures. Quand l'injection est pratiquée dans le péritoine, l'albuminurie apparaît un peu plus tardivement, environ une demi-heure après l'injection.

Creite (2) a constaté qu'après les injections d'albumine d'œuf, la quantité d'albumine éliminée par les urines est moindre que la quantité injectée. La plupart des autres observateurs sont d'accord sur ce point, qui a été également confirmé dans mes expériences. Dans un cas, j'ai trouvé 2 grammes d'albumine sur 4 injectés dans la saphène, et dans un autre, où la quantité d'albumine injectée dans le péritoine s'élevait à 10 grammes (chez un chien de 11 kilogrammes) la totalité de l'albumine urinaire n'a pas dépassé $2^{gr},09$. Dans plusieurs expériences il s'est produit une polyurie remarquable.

Que conclure de ces faits, sinon que les matières albuminoïdes, sensiblement différentes des substances normales du plasma, se comportent comme de véritables agents toxiques ?

On devrait évidemment, dans la discussion de la pathogénie de l'albuminurie, laisser absolument de côté les expériences de ce genre, et ne leur accorder aucune valeur.

Examinons maintenant les résultats obtenus avec les liquides albumineux extraits du sang ou avec les sérosités pathologiques.

La plupart des observateurs n'ont établi aucune distinction entre ces divers liquides. Nous ne suivrons pas cet exemple, car il nous paraît évident que les expériences de ce genre comprennent les trois variétés suivantes : injections de sérum sanguin emprunté à l'animal lui-même ou à un animal de la même espèce ; injections de sérum emprunté à un animal d'une espèce différente ; enfin, injections faites avec des sérosités normales ou pathologiques n'ayant pas les propriétés coagulatrices du sérum.

C. Bernard ayant produit une albuminurie passagère après avoir injecté du sérum de la même espèce, explique le fait en disant que la substance albuminoïde qui existe dans le sang n'est pas la même après la coagulation que la substance qui, hors de l'organisme, constitue pour nous l'albumine. Cependant, d'après l'analyse chimique, le sérum sanguin contient précisément les mêmes matières albuminoïdes que celles de l'urine albumineuse (sérine et paraglobuline). Mais le sérum du sang n'est pas simplement une dissolution saline de ces matières. Alors même qu'il est emprunté au propre sang de l'animal, il possède des propriétés particulières, et après sa réintroduction dans le torrent circulatoire, il modifie plus ou moins profondément le sang de l'animal transfusé. C'est là pour nous un fait de la plus haute importance. Dans toutes ces expériences on doit tenir compte, en effet, non seulement de la nature des matières albuminoïdes injectées, mais encore, et peut-être surtout, des altérations que ce liquide peut faire subir au sang de l'animal mis en expérience. Dans un travail antérieur, nous avons montré que les injections de sérum rendent le sang stagnant immédiatement coagulable ; elles altèrent plus ou moins notablement les éléments figurés du sang, et par suite elles changent non seulement la proportion des albuminoïdes du plasma, mais encore les propriétés du sang. Et cependant elles ne déterminent pas à coup sûr d'albuminurie. Pavy et d'autres expérimentateurs ont observé des faits négatifs, et dans les expériences que j'ai exécutées, ceux-ci ont été plus fréquents que les positifs. De plus, en cas d'albuminurie, ce phénomène est toujours transitoire, et l'albumine éliminée ne représente qu'une faible partie de celle qui a été injectée.

L'emploi du sérum emprunté à une espèce différente produit dans le sang de l'animal transfusé des altérations bien autrement grandes, ainsi que nous en avons eu la preuve dans les expériences faites avec le sérum de bœuf chez le chien (1).

On peut prétendre d'abord qu'il introduit dans le sang des matières albuminoïdes en quelque sorte spécifiques et notablement différentes des matériaux du sang de l'animal transfusé. Ainsi, de même que l'hémoglobine diffère d'un animal à l'autre et présente des caractères en quelque sorte spécifiques, il est possible qu'il en soit de même des autres matières albuminoïdes, la sérine et la paraglobuline. Cependant, s'il existe réellement une différence entre ces matières albuminoïdes d'une espèce à l'autre, nous verrons bientôt que ce facteur ne paraît pas pouvoir être mis en cause. Il n'en est pas de même de l'altération que les éléments anatomiques du sang de l'animal transfusé éprouvent de la part du liquide injecté.

On sait, en effet, depuis les recherches de Landois, que les éléments figurés du sang sont très impressionnables au contact d'un sérum étranger. A propos de mes recherches sur la transfusion péritonéale, j'ai cité des faits bien curieux sous ce rapport. J'ai vu, par exemple, les globules rouges du chevreau se dissoudre presque immédiatement dans le sérum du sang de chien, tandis que les globules rouges du chien se conservent pendant assez longtemps dans le sérum du sang de chevreau (2). L'action d'un sérum d'une espèce sur l'autre n'est donc pas réciproque, et il faut s'inquiéter dans chaque genre d'expérience des effets particuliers du sérum employé sur le sang de l'animal transfusé. Enfin, les sérums étrangers n'agissent pas uniquement en dissolvant plus ou moins rapidement les globules rouges ; ils modifient la coagulabilité du sang et provoquent plus ou moins facilement la formation de concrétions par précipitation. Ils paraissent devoir, tout au moins en partie, ces dernières propriétés à leurs effets sur les hématoblastes ; et comme ces effets sont variables, le même sérum, employé dans des conditions qui semblent identiques, n'a pas toujours la même intensité d'action.

Les conditions expérimentales sont donc ici réellement très complexes ; elles dépendent de facteurs multiples dont

(1) Voy. encore sur ce sujet : J. Béchamp et Baltus (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1878) ; Grützner (*Pflügers Arch.*, Bd XXIV, p. 463) ; Knipers (*Dissert.* Amsterdam, an. in *Centralblatt*, 1882, p. 267).

(2) A. Creite, *Versuche über die Wirkung des Serumeiweisses nach Injection in das Blut* (*Henle's und Pfeufer's Zeitschr.*, XXXVI, 90-108, et *Centralblatt*, 1869, p. 780).

(1) Nouvelle contribution à l'étude des concrétions sanguines intravasculaires (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 16 juillet 1883). — La formation des concrétions sanguines intravasculaires (*Revue scientifique*, 21 juillet 1883, n° 3). — Sur les diverses espèces de concrétions sanguines (*Soc. des hôpitaux* et *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 8, 1886).

(2) De la transfusion péritonéale (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 24 mars 1884 et *Revue scientifique*, 29 mars 1884, n° 3).

les effets varient suivant nombre de circonstances. Aussi les résultats qui ont été obtenus après les injections de sérums étrangers ont-ils été très variables.

Creile (*loc. cit.*), qui a fait des injections sur le lapin avec des sérums de veau, de cochon, de chien, de mouton, de chat, de poule, de canard et d'oie, a obtenu, tantôt des résultats négatifs, tantôt une albuminurie passagère, tantôt encore de l'hématurie et de l'albuminurie avec mort des animaux. Ce sont les sérums de poule et de chat qui lui ont paru les plus toxiques. Il pense que l'agent nocif est l'albumine du sérum parce qu'après avoir fait coaguler l'albumine du sérum de poule par la chaleur, la partie restée liquide a été inoffensive. Mais ce raisonnement n'est pas justifié, car la chaleur dénature complètement le sérum.

Dans mes expériences, les résultats ont été tout aussi irréguliers, bien que j'aie toujours opéré sur le même animal, le chien, avec la même espèce de sérum, celui du bœuf.

Dans quelques cas, les urines n'ont pas été modifiées; dans d'autres, il s'est produit une albuminurie transitoire; dans d'autres encore, de l'hématurie; enfin, dans les cas graves, il est survenu de l'anurie complète.

La dissolution des globules rouges du sang dans le plasma ne détermine le passage de matières albuminoïdes dans les urines que dans les cas où la proportion d'hémoglobine libérée est tellement forte qu'elle est éliminée partiellement en nature par les reins.

Il se produit alors, non pas une albuminurie à proprement parler, mais une ***hémoglobinurie***. Comme les injections de sérums étrangers donnent lieu plutôt à de l'hématurie véritable, dans les cas où les urines deviennent rouges, je crois que ces liquides agissent surtout sur les reins par production d'embolies microscopiques.

Le sérum sanguin emprunté à un animal de la même espèce, tend aussi à provoquer de petites concrétions sanguines. S'il est moins actif qu'un sérum étranger, c'est qu'il altère beaucoup moins les éléments anatomiques du sang. Aussi peut-on, en général, en injecter une quantité assez grande sans produire de l'albuminurie.

Il est donc très vraisemblable que tous les sérums, sans en excepter même le sérum emprunté à un animal de la même espèce, sont capables, en altérant les éléments du sang, de provoquer de petites embolies microscopiques ou tout au moins des stases sanguines temporaires et que leur action sur les reins doit être rattachée à des troubles circulatoires.

S'il en est réellement ainsi, il est facile de comprendre, par la variabilité dans l'intensité et l'étendue de ces troubles circulatoires, la variabilité dans les résultats observés relativement à l'abondance et à la composition du liquide urinaire recueilli après les injections de ce genre.

C. — Pour apprécier convenablement l'action des liquides albumineux sur la sécrétion rénale, il faut donc se servir de liquides altérant le moins possible les éléments du sang de l'animal transfusé. Les sérosités hydropiques possèdent en général cette qualité; ce sont, à proprement parler, de véritables liquides de dilution sanguine. Or il résulte de mes expériences qu'ils peuvent être introduits, même en très forte proportion, dans le sang, sans provoquer d'albuminurie. A l'époque où j'ai pratiqué ces sortes d'injections, je pensais qu'en employant de très hautes doses de matières albuminoïdes que je supposais sensiblement différentes, à cause de leur provenance étrangère, des matières albuminoïdes du plasma, on déterminerait de l'albuminurie au moins aussi sûrement qu'avec le blanc d'œuf. J'ai donc été étonné d'observer des résultats négatifs, et cependant je ne prenais pas la précaution de saigner préalablement mes animaux mis en expérience, comme on doit le faire lorsqu'on veut éviter les effets de l'augmentation de pression.

Parmi les nombreuses expériences de ce genre, je citerai les suivantes :

23 février 1883. — Chien de 5kg,200. Injection de 216 grammes de liquide d'hydrocèle par la saphène; pas d'albuminurie.

6 février 1884. — Chien de 9 kilogrammes. Injection de 200 centimètres cubes de liquide d'hydrocèle par la saphène; pas d'albuminurie.

28 mars 1884. — Chien de 14kg,100. Injection par la saphène de 450 centimètres cubes de liquide d'ascite; pas d'albuminurie.

15 avril 1884. — Chien de 10kg,200. Injection par la saphène de 230 centimètres cubes de liquide d'ascite; pas d'albuminurie.

24 mai 1884. — Chien de 10 kilogrammes. Injection par la saphène de 225 centimètres cubes de liquide d'ascite; pas d'albuminurie.

4 octobre 1884. — Chien de 11 kilogrammes. Injection par la saphène de 350 centimètres cubes de liquide d'ascite provenant d'un malade atteint de mal de Bright et d'affection cardiaque; pas d'albuminurie.

31 mars 1884. — Chien de 11kg,300. Injection dans la cavité péritonéale de 300 grammes de liquide ascitique; polyurie, pas d'albuminurie.

23 octobre 1883. — Chien de 10kg,500. Injection par la saphène de 80 centimètres cubes de liquide du péricarde de cheval, frais et filtré; pas d'albuminurie.

Tous ces animaux ont été à peine éprouvés par ces sortes d'injections et ont survécu. Mais les résultats n'ont pas toujours été absolument négatifs. Dans deux cas, des liquides du même genre ont produit une albuminurie passagère.

25 juin 1883. — Chien de 9kg,200. Injection par la saphène de 300 grammes de liquide d'ascite. L'opération est suivie pendant trois jours d'une albuminurie qui n'a été très notable que pendant les vingt-quatre premières heures. L'animal est d'ailleurs malade et le liquide injecté n'ayant pas été immédiatement employé a dû subir, vu l'élévation de la température extérieure, un commencement d'altération.

9 octobre 1883. — Chien de 11kg,100; temp., 38°,9. Injection dans la cavité abdominale de 400 centimètres cubes de liquide d'ascite. Quelques heures après, temp., 39°,5. Les urines recueillies depuis l'opération et examinées le lendemain 9, renferment des traces nettes d'albumine; temp., 39°,8. Le liquide qu'on a employé a laissé déposer une petite quantité de fibrine; il renferme 59 pour 1000 d'albumine desséchée. On a donc injecté au chien 23gr,6 de matières albuminoïdes.

Le 11, temp., 39°,3. L'urine renferme encore des traces d'albumine, moins nettes qu'hier.

Le 12, temp., 39°,3. L'urine est encore très légèrement albumineuse.

Le 13, temp., 39°,3. L'urine ne contient que des traces à peine sensibles d'albumine.

Le 14, temp., 39°,2. L'urine est tout à fait normale.

Le 15, temp., 39°,4. On refait une seconde injection intrapéritonéale de liquide ascitique provenant du même malade. Ce liquide est trouble; il renferme quelques leucocytes et des petits filaments de fibrine. On porte la dose du liquide injecté à 500 centimètres cubes jusqu'à ce que le ventre soit complètement tendu.

Au bout de deux heures, temp., 39°,5.

Le lendemain, on ne trouve pas d'albumine dans les urines recueillies; celles-ci renferment des pigments biliaires; temp., 39°,4; le ventre n'est plus ni douloureux, ni tendu.

Le 17, temp., 39 degrés. L'urine renferme des traces douteuses d'albumine; pigments biliaires.

Le 18, temp., 39 degrés. L'urine est encore colorée par des pigments biliaires; pas d'albumine.

Le liquide de cette seconde injection a donné lieu tardivement à une faible coagulation fibrineuse. Il ne contient plus que 30 pour 1000 d'albumine (au lieu de 50 pour 1000).

Le 19, temp., 38°,8. Le poids du chien, qui était descendu il y a quelques jours à 10kg,500, est remonté à 10kg,700. L'animal paraît parfaitement bien remis. On lui injecte, toujours dans la cavité péritonéale, 205 centimètres cubes de liquide d'hydrocèle parfaitement clair et bien filtré. Le soir, temp., 39°,4; pas d'albumine dans l'urine.

Le 20, temp., 39°,8. L'animal est un peu souffrant; il a de la con-

jonctivite catarrhale. Le liquide ayant servi à l'injection présente un caillot fibrineux (on sait qu'il y a d'ailleurs des liquides d'hydrocèle qui se coagulent). L'urine est normale.

Le 21 et le 22, temp., 38°,9; urine normale.

Le 23, temp., 39°,4; le 24, 40°,1. Malgré cette élévation de la température, le chien mange de bon appétit et ne paraît pas malade. On le soumet, malgré cet état, à une nouvelle injection faite avec du liquide ascitique provenant de la troisième ponction du même malade.

Ce liquide est légèrement trouble et laisse déposer quelques flocons de fibrine; on le filtre avec soin et l'on en injecte 500 centimètres cubes. Presque immédiatement l'animal défèque et urine; il reste abattu.

Le soir, temp., 39°,6; impossibilité d'avoir de l'urine par la sonde.

Le 25, temp., 39°,6; urine normale; le soir, temp., 39°,8.

Le 26, temp., 40°,2; poids de l'animal, 10kg,600; les urines sont toujours normales.

Le 27, temp., 41°,1. L'animal est plus triste; il a une diarrhée légèrement sanglante. Le ventre n'est cependant ni douloureux, ni tendu. Le liquide injecté paraît s'être résorbé rapidement comme il l'a fait à la suite d'injections précédentes; la sécrétion urinaire est diminuée; mais les urines sont toujours dépourvues d'albumine.

Le 29, temp., 39°,6. L'animal va mieux. On pense qu'il y a un peu de péritonite localisée.

L'animal reste souffrant jusqu'au 6 novembre. Il a succombé plus tard à la suite d'autres expériences et l'on a constaté, à l'autopsie, un peu d'épaississement du péritoine viscéral surtout au niveau du foie et une induration des ganglions mésentériques; les reins paraissaient normaux; ils ont été examinés au microscope après durcissement et ne présentaient aucune lésion notable.

On voit donc que des doses énormes de liquides albumineux et même légèrement fibrineux n'ont provoqué chez ce chien qu'une albuminurie très légère et passagère. Et encore, sur quatre injections successives de ce genre, cette albuminurie temporaire n'a-t-elle été notée que deux fois.

De l'ensemble de ces faits expérimentaux, en y comprenant même ceux qui ont donné des résultats positifs, il est permis de conclure que les matières albuminoïdes en solution dans les sérosités normales et se présentant sous une forme en quelque sorte naturelle, peuvent être supportées par l'organisme à des doses relativement considérables sans provoquer l'albuminurie.

Comme ces sérosités ont été empruntées à des animaux d'une espèce différente, les qualités spéciales des matières albuminoïdes ne paraissent pas jouer de rôle actif dans la production de l'albuminurie. C'est là un fait très important, car il prouve bien, ainsi que nous l'avons dit précédemment, que les propriétés nocives des sérums sanguins ne se rattachent pas aux matières albuminoïdes contenues dans ce liquide. Il permet, de plus, de n'accepter qu'avec une grande réserve tout ce qu'on a dit relativement à l'influence des variations quantitatives et qualitatives des matières albuminoïdes du sang sur la production de l'albuminurie.

En résumé, l'action des liquides albumineux de provenance sanguine, directe ou indirecte, dépend surtout des effets déterminés par ces liquides sur le sang des animaux transfusés et notamment sur les éléments anatomiques. Ceux qui n'altèrent pas sensiblement les éléments du sang (y compris les hématoblastes), peuvent être introduits à haute dose dans l'organisme sans provoquer de troubles circulatoires.

Les matières albuminoïdes qu'ils renferment sont tolérées par les reins, dont la circulation n'éprouve aucun désordre.

Au contraire, le sérum du sang, et particulièrement celui d'un animal d'une espèce différente, ou les sérosités d'origine phlegmasique, capables de modifier les éléments anatomiques du sang et de provoquer la formation de petites concrétions sanguines, déterminent dans les reins des troubles circulatoires plus ou moins étendus. Aussi n'est-ce pas seulement l'albuminurie qu'on peut voir en pareil cas, mais l'hématurie et la suppression plus ou moins complète de la sécrétion urinaire.

Dans ces dernières années, deux élèves de M. Lépine, MM. Estelle et Faveret ont fait, sous la savante direction de leur maître, des expériences très intéressantes, dont les résultats paraissent contredire, au premier abord, ceux que j'ai obtenus avec diverses sérosités.

Ils ont injecté dans les veines d'un animal soit de la sérine, soit de la globuline en solution dans l'eau, c'est-à-dire une seule des matières albuminoïdes constituantes du sérum, et ils ont obtenu, dans le premier cas, une *sérinurie*, dans le second, une *globulinurie* (Estelle, *thèse de Lyon*, 1880; Faveret, *thèse de Lyon*, 1882; Lépine, *Notes additionnelles de la traduction française du Traité des maladies des reins de Bartels*, Paris, 1884).

Mais il me paraît évident que ces matières albuminoïdes, précipitées par des procédés chimiques, ont éprouvé une modification constitutive et se sont comportées comme les matières étrangères à l'organisme que nous avons fait entrer dans notre première série de substances albuminoïdes.

Semmola, après avoir constaté, comme tous les autres observateurs, que les matières albuminoïdes des urines sont les mêmes que celles du plasma sanguin (sérine et paraglobuline), invoque une altération qualitative de ces corps, une diffusibilité anomale.

Il en résulterait que le sérum des brightiques introduit dans les vaisseaux d'un animal dont les reins sont sains, produirait une albuminurie, tandis que le sérum normal pourrait à la même dose rester sans effet.

J'ai eu récemment l'occasion de soumettre au contrôle de l'expérimentation ce dernier point très important de la théorie de notre confrère italien.

Ayant à ma disposition un vieux chien atteint de mal de Bright et dont les urines renfermaient des flots d'albumine, il m'a paru intéressant de tenter de rendre un chien sain, albuminurique, en le transfusant avec le sang de l'animal brightique.

Je voulais éviter dans cette expérience l'action nocive du sérum du sang et employer un sang complet et en quelque sorte parfaitement vivant pour être à l'abri de toute cause d'erreur.

Je me disposais à faire une troisième transfusion, lorsque notre chien brightique succomba le 26 février.

Je pris un jeune chien de 4kg,400, ayant des urines normales; temp. rectale, 39 degrés.

Le 23 janvier dernier, les deux chiens sont disposés de façon qu'on puisse faire une transfusion directe d'artère à veine.

Le chien destiné à être transfusé est placé sur une bascule afin qu'il soit possible de peser la quantité de sang soustraite et de la remplacer par une quantité égale de sang provenant du chien brightique.

On pratique alors, par une des fémorales, une saignée jusqu'à production des premières grandes convulsions générales.

Le chien perd ainsi en quelques minutes 220 grammes de sang (représentant le vingtième de son poids). On le transfuse immédiatement jusqu'à rétablissement de l'équilibre de la bascule. Toutefois, le chien reçoit 20 grammes de plus qu'il n'en a perdu, soit 240 grammes de sang. Il se remet rapidement, puis, au bout de quelque temps, il tremble, est pris de fièvre; temp. rectale, 39°,4.

Cinq heures après l'expérience, le chien n'a pas uriné, on le sonde. L'urine ne renferme pas d'albumine.

Le lendemain 24, la fièvre s'élève à 40°,2, les urines recueillies ne renferment pas d'albumine (examen avec acide acétique et chaleur); elles renferment un peu de pigment biliaire.

Le 25, la température s'élève à 40°,7; l'animal se remet à bien manger; pas d'albumine dans l'urine, petite quantité d'urobiline.

Le 26, même état. L'animal se remet complètement; il est

suivi avec soin jusqu'au 3 février. Les urines restent toujours dépourvues d'albumine.

Le 3 février, on refait exactement la même expérience. L'animal tombe en syncope après une perte de sang de 205 grammes, et on lui restitue immédiatement la même quantité de sang, prise toujours sur l'animal brightique.

Les résultats de cette seconde transfusion ont été exactement les mêmes, c'est-à-dire production d'une fièvre traumatique, sans apparition d'albumine dans l'urine.

A l'autopsie de cet animal, on a constaté que les deux reins étaient hypertrophiés, blancs, et présentaient tous les caractères se rapportant à la néphrite dite parenchymateuse. Nous nous étions donc placé dans des conditions éminemment favorables à l'étude des altérations dyscrasiques du sang dans le mal de Bright.

Il résulte, en définitive, de cette étude critique et expérimentale, que l'influence des modifications des matières albuminoïdes du sang sur la production de l'albuminurie et des néphrites chroniques est loin encore d'être démontrée.

CORRESPONDANCE

Les accidents de l'antipyrine.

Les accidents occasionnés par l'antipyrine sont à l'ordre du jour; voici, sur ce sujet, ce que j'ai observé au commencement du mois de février.

M. X..., nerveux, herpétique, est atteint de rhumatisme mono-articulaire siégeant à l'épaule droite. Je lui prescris 3 grammes d'antipyrine en trois doses à prendre dans la journée.

Dix minutes après la première dose, le malade éprouve une démangeaison très vive siégeant aux gencives et plus particulièrement au bord libre des gencives supérieures. Quelques instants après commencent des éternuements qui durent un quart d'heure presque sans interruption; puis le larynx se prend. Une sensation de picotement au niveau du cartilage thyroïde provoque la toux, et la voix s'altère. Elle devient rauque, grave, et lorsque le malade fait un effort plus grand pour émettre des sons, un cri aigu s'échappe pour être remplacé presque aussitôt par la voix rauque de tout à l'heure. Pendant ce temps les éternuements ont fait place à de l'enchifrènement, les tempes battent, la tête est douloureuse.

A mesure que se produisent ces différents symptômes, M. X... s'aperçoit que son épaule devient plus libre, il la remue avec précaution d'abord et finit, non sans étonnement, par pouvoir faire le moulinet sans souffrir de son articulation malade.

Progressivement les phénomènes très pénibles que je viens d'énumérer, se calment, et l'épaule redevient raide et endolorie. Quinze heures après l'administration de l'antipyrine, il ne restait de tout ce que je viens de décrire, qu'un peu de raucité de la voix.

Etonné par ces accidents qui m'étaient complètement inconnus (1er février), et peu convaincu que l'antipyrine — que je considérais comme absolument inoffensive sur la foi des auteurs — ait pu les occasionner, je prie le malade de renouveler le jour même l'expérience en prenant des doses d'antipyrine de 0gr,25 seulement à la fois.

Dix minutes après l'administration de la première dose, les mêmes symptômes se renouvellent, dans le même ordre que la veille, mais avec une intensité moindre. L'expérience fut arrêtée là.

Cette observation m'a paru curieuse à cause de l'intensité des accidents congestifs survenus dès la première dose du côté de la tête et du cou, et aussi de la métastase rhumatismale.

J'ajouterai que l'antipyrine employée provenait de la pharmacie centrale et portait la marque du docteur Knorr et de l'usine du Tremblay, à Creil.

Dr Giquel (de Vannes).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 12 MARS 1888.

Sur les éléments figurés du sang leucocythémique. Note de M. *Mayet*. — L'auteur traite des trois ordres de globules blancs décrits dans le sang des sujets atteints de leucocythémie splénique et appelle surtout l'attention sur quelques particularités de forme et de constitution qui jusqu'à présent n'avaient pas encore été notées; il fait remarquer que la leucocythémie est essentiellement caractérisée par l'hyperproduction, dans les organes lymphoïdes de la rate, de leucocytes embryonnaires dont une partie seulement peut acquérir les propriétés normales. Il ajoute qu'il existe, en outre, dans le sang, des éléments sphériques très petits, moins transparents que les hématoblastes qui paraissent être des micro-organismes ou des spores.

Recherches expérimentales sur l'intoxication chronique par l'alcool. Note de MM. *A. Mairet* et *Combemale*. — Ces recherches, poursuivies sur des chiens jeunes et robustes, intelligents et sans tare aucune, et dans l'estomac desquels on introduisait chaque jour, deux fois, à l'aide de la sonde œsophagienne, une dose moyenne de 5 à 6 grammes, par kilogramme du poids du corps de l'animal, d'alcool absolu étendu d'environ dix fois son poids d'eau, ont donné les résultats suivants :

1° L'intoxication chronique par l'alcool détermine chez le chien des poussées délirantes, caractérisées plus particulièrement par des idées de peur avec hallucinations pouvant porter sur divers sens.

2° A ces symptômes, qui marquent généralement le début des troubles psychiques, s'ajoutent bientôt de l'affaiblissement intellectuel et des troubles musculaires d'ordre ataxique et paralytique, qui débutent par l'arrière-train, ou mieux peut-être qui ont leur maximum, au début, dans cette région et qui se généralisent rapidement, comme dans la paralysie générale.

3° A l'autopsie, on retrouve les lésions principales qui caractérisent cette dernière maladie : inflammation diffuse méningo-encéphalique et dilatation vasculaire des centres cérébraux.

SÉANCE DU 19 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Pseudo-tuberculose bacillaire. Note de MM. *Charrin* et *Roger*. — A l'autopsie d'un cobaye mort spontanément au laboratoire de M. Bouchard, MM. *Charrin* et *Roger* ont trouvé le foie et la rate remplis de granulations analogues à celles de la tuberculose de ces organes, et ont isolé un petit bacille mobile qui se développe facilement dans les divers milieux employés pour la culture et qui ne liquéfie pas la gélatine. Inoculé sous la peau d'un lapin, ce bacille produit une tumeur locale, bientôt suivie d'adénopathie. L'animal maigrit et succombe vers le treizième jour; l'autopsie montre, dans tous les cas, des granulations nombreuses dans le foie et la rate et, dans un cinquième des cas, des granulations semblables dans les reins et les poumons. Les lésions sont identiques quand l'inoculation est faite dans le péritoine; jamais, dans ce cas, on n'observe de lésions de cette séreuse. Quand on pousse l'injection dans la plèvre, on voit parfois se développer une pleurésie séro-fibrineuse, reconnaissable, pendant la vie, à la dyspnée violente que présente l'animal et à la matité que donne d'un côté la percussion du thorax; à l'autopsie, on trouve les lésions habituelles du foie et de la rate. Mêmes lésions aussi en inoculant le bacille dans les centres nerveux ou dans la

chambre antérieure; dans ce dernier cas, on observe la production d'abondantes fausses membranes et de granulations qui envahissent l'iris et peuvent même gagner la sclérotique et se faire jour au dehors. L'inoculation intraveineuse détermine la production de pseudo-tubercules, quand la dose injectée ne dépasse pas une ou deux gouttes; si elle atteint 0cc,5 à 1 centimètre cube, la mort survient en deux ou trois jours et l'autopsie ne montre aucune lésion viscérale; mais les ensemencements permettent de retrouver dans les viscères le bacille caractéristique.

Chez le cobaye, à la suite de l'inoculation sous-cutanée, les lésions sont identiques à celles qu'on observe chez le lapin. Mais, dans quelques cas, surtout si le microbe a été introduit dans le péritoine, on ne trouve pas de granulations: la maladie se caractérise anatomiquement par d'abondants dépôts fibrineux qui entourent le foie ou la rate d'une sorte de fausse membrane facile à détacher. Aussi pourrait-on croire qu'on a affaire à une affection différente, si l'on ne voyait la culture faite avec les fausses membranes donner naissance au même bacille qui, inoculé au lapin ou même au cobaye, détermine de nouveau la production de granulations miliaires. Il semble que chez le cobaye, la maladie ait une certaine tendance à donner des lésions locales: quatre fois sur sept, l'inoculation intra-pleurale n'a amené pour toute lésion qu'un épanchement séreux. Il faut noter encore que ce microbe est pathogène pour la souris, tandis qu'il reste sans action sur le chien, le chat et l'âne.

D'après les caractères indiqués, il est facile de reconnaître que cette maladie diffère complètement de la tuberculose et de la morve. Elle doit prendre place dans le groupe des pseudo-tuberculoses, mais diffère de toutes celles décrites jusqu'ici. Sans parler des fausses tuberculoses produites par les œufs de différents nématodes ou par l'*Aspergillus glaucus*, MM. Charrin et Roger citent la tuberculose zoogléique de Malassez et Vignal et la pseudo-tuberculose d'Eberth. Dans la première maladie, la nature différente de l'agent pathogène et, dans les deux cas, les caractères tirés de l'examen histologique permettent de reconnaître que la maladie décrite ici diffère de celles citées ci-dessus.

Ils font remarquer, en dernier lieu, que cette maladie, comme celle de MM. Malassez et Vignal, est inoculable en série. Ce caractère ne peut donc être invoqué pour affirmer la nature tuberculeuse d'une maladie; il indique seulement sa nature parasitaire.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

MM. *Quesneville* et *Pierre Vigier* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. le docteur *Bertrand*, médecin principal de la marine, envoie une note complémentaire sur une *épidémie de dysenterie à Toulon en* 1887.

M. *Larrey* dépose, au nom de M. le docteur *Reliquet*, un mémoire intitulé: *Rétrécissements péniens, compliqués de cowpérites suppurées, uréthrotomie interne.*

M. *Maurice Perrin* présente; 1° de la part de M. le docteur *Chauvel*, professeur à l'École du Val-de-Grâce, les articles Piqure anatomique et Plaie, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* 2° au nom de M. le docteur *Hocquard*, médecin-major de 1re classe, deux notes manuscrites sur *les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées au 4e régiment d'infanterie et au Tonkin en* 1885-1886.

M. *Trélat* présente un ouvrage de M. le docteur *Piéchaud*, ayant pour titre: *Les misères du siècle.*

M. *Gavarret* dépose un *éolipyle*, imaginé par M. le docteur *Paquelin.*

M. *Duplay* présente, au nom de M. le docteur *Reynal O'Connor*, une *étuve portative pour la désinfection des instruments de chirurgie.*

M. *Panas* dépose, de la part de M. *Kalb*, des *coques de verre*, pour le traitement du kératocône.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, au nom de M. *Galante:* 1° un appareil inhalateur de vapeurs d'acide fluorhydrique; 2° des cylindres portatifs pour l'emploi du chlorure de méthyle comme réfrigérant.

Commission. — MM. *Milne-Edwards, Siredey, Labbé, Guéniot, Blanche, Marjolin, Planchon* et *Jules Le Fort* sont désignés, par voie de tirage au sort, pour faire partie de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place déclarée vacante parmi les associés libres.

Décès de M. Blot. — M. le Président exprime les regrets de l'Académie pour la perte de M. *Blot*, membre titulaire dans la section d'accouchements, directeur du service de la vaccine. Il loue sa franchise, son caractère et sa science, en termes qui sont accueillis par l'adhésion unanime et émue de tous ses collègues.

Élections. — Par 57 voix sur 70 votants, M. *Leloir* (de Lille) est élu correspondant national dans la première division (*Médecine*). M. Lépine (de Lyon) obtient 5 voix; M. Mordret (du Mans), 4; M. Morache (de Bordeaux), 3, et M. Chédevergne (de Poitiers), 1.

Par 43 voix sur 66 votants, M. *Lépine* (de Lyon) est ensuite élu correspondant national dans la même division. M. Morache obtient 15 voix; M. Mordret, 5; M. Chédevergne, 2; plus 1 bulletin blanc.

Délire iodoformique. — M. le docteur *Jeannel* (de Toulouse) appelle l'attention sur la pathogénie du délire dit iodoformique. En dehors des cas où ce médicament est employé, sous forme de pansement, à des doses excessives, lorsqu'il est manié par le même chirurgien, de la même façon chez tous les blessés, des accidents cérébraux, tels qu'un délire calme et passager ou même un véritable délire maniaque prolongé et définitif, peuvent éclater. Mais dans tous les cas où M. Jeannel a observé ces accidents, les blessés étaient atteints d'une tare cérébrale antérieure; c'étaient des malades (alcoolisme ou méningite chronique), des aliénés ou des candidats aliénés. De telle sorte qu'on pourrait formuler de la façon suivante les constatations ainsi faites:

1° Traumatisme, pas de tare constitutionnelle, pansement à l'iodoforme = pas de délire; 2° traumatisme, tare constitutionnelle non cérébrale, pansement à l'iodoforme = pas de délire; 3° traumatisme, tare cérébrale, pansement non à l'iodoforme = délire chez les malades (méningites, alcoolisme), pas de délire chez les aliénés; 4° traumatisme, tare cérébrale, pansement à l'iodoforme = délire d'intensité variable. — (Le mémoire de M. Jeannel est renvoyé à l'examen d'une Commission, composée de MM. *Féréol, Albert Robin* et *Verneuil.*)

Vocabulaire médical. — M. le docteur *Lereboullet* lit un travail sur *les origines et la destinée des mots du vocabulaire médical.* Ce mémoire, qui fait suite à de précédentes études sur l'étymologie et la formation grammaticale des néologismes scientifiques, a pour objet principal d'indiquer comment naissent d'ordinaire et comment disparaissent les mots techniques que les naturalistes et les médecins introduisent dans notre vocabulaire médical.

L'auteur cherche à préciser les analogies et les différences qui existent entre le langage populaire et la langue scientifique. Il montre que celle-ci impose les termes nouveaux que les anatomistes et les cliniciens regardent comme indispensables pour représenter des idées nouvelles, tandis que les néologismes populaires naissent d'en bas et pénètrent peu à peu la langue scientifique. Il établit que la médecine ne peut, comme l'algèbre ou la chimie, se servir de formules ou de signes mnémotechniques pour définir les maladies ou les symptômes. Il pense dès lors que les mots barbares qui ont la prétention de définir, dans son essence, le fait qu'il s'agit de nommer, sont le plus souvent défectueux et destinés à une disparition rapide. Seuls les termes euphoniques pénètrent dans la langue commune et survivent dans l'usage. Suivent une série d'exemples et de conseils pour la formation des mots et les procédés à employer dans le but de rendre la langue médicale plus correcte et plus précise.

Rage. — Du rapport que M. *Dujardin-Beaumetz* a présenté au Conseil d'hygiène de la Seine et dont il donne communication à l'Académie, il résulte qu'il y a eu, dans ce département, en 1887, 350 personnes mordues par des animaux enragés, dont 263 mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement. 9 ont succombé, dont 2 avaient été traitées par les inoculations antirabiques. Or, tandis que la mortalité a été de 15,90 pour les personnes non traitées; elle s'est abaissée à 0,76 pour 100 pour les personnes traitées; encore faut-il ajouter que des deux personnes mortes malgré le traitement: l'une était un ivrogne, qui a dû l'interrompre pendant cinq jours, et l'autre, une femme, mordue par un chat, ne put venir deux fois par jour à l'Institut Pasteur, comme cela était nécessaire par suite de la virulence plus grande de la rage du chat. Ces faits confirment les résultats déjà obtenus par l'inoculation antirabique.

M. *Féréol* fait remarquer combien il serait désirable que l'Académie appelât encore une fois l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de prendre des mesures rigoureuses à l'égard de la police des chiens; il propose d'émettre un vœu en ce sens. Après un échange d'observations entre MM. *Leblanc* et *Dujardin-Beaumetz*, lecture est donnée de la proposition suivante:

« L'Académie, considérant que le nombre de cas de rage canine ne cesse d'augmenter dans le département de la Seine et dans la France entière; que par suite le nombre des personnes mordues suit une proportion croissante, est d'avis qu'il y a lieu de rappeler aux pouvoirs compétents les conclusions adoptées en 1885 par l'Académie sur cette question. Et, en conséquence, elle réclame l'adoption d'urgence des mesures suivantes, déjà adoptées par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine :

« 1° Utilisation du personnel des gardiens de la paix ou, à son défaut, création d'un personnel spécial; 2° obligation de faire porter aux chiens une médaille constatant le payement de la taxe, médaille dont le modèle variera chaque année ; 3° application rigoureuse des articles 53 et 54 du décret du 22 juin 1882, ainsi conçus : Art. 53. — L'autorité administrative pourra, lorsqu'elle croira cette mesure utile, particulièrement dans les villes, ordonner par arrêté que tous les chiens circulant sur la voie publique soient muselés ou tenus en laisse. Art. 54. — Lorsqu'un cas de rage a été constaté dans une commune, le maire prend un arrêté pour interdire, pendant six semaines au moins, la circulation des chiens, à moins qu'ils ne soient tenus en laisse ; la même mesure est prise pour les communes qui ont été parcourues par un chien enragé. »

Ce vœu est adopté par l'Académie, après une courte discussion entre M. *Hardy* qui demande que ces mesures ne soient pas prises à l'égard des chiens accompagnés, M. *Dujardin-Beaumetz* qui insiste sur la nécessité de l'application de règlements sévères; M. *Brouardel* qui rappelle comment certains pays ont pu, grâce à ces mesures, supprimer presque la rage sur leur territoire; MM. *Leblanc*, *Léon Le Fort* et *Trélat*, qui défendent le texte du vœu ci-dessus.

Prostitution. — M. *Trélat* insiste, dès la reprise de la discussion sur la prophylaxie publique de la syphilis, sur les dangers que présentent les filles mineures se livrant à la prostitution, lesquelles forment les deux tiers des filles insoumises, et sur l'absence actuelle d'une règle administrative ou légale propre à prévenir ou à combattre ce danger. M. le Président fait ensuite successivement voter les articles 4 à 9 de la Commission sur lesquels un accord vient d'intervenir entre les membres de l'Académie qui ont pris la parole dans les précédentes séances. Voici les articles adoptés, et qui ne diffèrent de ceux qui avaient été proposés il y a huit jours que par quelques détails, sauf la suppression complète de l'article 9 :

« Les divers modes de provocation, ci-dessus visés, ayant pour conséquence la dissémination des maladies syphilitiques, l'Académie réclame des pouvoirs publics une loi de police sanitaire réglant et fortifiant l'intervention administrative, en particulier à l'égard des mineures et permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit.

« La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et aux visites sanitaires.

« Si l'inscription n'est pas consentie par la fille à qui l'Administration l'impose, elle ne pourra être prononcée que par l'autorité judiciaire.

« Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial, dont elle ne pourra sortir qu'après guérison des accidents transmissibles.

« Les filles inscrites seront soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe. »

Il ne reste plus à voter que 23 articles du projet de la Commission.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Legouest* sur les candidats au titre d'associé étranger. La liste de présentation est établie ainsi qu'il suit : 1° M. Prescot-Hewet (à Londres), 2° M. Longmore (à Netley), 3° Sir Spencer Wells (à Londres).

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Troubles respiratoires chez les lapins rabiques : M. Ferré. — Sur les douleurs sympathiques : M. Brown-Séquard. — Sur une pseudo-tuberculose : MM. Charrin et Roger. — Phénomènes de bourgeonnement anormal chez certaines astéries : M. Giard. — Le nerf sécréteur de la glande parotide : M. Moussu. — Inhibition dépendant de sections et d'irritations nerveuses : M. Brown-Séquard. — Des troncs artériels chez les macaques : M. Rogeski.

M. *Ferré* (de Bordeaux) a étudié des troubles respiratoires divers qui se produisent chez les lapins auxquels on a inoculé le virus rabique. Ces troubles consistent en une courte période de ralentissement des mouvements respiratoires, suivie d'une période d'accélération, suivie elle-même d'une nouvelle phase de ralentissement. Ces troubles surviennent dans la rage dite des rues comme dans la rage paralytique. On peut les attribuer, dit M. Ferré, à des phénomènes d'excitation bulbaire; car la phase qui paraît être la plus importante, la phase d'accélération, se produit vers le milieu du cinquième jour de l'inoculation, c'est-à-dire lorsque le bulbe est devenu virulent.

— M. *Brown-Séquard* a observé deux cas de coliques hépatiques, dans lesquels la douleur sympathique de l'épaule, bien connue chez les malades atteints de cette affection, siégeait, non pas à droite, mais à gauche. Il voit là un nouvel exemple de ce fait, à savoir que les douleurs sympathiques peuvent être très variables, ce qui est d'ailleurs le caractère essentiel des douleurs dépendant d'une irritation.

— M. *Roger* expose les résultats des expériences qu'il a faites avec M. *Charrin*, relativement à une affection microbienne qui détermine des lésions tout à fait analogues à la tuberculose. Cependant le bacille qui donne lieu à cette affection est très différent du bacille de Koch. M. Roger décrit les lésions constatées dans la rate, le foie, les poumons, les reins. Cette maladie, étudiée surtout sur le lapin, se développe aussi chez le cobaye et chez la souris. Le chien et le chat résistent à ce microbe. MM. Charrin et Roger pensent que l'affection dont il s'agit ressemble beau-

coup à la tuberculose zoogléique de MM. Malassez et Vignal; au point de vue histologique cependant, les lésions ne sont point les mêmes.

— M. *Giard*, à propos de la communication faite par M. Perrier dans la séance précédente, rapporte des faits semblables de bourgeonnement de bras nouveaux qu'il a observés chez une astérie de nos côtes.

— M. *Chauveau* fait, au nom de M. *Moussu*, une communication sur le nerf sécréteur de la glande parotide. On sait combien ce nerf est difficile à trouver et à étudier chez le cheval et chez le chien, sur lesquels Claude Bernard était parvenu à le découvrir. M. Moussu a découvert chez le bœuf une disposition anatomique spéciale qui rend des plus faciles l'étude de ce nerf; il est fourni par le nerf buccal; c'est bien un nerf excito-sécréteur, puisque l'excitation de son bout périphérique provoque une sécrétion très abondante.

— M. *Brown-Séquard* rappelle un certain nombre de faits qui montrent que la section d'un nerf peut, par une action inhibitoire et non par la perte d'une fonction appartenant à ce nerf, diminuer ou abolir complètement la sensibilité ou la motricité dans la région innervée par ce nerf et souvent aussi dans d'autres territoires organiques. L'irritation de ce même nerf peut aussi produire les mêmes effets que la section.

— M. *Chabry* dépose une note de M. *Rogeski* sur la disposition des troncs artériels chez les singes du genre macaque.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 14 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Éruptions causées par l'antipyrine: M. Mayet (Discussion: MM. Rougon, Hénocque, Grellety). — Alimentation des malades et des convalescents: M. Adrian. — Décès de M. Martineau.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Mayet* rapporte l'observation sommaire d'une personne de sa famille qui a présenté une éruption ortiée assez intense, après avoir pris 3 grammes d'antipyrine en deux jours.

M. *Rougon* rappelle qu'on a signalé des éruptions qui sont de véritables rash, à la suite de l'ingestion de l'antipyrine.

M. *Hénocque* fait remarquer que les deux sortes d'éruptions peuvent se montrer suivant les cas. Certains sujets présentent à cet égard une susceptibilité toute spéciale et offrent une curieuse prédisposition aux récidives chaque fois que la même cause entre en jeu. Les mêmes phénomènes s'observent, d'ailleurs, pour bien d'autres médicaments; quelques individus, par exemple, ne peuvent être soumis à la sinapisation avec la farine de moutarde sans qu'il se manifeste chez eux un érythème plus ou moins généralisé.

M. *Grellety* ne méconnaît point qu'il soit intéressant et utile d'enregistrer les divers accidents imputables à l'antipyrine, mais il fait remarquer qu'il s'agit là d'exceptions rares, si l'on tient compte du nombre considérable d'individus qui ont recours à ce médicament, peut-être trop en vogue. On a affaire évidemment, en pareil cas, à des susceptibilités individuelles telles qu'on en observe pour bien d'autres médicaments, ou pour certaines substances alimentaires. Il faut craindre de se laisser entraîner à trop généraliser des faits exceptionnels, et à se priver des services très réels que peut rendre, dans bien des cas, l'antipyrine.

— M. *Adrian* donne lecture d'une note sur l'*alimentation des malades et des convalescents*. Il rappelle que les préparations connues sous le nom de poudre de viande, théoriquement fort avantageuses, ne sont que difficilement acceptées par les malades, par suite de leur saveur assez désagréable en dépit des modes de préparation les plus ingénieux et les plus variés. Aussi, M. Adrian a étudié à nouveau la question, et a composé un aliment qui remplit les desiderata offerts jusqu'ici par les poudres de viande. Se fondant sur les recherches de Schiff, de Herzen, de Dujardin-Beaumetz, qui établissent l'importante action des substances peptogènes pour la digestion gastrique, il a été conduit à rejeter toute viande lavée ou bouillie dont les principes peptogènes sont forcément absents. D'autre part, afin de préparer un aliment complet, c'est-à-dire renfermant, outre la forte proportion d'azote de la poudre de viande, une dose d'hydrates de carbone suffisante, il a ajouté des farines de légumes divers, et du sucre de lait; les principes peptogènes et digestifs sont représentés par la dextrine et le malt. Après un certain nombre d'essais, M. Adrian s'est arrêté à la formule suivante: Poudre de viande de bœuf rôtie, 200 grammes; poudre de pain de gruau grillé et de jus dégraissé, 200 grammes; poudre de légumes divers, 200 grammes; sucre de lait, 150 grammes; tapioca, 150 grammes; dextrine, 50 grammes; malt, 50 grammes. Total: 1000 grammes. — La poudre est granulée, à l'aide du tapioca, en grains un peu plus gros qu'un grain de millet; ces grains ont une coloration brunâtre. Il suffit de faire cuire cette préparation pendant cinq ou six minutes dans du lait ou du bouillon pour obtenir des potages fort agréables, et ne présentant nullement cette saveur spéciale assez répugnante de ceux qui ont pour base la poudre de viande. Il est bon d'ajouter un peu de sel dans ce potage, et l'on peut au besoin le rendre plus succulent par l'adjonction d'une certaine quantité de Liebig. Cet aliment complet représente une ration d'entretien basée sur le rapport du carbone à l'azote nécessaire pour l'homme au repos: soit 18 à 1. Un potage, préparé avec une cuillerée à soupe de ce produit dans 250 grammes de lait ou de bouillon, correspond à 125 grammes de substance alimentaire; c'est là une ration d'entretien plus que suffisante pour un repas chez un convalescent. En outre, la digestion en est des plus faciles.

— M. *Durand-Fardel* offre à la Société le *compte rendu du congrès d'hydrologie et de climatologie de Biarritz*.

— M. *C. Paul* annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses membres, M. Martineau, qui a succombé presque subitement la veille au soir.

— La séance est levée en signe de deuil.

André Petit.

Société anatomique.

SÉANCE DU 16 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Potherat* montre une *artère poplitée oblitérée par une connexion sous-cutanée*. Gangrène du pied.

M. *A. Pozzi* présente une *plaie de la carotide interne* par balle de revolver avec *section du pneumogastrique*. Une autre balle avait *perforé l'estomac* et causé un *hémothorax*.

M. *Largeau* communique un cas d'*épiplocèle tuberculeuse dans un sac herniaire*. Cure radicale.

M. *Letulle*: Note sur un *fibrome de la capsule surrénale*.

M. *Estrada*: Pièces de cystite et pyélite.

M. *Hallion* décrit un *cancer du pylore* avec adénopathie intrathoracique.

M. *Reboul* présente un *fibrome utérin* traité par la *castration*. La malade est morte six mois après de ramollissement cérébral.

M. *Calot* montre un *kyste poplité*.

M. *Guinon* fait voir un *lymphadénome* du mésentère et du médiastin chez un enfant de quatre ans.

M. *Ferré* décrit un *fibro-sarcome à myéloplaxes de la paume de la main*.

REVUE DES CONGRÈS

Congrès français de chirurgie.

Le troisième Congrès français de chirurgie s'est tenu la semaine dernière à Paris sous la présidence du professeur Verneuil, dont on a lu le discours dans notre dernier numéro. On a nommé présidents d'honneur, dans la première séance, MM. Socin (de Bâle); de Saboïa (de Rio-de-Janeiro); Thiriar (de Bruxelles); Demons (de Bordeaux); Rochard, Duplay, Guyon, Le Fort, M. Perrin, Panas, Lannelongue (de Paris). Ces maîtres ont, tour à tour, dirigé les débats.

La prochaine session aura lieu en octobre 1889 et non à Pâques, pour la faire coïncider avec le moment où l'Exposition universelle sera dans son plein. Le président sera M. H. Larrey; le vice-président, le professeur Guyon.

Nous commençons aujourd'hui le compte rendu des discussions et des communications. On sait que les travaux du Congrès sont de deux ordres. Ils consistent d'abord dans la discussion de questions mises, à l'avance, à l'ordre du jour. Puis viennent des mémoires divers. Comme d'ordinaire, nous ne chercherons pas à donner, à la suite l'un de l'autre, le résumé de tous les travaux. Nous tâcherons de fondre ensemble ceux qui se rapprochent l'un de l'autre par leur sujet; de montrer à nos lecteurs en quoi les débats du Congrès ont modifié ou fixé l'état actuel de la science sur certains points. Et cela ne s'applique pas seulement aux questions mises à l'ordre du jour. Pour nos lecteurs, nous dirions presque : au contraire. Ils connaissent déjà à peu près, par les séances récentes de la Société de chirurgie, tout ce qui a été dit ces jours derniers sur la cure radicale des hernies, sur les plaies pénétrantes de l'abdomen. La récidive des néoplasmes est chose encore bien obscure. Reste donc surtout l'opération d'Estlander; nous nous réservons d'y revenir plus à loisir, à propos de la discussion du Congrès.

Mais, à côté de ces questions officielles, l'initiative privée a amené des communications multiples et importantes sur l'hystérectomie vaginale, sur la chirurgie hépatique; celles-là aussi feront l'objet d'articles d'ensemble.

De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.

La cure radicale des hernies est une opération dont personne ne conteste, aujourd'hui, la grande valeur. Il semble, en particulier, bien établi qu'on doive faire suivre de la résection du sac et de la suture exacte du trajet toute kélotomie pour hernie étranglée où la réduction de l'intestin est possible. Ce petit complément n'ajoute rien à la gravité de l'opération : sur 85 kélotomies faites dans ces conditions, le professeur *Socin* (de Bâle) n'a eu que 11 morts, et M. *Segond* 5 sur 30. Comme jadis, le pronostic dépendra exclusivement de l'état de l'intestin. Ce qui n'est pas un motif pour accepter sans contrôle une assertion de M. *Mollière* (de Lyon), au dire duquel à Lyon en 1868, lorsque la pyohémie régnait en souveraine, les plaies abdominales se faisaient remarquer par leur bénignité spéciale, lorsque l'intestin n'était pas intéressé. Nous ne reviendrons pas, d'ailleurs, sur la cure radicale de la hernie étranglée. Sans doute, M. *Segond* pense, que pour le résultat définitif, elle n'a rien de bien spécial. M. Mollière fait même une assimilation absolue et il compte ainsi environ 250 opérés qu'il rencontre de temps à autre sur le pavé de Lyon, sans bandage et sans récidive. Mais M. *Championnière* se refuse à cette identification : à son sens, on opère avec moins de soin, on fait la dissection moins fine quand on intervient sur un malade auquel on aura conscience, s'il y a une récidive, d'avoir en tout cas sauvé la vie. Maigre consolation en présence d'un malade qu'on aura opéré quand sa vie n'était pas en danger.

Pour aborder la cure radicale des hernies non étranglées, deux questions sont à résoudre. L'opération est-elle bénigne? Est-elle efficace?

Sur la bénignité, tout le monde est d'accord. On reconnaît qu'entre les mains d'un chirurgien antiseptique la mortalité est nulle. Le professeur *Trélat* a récemment réuni 160 opérations étrangères sans un seul décès; à la Société de chirurgie, les membres présents ont, au cours d'une séance de l'an dernier, réuni entre eux plus de 100 cas heureux. Sans doute, depuis ce moment, M. *Championnière*, pour son 81e cas, a eu un revers. Mais cette opération a été pratiquée dans un service étranger; c'était un cas des plus complexes, l'opération a été des plus laborieuses et le malade est mort, au bout de trente-six heures, d'une congestion pulmonaire brusque. On a encore parlé de 2 décès enregistrés par le professeur *Socin;* mais l'un concerne une femme atteinte d'une hernie des plus graves que recouvrait une peau distendue, ulcérée; l'autre relève d'une faute opératoire, une ligature insuffisante de l'épiploon ayant causé une hémorrhagie intra-abdominale mortelle.

Point n'est besoin d'insister plus longuement sur cette bénignité : c'est affaire d'antisepsie suffisante. C'est pour les suites définitives que commence le désaccord.

Une distinction est utile, suivant que l'on a opéré une hernie simple ou une hernie compliquée. C'est en effet sur la première catégorie de faits que la discussion roule exclusivement.

Pour les hernies compliquées, la question semble nettement résolue; nous ne ferons qu'effleurer cette question, que nous avons traitée ici même dans un article récent (voy. *Gaz. hebd.*, 1888, p. 19). Le professeur *Trélat* l'a développée devant le congrès avec une grande lucidité. Prenez, a-t-il dit, deux lots de 100 hernieux chacun; au premier ne faites rien que des applications de bandages; dans le second opérez les hernies irréductibles ou mal contenues. Puis suivez ces malades en analysant leurs causes de mort et vous verrez que parmi ceux du deuxième lot la vie moyenne sera accrue. C'est qu'une hernie compliquée est une menace permanente de mort. Or ici l'intervention chirurgicale a une efficacité indiscutable : à une lésion à peu près inexorable elle substitue à coup sûr une hernie simple dans les cas les moins heureux mais les plus fréquents, assurant même parfois une guérison absolue. Mais 40 pour 100 au moins de ces opérés ont des récidives, sont forcés de porter bandage. Voilà pourquoi M. Trélat se refuse à admettre le nom de cure radicale. Il dit cure chirurgicale des hernies compliquées. Car il n'est pas d'avis d'opérer les hernies simples : 40 pour 100 des sujets seraient après ce qu'ils étaient avant, avec une opération inutile en plus.

C'est à ce dernier argument que s'est attaché avec ardeur M. *Segond*. Chinoiseries que ces questions de mots, a dit M. Championnière à la Société de chirurgie! Qu'importe l'adjectif radical ou opératoire? Il importe beaucoup d'après M. Segond, qui présente au congrès 44 observations, dont 14 à propos de hernies non étranglées. Sans doute, il n'a pas suivi tous les malades pendant bien longtemps : à Paris c'est difficile. Néanmoins il n'en connaît que deux chez lesquels on puisse parler de cure radicale. Des autres, ceux-là seuls sont restés guéris qui ont bien voulu s'astreindre à porter un bandage de précaution. L'intérêt de tout ceci est grand. Malgré Socin, malgré Championnière, il faut recommander aux malades de porter bandage après l'opération. On devra donc refuser d'intervenir chez ceux dont le seul but, pour une nuit de noces par exemple, est de supprimer leur brayer. En outre, on n'en devra que plus compter avec le testicule. La dissection complète du sac n'est pas en effet toujours possible, même à un chirurgien habile, sans léser le cordon. Sans doute un chirurgien allemand a conseillé, pour peu qu'on soit gêné, de faire la castration : on ne saurait sacrifier ce testicule à une suppression plus que douteuse de ban-

dage. De là donc une conclusion opératoire: quand la dissection complète, méthode de choix comme l'a bien montré M. Championnière, exigerait l'ablation de la glande séminale, il faut y renoncer soit pour la suture du collet d'après le procédé de Czerny, soit pour le capitonnage d'après le procédé de Julliard.

M. *Lucas-Championnière* est d'un avis radicalement opposé. M. Segond a raison pour les cas qu'il opère. Dans les hernies vieilles, compliquées, volumineuses, la paroi abdominale affaiblie, informe, est percée d'un large trou que la suture ne saurait oblitérer : la cure radicale n'a pas la prétention de refaire une paroi abdominale défectueuse. Alors le bandage est indispensable. Mais la question change de face pour les sujets jeunes, porteurs d'une hernie simple, petite. A un léger orifice près, leur paroi abdominale est saine : oblitérez cet orifice, et ils ne deviendront pas des hernieux. De ceux-là M. Segond ne peut parler, puisqu'il ne les opère pas; mais M Championnière affirme qu'avec eux le nombre des succès définitifs serait considérable. De là une grande extension des indications : il faut opérer les hernies congénitales dont un bandage léger n'amène pas la cure. Et puis, les dangers de l'insuffisance de la cure radicale relèvent : 1° de la congestion pulmonaire, à redouter surtout quand la descente est grosse ; 2° de la présence du côlon dans le sac, car, outre la difficulté de l'opération, cela prédispose à la récidive, mais cela n'a lieu que dans les grosses hernies; 3° de la cachexie, avec albuminurie ou diabète parfois, qui peut accompagner les grosses hernies. Donc, comme le dit M. Segond, il faut opérer les grosses hernies, mais non pas elles seules : il ne faut pas les laisser devenir grosses.

M. *Richelot* a insisté sur les accidents que peut engendrer la cachexie du sujet. Il a en effet perdu un albuminurique auquel il avait, quelque temps auparavant, fait une cure radicale d'un côté; l'intervention sur le second côté a causé la mort par congestion pulmonaire. Il a insisté aussi sur les conditions anatomiques particulièrement favorables à la cure radicale de la hernie congénitale. L'avenir semble être d'opérer chez l'enfant. Le bandage peut chez lui être curatif; mais il faut longtemps pour cela. L'oblitération peut être obtenue sans plus de danger et avec une grande rapidité par la méthode sanglante. M. Richelot a opéré 22 sujets : chez les jeunes il ne constate aucune impulsion à la toux.

Tous ces arguments sont appuyés, dans la remarquable communication du professeur *Socin* (de Bâle), sur une importante statistique, arrêtée au 1er janvier 1887. Cette statistique porte sur 75 opérations pour hernies réductibles (50 inguinales chez l'homme et 15 chez la femme, 10 crurales dans les deux sexes); sur 85 pour hernies étranglées (31 inguinales chez l'homme et 20 chez la femme; 34 crurales). 133 malades ont été guéris au bout d'un an ou moins, offrant 62 pour 100 de guérisons et 38 pour 100 de récidives. Donc, la guérison *radicale* est possible. Il faut distinguer, d'autre part, plusieurs catégories de faits. La hernie inguinale offre deux maximums : l'un avant cinq ans; l'autre (plus grand encore), de vingt-cinq à trente ans. Dans l'enfance on n'observe à peu près que la hernie oblique externe, et elle est congénitale, due à la perméabilité anormale du canal vagino-péritonéal. Cette hernie peut guérir par le bandage : M. Berger l'a récemment prouvé. Mais souvent ce traitement laborieux est mal appliqué ou mal supporté. Alors il faut opérer. M. Socin a fait la cure radicale 30 fois audessous de vingt-cinq ans (dont 19 fois sans étranglement); des 29 survivants (la mort concerne une hernie étranglée), 6 seulement ont récidivé, soit 85 pour 100 de succès définitifs. Au-dessus de vingt-cinq ans, il n'y a plus que 42 pour 100 de résultats parfaits. Cela n'est pas étonnant. Ces hernies de l'adulte sont, en général, soit de vieilles hernies congénitales, soit des hernies directes. Elles ont causé une dilatation énorme du trajet et des modifications intra-abdominales; ou bien elles résultent d'un état pathologique complexe. Supprimer le sac, ce n'est supprimer qu'un facteur.

M. *Routier* (de Paris) a communiqué une statistique intéressante portant sur 14 cas. Une hernie épigastrique et une ombilicale ont donné deux succès définitifs. Sur 12 hernies inguinales, 4 opérations sont trop récentes pour qu'on puisse en parler; 4 malades ont été perdus de vue. Sur les 4 autres, 3 (atteints de hernies compliquées) ont une petite pointe de récidive. M. *Thiriar* (de Bruxelles) sur 14 cas a eu un décès survenu par cause accidentelle au dixième jour. Il n'a pu retrouver que 4 de ses malades. Un n'a pas de récidive, mais il a une atrophie testiculaire due à la section de l'artère spermatique ; un autre porte bandage et n'a pas de récidive; un troisième a une petite pointe. Le quatrième enfin a une récidive d'un côté et pas de l'autre : il est à remarquer que la réunion immédiate a échoué du côté indemne. M. Thiriar a renoncé, comme M. Socin, au bandage de précaution, mais il n'opère que les hernies compliquées. M. *Doyen* (de Reims) a présenté deux malades n'ayant pas de récidive. Ces opérations sont un peu récentes pour permettre une conclusion M. *Schwartz* a eu une observation de cure radicale pour hernie irréductible chez un phthisique mort au bout de neuf mois avec une récidive depuis le quatrième mois. Nous y relevons l'irréductibilité non pas par adhérences, mais par excès de volume des franges épiploïques.

Tous les auteurs qui ont pris part à la discussion ont été unanimes à adopter le procédé de dissection minutieuse recommandé par M. Championnière. Tout n'est pas absolument exact. M. *Léonté* (de Bucharest) a indiqué un procédé de son invention par lequel il conserve le sac dont il racle la face interne à la curette de Volkman pour favoriser l'oblitération. L'auteur n'a fait que 7 opérations, dont la plus ancienne a deux ans et demi de date. Cela ne peut donc entrer en balance avec la statistique que nous venons de citer. Puis M. *Le-Diberder* (de Lorient), qui a appliqué en 1873 une modification du procédé de Gerdy (invagination du scrotum) est venu parler du rôle important du tissu conjonctif sous-péritonéal dans la guérison des hernies. Cette hyperplasie autour du sac a été vue par A. Paré et M. Le Diberder cherche à l'interpréter; il se demande si dans le procédé de M. Championnière on ne la provoque pas en agissant, comme le dit l'auteur, dans le ventre. Hypothèses douteuses; et d'aucuns trouveront qu'il n'en chaut guère.

De la conduite à tenir dans les blessures par armes à feu des grandes cavités viscérales.

En mettant cette question à l'ordre du jour, la Commission permanente du Congrès visait sans doute les trois grandes cavités viscérales : le crâne, le thorax, l'abdomen. Mais, pour le moment, les règles de la chirurgie semblent à peu près bien établies en ce qui concerne le crâne et le thorax. Aussi la discussion a-t-elle laissé à peu près complètement dans l'ombre ce qui a trait à ces deux cavités splanchniques. En réalité, l'abdomen a eu, à lui seul, les honneurs de la séance. Un mot, cependant, pour ce qui ne lui a pas été consacré; un mot suffira, en effet, pour cette question à peu près jugée.

M. *Castex* a cru devoir s'occuper des *lésions du crâne par balles de revolver* à propos de trois observations recueillies dans le service de M. le professeur Richet ; d'une autre, plus ancienne, provenant du service de M. Lahbé. Quatre abstentions et quatre guérisons, tel est le bilan. De là le précepte : abstention ; n'intervenir que lorsqu'il y a une indication fournie par quelque phénomène spécial immédiat ou tardif. En somme, et déjà une statistique faite par Warton sur 316 cas le prouve, le cerveau supporte fort bien les corps étrangers. Le processus d'enkystement a été bien étudié par M. Hayem dans sa thèse. D'accord ; et la doctrine soutenue par M. Castex est d'ailleurs absolument classique. Il ne faut pas cependant trop affirmer la guérison de ces sujets, sur la tête desquels restent constamment suspendues la méningite et l'épilepsie traumatique.

M. *Nimier*, qui a déjà communiqué à la Société de chirurgie, l'an dernier, le résultat des observations qu'il a faites au Tonkin sur les plaies de l'abdomen, M. Nimier parle aujourd'hui des *plaies de poitrine*. En bloc, sa statistique donne 35,5 pour 100 de mortalité par l'abstention après occlusion antiseptique dans les cas simples; par des interventions variées quand surgissent des complications. Dans les traumatismes, deux causes de mort. Une rapide : l'hémothorax qui tue par anémie aiguë, par asphyxie (compression du poumon), par syncope (compression du cœur). Une plus tardive : l'infection de cet épanchement et la septicémie pleurale. Il faut donc, avant tout, arrêter l'hémorrhagie. Si elle vient de la paroi, on liera soit la mammaire interne, soit l'intercostale. Mais, si le sang vient du poumon, il ne faut pas se laisser aller à en chercher l'arrêt par l'occlusion simple de la plaie : il est reconnu depuis Baudens qu'il faut laisser la plaie ouverte. On ajoute aujourd'hui la nécessité d'un pansement antiseptique exact. Si malgré cela la plèvre s'infecte, alors il faudra faire la pleurotomie, et la faire aussi vite que possible. Alors on extraira les corps étran-

gers si l'on en soupçonne la présence, cas auquel, d'ailleurs, M. Nimier en recommande la recherche primitive. M. Nimier appuie ce travail sur de nombreuses observations personnelles ou dues à ses collègues de l'armée.

Le vrai débat s'est engagé à propos de l'*intervention chirurgicale dans les plaies de l'abdomen par armes à feu*. Il a beaucoup ressemblé à celui qui s'est déroulé l'an dernier devant la Société de chirurgie. Les orateurs importants ont été à peu près les mêmes et chacun d'eux n'a guère modifié sa manière de voir. Il faut étudier à part ce qu'ont dit les chirurgiens militaires et les chirurgiens civils.

Parmi les chirurgiens militaires, M. *Chauvel* a fait une communication intéressante, où il a fait valoir avec habileté les arguments qui plaident en faveur de la laparotomie non seulement rapide, mais même exploratrice. M. Chauvel a d'abord fait voir en quoi les plaies de l'abdomen diffèrent de celles du crâne et du thorax. Au crâne, l'infection ne peut venir que du dehors, par la plaie, par le projectile (ajoutons : par des fissures de la voûte nasale, des cavités de l'oreille). Au thorax, le milieu extérieur encore est seul en cause. A l'abdomen, la question change : c'est l'infection venue du dedans qui est à craindre, lorsque sont ouverts l'estomac, l'intestin, la vésicule biliaire, la vessie. L'antisepsie externe ne saurait alors suffire. Et pourtant, à priori, il est facile de se rendre compte qu'une intervention rationnelle ne pourra qu'être utile, car ici, au rebours de ce qui se voit pour le crâne ou le thorax, il est relativement rare que le projectile, lésant l'aorte par exemple, cause une lésion absolument incompatible avec la vie. Aussi Thomassin, Melée de la Touche, Dufouarre, ont-ils depuis longtemps déjà préconisé la suture de l'intestin lésé. Allant plus loin, Baudens a conseillé la résection lorsque les perforations sont trop multipliées sur un petit espace pour que la résection soit possible. De notre temps, Legouest, Pirogoff, Otis, Billings, se sont déclarés partisans de l'intervention : ils étaient minorité il est vrai parmi les chirurgiens militaires. Depuis l'antisepsie, la question a été reprise sur de nouveaux frais et d'Amérique nous est venue la doctrine de la laparotomie exploratrice soutenue à Paris dans la thèse récente de Barnard. M. Chauvel s'y rallie, contre les abstentionnistes comme M. Tillaux ; contre ceux même qui, avec MM. Trélat, Reclus, Bouilly, Le Fort, admettent l'opération lorsque la péritonite au début rend la perforation certaine et certainement mortelle. Sans doute, M. Reclus a prouvé que le chien peut cicatriser aisément des plaies par balle de revolver ; mais il purge ses chiens à l'avance et les met à la diète. Condition sans contredit difficile à réaliser avant la bataille sur une armée en campagne. Pour prouver l'innocuité possible de ces lésions, il eût fallu, tout au rebours, percer le ventre à des chiens en pleine digestion. D'autre part M. Reclus prend les chiffres et par l'abstention trouve trois succès pour un échec : c'est trop beau pour être exact et cela prouve une fois de plus l'inanité des statistiques. Enfin, il n'y a aucune parité à établir entre les balles de revolver et les balles de fusil de guerre. En somme, dans une plaie de guerre de l'intestin, l'épanchement est à peu près fatal et la laparotomie seule y peut parer. Mais à côté de la péritonite septique, l'hémorrhagie est une cause importante de mort. La cavité abdominale est disposée de telle sorte que la blessure d'une artériole mésentérique peut causer des épanchements d'un litre, deux litres même. Bien des morts attribuées au choc sont dues en réalité à l'hémorrhagie et la ligature du vaisseau les eût prévenues. Mais, dit M. Reclus, cette laparotomie, dans l'espèce, est dangereuse : elle le deviendra moins à mesure que nous nous y habituerons davantage, et surtout que nous la ferons plus vite. Prenons les chiffres : bruts, ils donnent 29 pour 100 de guérisons. Mais toutes les opérations faites au bout de vingt-quatre heures ont donné des décès ; avant vingt-quatre heures on a 30 pour 100 de succès, et 40 pour 100 si l'on intervient dans les premières heures. Il ne faut donc pas attendre les premiers signes de péritonite et la laparotomie exploratrice s'impose.

Parfait, en principe, répondent MM. *Delorme* et *Chavasse*. Mais c'est de la chirurgie qui sera exclusivement réservée aux blessés assiégés ou assiégeants, à proximité par conséquent d'hôpitaux bien aménagés et bien fournis de personnel. Mais M. Delorme insiste — en un tableau poétique même — sur la mauvaise installation obligatoire des ambulances et leur encombrement forcé pendant la bataille. Le chirurgien doit se consacrer alors aux interventions à la fois urgentes et à peu près efficaces sans se laisser distraire, pour plus d'une heure peut-être, par une opération dont le résultat est presque par avance frappé de stérilité. Ces arguments ne laissent pas que d'avoir une certaine importance, surtout si, avec les déductions théoriques de M. Delorme, on considère que M. Nimier, après avoir été au Tonkin aux prises avec la pratique, concluait à peu près dans ce sens (malgré les objections théoriques de M. Chauvel il est vrai) devant la Société de chirurgie.

Les orateurs précédents se sont occupés des seules balles de fusil. M. *Poncet* (de Cluny) a consacré une rapide étude aux lésions produites par les gros projectiles, et spécialement aux contusions de l'abdomen. Autrefois, avec les boulets ronds, Larrey insistait sur les épanchements sanguins intra-abdominaux sans lésions intestinales. Avec les premiers obus, Legouest, Chenu, Otis ont fait voir que la fréquence des ruptures intestinales augmente. En 1870 (et M. Poncet donne plusieurs observations) on a inauguré les projectiles à grande vitesse et alors les lésions intestinales multiples sont devenues la règle. Le sujet meurt alors, en général, en un jour ou deux. M. Poncet se déclare partisan de l'intervention lorsque le diagnostic de la rupture immédiate est posé.

Les chirurgiens civils qui ont pris part à la discussion sont MM. *Reclus*, *Trélat*, *Labbé*, *Vaslin* (d'Angers) et *Verchère*.

M. *Vaslin*, après avoir lu plusieurs observations de la guerre de 1870 et avoir résumé une observation de corps étranger de la fosse iliaque qu'il a déjà narrée en 1885, a communiqué un fait heureux de laparotomie après une plaie par revolver causant des douleurs intenses et des vomissements. Il fallut réséquer un peu d'iléon et suturer le côlon. M. *Labbé*, au contraire, a eu un insuccès sur un homme de vingt-neuf ans qui, quoique appartenant à la meilleure société, avait été amené au suicide par l'association de l'alcoolisme et de la morphinomanie. Deux heures après l'accident, le blessé était dans un état de collapsus intense. Il se releva peu à peu et fut opéré au bout de quatorze heures, dès la première apparition de la péritonite. 1500 grammes de sang étaient épanchés dans le ventre, fournis par une artériole et avec eux des matières fécales sorties de la perforation affectant cinq anses de l'intestin grêle. Mort vingt heures après, malgré une toilette exacte du péritoine. Et dans ce fait les signes de péritonite étaient absolument au début; en outre il n'y avait pas en de melena. L'intervention a pourtant été trop tardive et M. Labbé pense que M. Reclus insiste trop sur la temporisation.

Nous ne ferons que signaler ici l'argumentation de M. *Reclus*. Nos lecteurs l'ont déjà trouvée *in extenso* dans nos colonnes. C'est à elle que s'est attaqué directement M. le professeur *Trélat*, après avoir énuméré les motifs qui rendent le progrès sur ces questions difficile. Les faits sont rares, tout d'abord : M. Trélat depuis un an n'a pas eu de nouveaux cas à observer. Donc, peu de relations opératoires, peu d'autopsies. M. Reclus et ses élèves Saint-Laurent et Noguès apportent vingt-cinq, cinquante succès de l'abstention; cent même s'ils y joignaient les plaies à l'arme blanche. Il y a eu, disent-ils, issue de matière par la plaie, ou hématémèse ou melæna dans ces faits d'un diagnostic évident. Fort bien, mais où est la preuve qu'il s'agit de l'intestin grêle? Or pour le côlon (dans ses parties fixes) la preuve n'est plus à faire. Pas davantage pour l'estomac où l'observation immédiate et la constatation tardive de la cicatrice ont mis hors de doute la possibilité de la guérison. Montrez-nous donc pour l'intestin grêle une pièce de ce genre. En voici, dites-vous, qui nous sont fournies par le chien. Elles prouvent, en particulier, que la hernie de la muqueuse peut rendre étanche la perforation. Mais la preuve que du chien on puisse conclure à l'homme? Bien au contraire, dans ses deux interventions M. Trélat a été frappé de la béance des plaies déchiquetées. Aussi maintient-il dans leur intégrité ses conclusions premières : intervenir dès que les premiers vestiges de péritonite assurent le diagnostic de la perforation. Ce n'est pas tout : il faut encore ouvrir le ventre dès que l'on constate des signes d'hémorrhagie interne. On serait désolé (point laissé dans l'ombre par M. Reclus) de trouver ouverte dans le péritoine une artériole qu'on aurait pu lier. Ces réserves faites, et en attendant l'indication opératoire précise, il est bon d'insister sur le traitement médical préconisé par M. Reclus, mais sans trop se fier à son efficacité.

M. *Verchère* a soutenu l'utilité de la laparotomie exploratrice parce que, sans donner issue à des matières fécales et sans causer par conséquent un début net de péritonite, les per-

forations peuvent laisser passer des gaz qui tuent le malade sans lièvre, sans péritonite, mais dans le collapsus, par septicémie péritonéale.

M. *Reynier* a communiqué une observation de plaie de l'estomac, avec guérison par l'expectation.

Communications diverses.

M. *Poncet* (de Lyon) : *De la résection de l'urèthre dans certaines formes de rétrécissements.* — M. Poncet a pratiqué neuf fois en dix-huit mois cette opération vulgarisée à Lyon par M. D. Mollière. Elle n'est à faire que lorsque l'uréthrotomie interne ou la dilatation sont impossibles. Elle n'est à mettre en parallèle qu'avec l'uréthrotomie externe que M. Poncet a pratiquée vingt et une fois, et qu'il préfère, en principe, à l'uréthrotomie interne, où l'on ne voit pas ce que l'on fait. Mais l'uréthrotomie externe ne met pas à l'abri des récidives. L'uréthrectomie est à faire quand le rétrécissement récidive sans cesse; quand il est douloureux à la dilatation, etc. La suture est très facile quand le périnée est souple. Quand il est calleux, on peut l'exciser en partie, avec Voillemier, avec Dittel. Mais ce n'est pas toujours possible. Alors, pas de suture, mais on fait reconstituer le canal sur une sonde à demeure, en essayant si l'on veut la suture du périnée. Sur ses neuf malades, M. Poncet a eu d'excellents résultats. Il a obtenu trois fois la réunion immédiate, qui a échoué deux fois, et quatre fois n'a pas été tentée. Le calibre du canal se maintient mieux que par l'uréthrotomie externe; si l'on n'a pas obtenu la réunion immédiate, le cathétérisme répété reste indispensable.

— M. *Schwartz* (de Paris) : *Du traitement des tumeurs érectiles par l'électricité.* — Ce mode de traitement est employé depuis longtemps. M. Schwartz ne rapporte son observation qu'à cause du volume considérable de la tumeur. La moitié gauche de la face, chez une jeune femme de vingt-neuf ans, n'avait plus figure humaine. Guérison par l'électrolyse après deux ans et demi de traitement.

— M. *Boudet de Paris* (de Paris), qui a assisté M. Schwartz auprès de cette malade, insiste sur la technique de l'électrolyse, et surtout sur l'application du pôle négatif.

— M. *Redard* a souvent traité les tumeurs érectiles par l'électrolyse, et a eu de très bons résultats. C'est un moyen à employer à la face.

— M. *Redard* (de Paris) fait une *communication sur la technique des corsets orthopédiques.* Il obtient des corsets remarquables par leur légèreté.

— M. *Horteloup* (de Paris) : *Suture de l'intestin pour anus contre nature.* — Après incision d'un abcès en apparence insignifiant de la paroi abdominale, on tomba dans une poche de pérityphlite stercorale. Des clapiers multiples furent peu à peu détruits et finalement il resta une fistule stercoro-purulente provenant du cæcum. Le malade cependant s'affaiblissait vite, comme s'il se fût agi d'une fistule du jéjunum. M. Horteloup, puis M. Routier, firent l'essai infructueux de suture intestinale, suivant les procédés classiques, et il restait un anus contre nature iliaque, long de 10 centimètres, avec un prolapsus considérable de la muqueuse. Alors, M. Horteloup libéra entièrement l'intestin, le sutura latéralement, fit le lavage du péritoine à l'eau bouillie; puis il réunit, avec difficulté, la paroi abdominale. Le malade guérit rapidement. M. Horteloup a administré dès le lendemain un lavement purgatif, puis il a donné des laxatifs répétés. C'est contraire à l'administration classique d'opium; en réalité il faut combattre l'atonie intestinale fréquente après les opérations abdominales. C'est l'opinion de beaucoup de gynécologistes et d'ovariotomistes. Il faut en faire autant après la suture intestinale.

— M. *Labbé* (de Paris) : *De la laryngotomie et de la trachéotomie dans les cas de corps étrangers.* — Observation d'un jeune enfant ayant avalé une de ces étoiles métalliques qui servent à décorer les vêtements des polichinelles. Le corps étranger se fixa entre les lèvres de la glotte; quelques heures après, accès d'étouffement, qui fut pris pour de la laryngite striduleuse. L'enfant fut amené à l'hôpital au sixième jour seulement, et l'examen laryngoscopique montra le corps étranger qu'on ne put cependant extraire par les voies naturelles. Le lendemain, la thyrotomie fut pratiquée, et, contrairement à l'opinion de Mackenzie, sans trachéotomie préalable; il fallut la faire au cours de l'opération, à cause d'une suffocation grave due à la pénétration du sang dans la trachée, et il fallut quarante-cinq minutes de respiration artificielle. Suture; réunion immédiate; ablation de la canule au huitième jour; guérison au douzième jour; voix normale. Donc, M. Labbé croit qu'il a commis une faute, malgré le succès final, en voulant éviter la trachéotomie préalable.

— M. *de Backer* (de Roubaix) : *De l'antisepsie et de l'asepsie au moment de l'opération.* — Comme MM. Arloing et Tripier (de Lyon), M. de Backer a vu que les matériaux de pansements phéniqués perdent vite leur asepsie; les matériaux au sublimé, au sulfate de cuivre, la perdent moins vite, mais en somme ils finissent par la perdre. Aussi M. de Backer a-t-il inventé un stérilisateur portatif, en forme de valise, où l'on met les instruments et objets de pansement avant l'opération. Le principe en est le chauffage par la paraffine, qui est solide à la température ordinaire et est donc facilement transportable; qui d'autre part ne se volatilise qu'à 300 degrés. Le foyer est une simple lampe à alcool.

— M. *Lucas-Championnière* trouve le principe très contestable. La stérilisation à outrance est très compliquée, donc souvent peu pratique. Par l'immersion dans l'acide phénique, on a des stérilisations parfaitement suffisantes. Cela une fois posé, toutes ces boites à surchauffer, celle de M. Backer comme l'autoclave de Redard, sont, il est vrai, des perfectionnements, mais aussi des complications. D'autre part une lame chauffée à 110 degrés coupe mal.

— M. *Cerné* (de Rouen): *Du diabète phosphatique. Son influence dans la production de lésions chirurgicales analogues à celles du diabète sucré, mais d'un pronostic moins grave.* — Déjà, M. Cerné a publié l'observation d'un malade phosphaturique, qui présentait des plaques de gangrène multiples. Depuis lors, il a vu quelques cas analogues. C'est d'abord un vieillard atteint de mal perforant qui, sans cause connue, eut de la gangrène du pied; amputation; gangrène des lambeaux. On peut invoquer, chez le vieillard, la sclérose artérielle. Mais deux autres observations concernent des enfants. Dans l'une, il y eut une gangrène partielle des lambeaux après une résection du genou. Dans l'autre, une gouttière plâtrée causa très rapidement une eschare au talon. Malheureusement, la thérapeutique interne modifie encore assez mal la phosphaturie. Cet état est surtout fréquent chez les enfants et au cours des lésions osseuses.

— M. *Verneuil* a en ce moment dans son service un homme atteint d'un volumineux anthrax de la nuque. Le malade était au début glycosurique. Aujourd'hui, guéri de son anthrax, il est polyurique et phosphaturique. Cela prouve, comme l'a dit Teissier (de Lyon), les parentés de la glycosurie et de la phosphaturie.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de la chorée par le repos cérébral, par M. Cormig. — La première indication dans un cas de chorée infantile est de modifier l'état d'éréthisme cérébral qui accompagne toujours cette affection. On doit suspendre la fréquentation de l'école, et augmenter autant que possible la durée du sommeil. L'usage des bromures répond très opportunément à cette indication.

Il faut ensuite restaurer les fonctions gastriques qui, en général, sont troublées par l'abus des médicaments les plus divers. Le régime satisfait à cette seconde indication.

On doit ensuite veiller à l'éloignement de toutes les causes d'excitation psychique et de toutes les irritations périphériques: lumière vive ou bruit violent. M. Cormig recommande même le séjour dans une chambre peu éclairée pendant dix ou quinze jours.

Il complète ces cures de repos par l'emploi de l'hydrothérapie

et l'administration de l'arsenic dès que la tolérance stomacale permet de le prescrire. Graduellement il a pu en élever les doses et les porter jusqu'à dix-huit gouttes de liqueur de Fowler répétées trois fois par jour. Enfin il prescrit l'électrothérapie et en particulier l'électrisation de la tête : l'électrode positive étant placée dans un récipient plein d'eau qui couvre le vertex et l'électrode négative étant appliquée sur le cou. En dernier lieu, prescription qui à coup sûr ne manque pas d'originalité, il pratique au moyen d'un appareil, la compression mécanique de la carotide. (*N. Y. med. Record*, 7 janvier 1888.)

De l'action physiologique de l'essence de térébenthine, par M. A. Hare. — Dans ses expériences cet observateur se proposait surtout de déterminer l'action de cette substance sur sur le cœur, les vaisseaux et la moelle des animaux à sang froid et à sang chaud. Il a constaté qu'à doses médicinales, elle augmente l'énergie des battements du cœur, agissant ainsi à la manière d'un tonique de cet organe, mais qu'à doses exagérées elle les ralentit. Enfin quand on l'introduit à doses toxiques dans la veine jugulaire, la mort survient par arrêt du cœur. Il a observé aussi des modifications variables de l'activité réflexe. Les faibles doses l'augmentent, mais les doses élevées la diminuent et ces phéomènes sont dus à une action directe stimulatrice ou dépressive des centres nerveux.

On le voit, ces résultats expérimentaux ne concordent pas avec les phénomènes de vaso-constriction qu'on attribuait à cette substance. Ils diffèrent de ceux signalés par Kobert et par Hoppe qui avaient noté une augmentation puis un abaissement de la pression sanguine; phénomènes qu'ils regardaient comme une preuve des vertus vaso-motrices de l'essence de térébenthine. Au demeurant, les travaux de M. A. Hare tendent à prouver que cette substance agit plus spécialement sur le système nerveux médullaire. (*Med. News*, 19 nov. 1887.)

Emploi thérapeutique du phénate de camphre, par M. Cochrane. — Ce corps est obtenu par la dissolution du camphre dans l'acide phénique dans le rapport en poids de 1 à 3. Le produit ainsi préparé est un liquide oléagineux et odorant qui, appliqué sur la peau, provoque la sensation du froid, et sur la surface d'une plaie vive, une cuisson passagère.

En le mélangeant avec parties égales d'un véhicule huileux, M. Cochrane en a fait usage pour diminuer la douleur des furoncles, les démangeaisons de l'herpès et le prurit vulvaire. Dans ces cas il obtenait des effets analgésiques.

Injecté sous la peau, ce médicament produit d'abord une sensation de cuisson, puis l'anesthésie locale, de sorte qu'on pourrait utiliser son emploi pour des opérations de petits chirurgie.

Enfin, M. Cochrane l'a prescrit à l'intérieur sous la forme de capsules à la dose de cinq à dix gouttes. Peu de temps après l'ingestion de ces dernières, le malade accuse une sensation d'ardeur stomacale. L'auteur ne fait pas connaître les indications de son emploi. (*Therap. Gaz.*, décembre 1887.)

BIBLIOGRAPHIE

L'intelligence des animaux, par G.J. Romanes, traduction française, précédée d'une préface, par M. Edm. Perrier. 2 vol. in-8° (*Bibliothèque scientifique internationale*). Alcan, 1887.

M. Romanes est en Angleterre l'héritier scientifique de Darwin et, en quelque sorte, son exécuteur testamentaire. Il a pris à tâche de compléter l'œuvre du maître sur un domaine restreint, mais très important, en appliquant aux fonctions mentales la théorie darwinienne des organismes. Il était guidé dans cette œuvre et par des aperçus disséminés dans les ouvrages de Darwin et par une esquisse sur l'instinct des animaux que le grand naturaliste avait laissée inédite; cette esquisse a été pieusement publiée par M. Romanes à la suite de son ouvrage sur l'*Evolution mentale chez les animaux*, dont la traduction par M. H. de Varigny a paru chez Reinwald en 1884, ouvrage consacré à l'exposition de la doctrine de l'auteur et qui ne contient que les faits strictement indispensables pour la faire comprendre et l'appuyer. Mais cet ouvrage avait été précédé en Angleterre par celui dont la traduction vient de paraître, un peu en retard, dans la *Bibliothèque scientifique internationale;* ce dernier, l'*Intelligence des animaux*, est un vaste recueil de faits méthodiquement classés; il est le complément nécessaire ou plutôt l'introduction indispensable du précédent; les théories n'y occupent qu'une place accessoire, soit dans le cours des deux volumes, soit dans la courte, mais substantielle *Introduction* qui figure en tête du premier. L'œuvre de Romanes sera bientôt complétée par un troisième ouvrage sur l'*Evolution mentale chez l'homme;* dès à présent elle constitue le travail le plus considérable de psychologie comparée qui ait paru en Europe jusqu'à ce jour.

La scrupuleuse et prudente exactitude, la méthode sévère de Darwin se retrouvent dans les ouvrages de son disciple. Dans les deux volumes que nous annonçons, les différents témoignages sont contrôlés les uns par les autres, et l'auteur évite avec soin les interprétations trop ingénieuses ou trop anthropomorphiques auxquelles les amis des bêtes se laissent facilement entraîner; l'ouvrage est ainsi à la fois très attrayant et très sérieux. Il commence aux plus bas degrés de la série animale avec les protozoaires monocellulaires, et tout le premier volume est consacré aux invertébrés, parmi lesquels la place d'honneur appartient, comme de juste, aux insectes, et, parmi eux, aux fourmis. Peut-être le premier rang devrait-il être attribué aux termites, qui semblent dépasser même les fourmis sous le rapport de l'organisation sociale et, par conséquent, de l'intelligence; mais ces merveilleux ouvriers sont mal connus; non seulement ils sont aveugles, mais ils fuient la lumière avec un art si consommé que leur observation est par là même rendue très malaisée. Les abeilles et les araignées sont beaucoup moins intelligentes que les termites et les fourmis; mais leurs instincts si remarquables, auxquels l'intelligence a peut-être présidé à l'origine, soulèvent les problèmes les plus délicats et les rendent dignes au premier titre de l'attention du naturaliste psychologue; M. Romanes leur a consacré des chapitres pleins de faits et d'idées qui sont parmi les plus attachants de son livre. Les faits relatifs à la psychologie des vertébrés remplissent le second volume; nous signalerons surtout, comme remarquables par l'abondance et la nouveauté des documents, les chapitres sur l'éléphant et sur le singe.

La part faite aux théories dans ces deux volumes est restreinte; l'auteur est pourtant guidé sans cesse par une idée directrice; partisan résolu de la théorie darwinienne des modifications adventices fixées par l'hérédité dans la mesure où elles sont utiles à l'individu et à l'espèce, il se demande si cette théorie est applicable aux différents instincts qu'il décrit successivement, et souvent il répond par l'affirmative; d'autres fois il reconnaît que l'explication darwinienne s'applique difficilement. L'action réflexe compliquée et consciente, mais consciente seulement à mesure qu'elle se produit, sans représentation préalable du but à atteindre et des mouvements ou sensations qui en sont les moyens, voilà l'instinct (p. 15); si toutes les manifestations mentales que présentent les animaux rentraient dans cette définition, la théorie darwinienne serait la clef de la psychologie animale; mais, à côté de l'instinct proprement dit ou *primaire*, qui n'est qu'une impulsion aveugle, il faut

reconnaître chez presque tous les animaux des actes vraiment intelligents, combinés avec prévoyance, qui se mêlent aux actes instinctifs, les modifient, les perfectionnent, et qui deviennent souvent le point de départ d'une nouvelle variété, plus parfaite, d'actes instinctifs, savoir de ceux qui, primitivement intelligents, mais devenus habituels, sont ensuite fixés dans l'espèce par l'hérédité ; ces instincts *secondaires* étouffent, chez certaines espèces, comme l'abeille, l'intelligence individuelle ; chez d'autres, fourmis, éléphants, singes, ils la laissent intacte, et, si l'on veut s'expliquer l'absence de tout progrès chez ces dernières, il faut en chercher la cause ailleurs que dans l'absence d'une intelligence individuelle et créatrice. Ces instincts secondaires, les seuls admis par Lewes, M. Romanes leur fait une large part, bien que peut-être insuffisante encore, dans sa théorie ; c'est reconnaître que l'application de l'hypothèse darwinienne a des limites et que d'autres hypothèses sont nécessaires pour compléter la psychologie des animaux. Il est d'ailleurs reconnu depuis longtemps que la doctrine de l'évolution, dans toutes ses branches, a besoin, pour s'appliquer aux innombrables phénomènes de la nature vivante, de ne pas rester emprisonnée dans les formules darwiniennes, mais, au contraire, de s'assouplir et d'admettre les modes d'évolution progressive ou régressive les plus variés ; c'est ce qui ressort en particulier du beau livre de M. Mathias-Duval sur *le Darwinisme* (A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1886).

L'ouvrage de Romanes est précédé dans l'édition française d'une préface très remarquable de M. Edm. Perrier, professeur au Muséum d'histoire naturelle ; cette préface fera époque, si nous ne nous trompons, dans la psychologie animale ; M. Perrier reprend la question à ses origines, et il nous apprend, entre autres choses, que l'emploi du mot *instinct* pour désigner les mœurs traditionnelles et immuables des animaux est dû à Cuvier, qui réagissait, en l'adoptant, contre le mécanisme cartésien de Buffon ; rattachant ensuite ses vues personnelles à des pages très pénétrantes de M. H. Milne-Edwards, il aboutit à une théorie de l'instinct animal, de l'intelligence animale et de leurs rapports mutuels, qui dissipe la plupart des obscurités de ce grand problème ; enfin, il s'attaque aux lacunes que Darwin et son disciple avaient laissé subsister dans leur théorie explicative des mœurs des insectes ; certains problèmes leur avaient paru, provisoirement au moins, insolubles ; M. Perrier les éclaire par une méthode qui lui est propre, en montrant, par exemple, que les instincts si prodigieusement précis de certains hyménoptères solitaires sont comme au sommet d'une série dont les instincts des espèces analogues forment les échelons ascendants ; cette série peut être considérée comme l'équivalent des différents degrés que l'instinct a dû parcourir dans la suite des temps pour arriver à son état actuel.

Il est regrettable que les traductions de la *Bibliothèque scientifique internationale* soient anonymes et, par suite, irresponsables. Dans *l'Intelligence des animaux*, nous avons relevé plusieurs passages obscurs (t. I. p. 54, 63, 145 ; t. II. p. 42, etc.), où nous avons peine à croire que le texte anglais n'offre pas un sens plus satisfaisant. Le contraire serait plus naturel ; car les ouvrages scientifiques anglais sont, en général, rédigés avec une grande insouciance de la forme, et les traductions françaises sont aisément plus claires et plus élégantes que le texte original ; c'est un compliment qu'elles ont obtenu plus d'une fois, et l'ambition des traducteurs devrait s'attacher à le mériter toujours.

V. E.

VARIÉTÉS

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu les 8 et 9 avril prochain dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

MM. les membres du Conseil général de l'Association et de la Commission administrative de la Société centrale ont l'honneur d'inviter MM. les présidents et délégués des Sociétés locales au banquet qui aura lieu le dimanche 8 avril, à sept heures précises, dans les salons de l'hôtel Continental, rue Castiglione.

MM. les présidents et délégués de Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique le dimanche 8 et le lundi 9 avril à une heure.

Ordre du jour de la séance du dimanche 8 *avril* 1888. — La séance est ouverte à deux heures et demie.

1° Allocution du président ; 2° exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ; 3° rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Richelot, membre du Conseil général ; 4° compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1887, par M. Riant, membre du Conseil général ; 5° première partie du rapport de M. Vidal, sur les pensions viagères à accorder en 1888.

A sept heures précises, le banquet (hôtel Continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 9 *avril* 1888. — La séance sera ouverte à deux heures et demie.

1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale ; 2° approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale ; 3° deuxième partie du rapport de M. Vidal sur les pensions viagères à accorder en 1888. Discussion et vote des propositions ; 4° élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1889 ; 5° élection du secrétaire général de l'Association, en remplacement de M. Foville, décédé ; 6° renouvellement partiel du Conseil général : membres du Conseil à renouveler : MM. Riant, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Laennec, Bourienne, arrivés au terme de leur exercice (les membres du Conseil sont rééligibles) ; 7° rapport fait au nom du Conseil général par M. Horteloup sur la fixation de l'assemblée générale en 1889 ; 8° rapport de M. de Ranse sur le vœu émis par la Société de la Loire et Haute-Loire en 1887 ; 9° propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale pour être l'objet de rapports en 1889.

Conseil général des Facultés de Paris. — Le Conseil général des Facultés de Paris a tenu hier sa séance mensuelle sous la présidence de M. Gréard, de l'Académie française.

Il a autorisé, pour le second semestre de l'année 1887-1888, l'ouverture, à la Faculté de médecine, des cours libres suivants : M. le docteur Queyrot (appareil circulatoire) ; M. le docteur Legendre (maladies du tube digestif chez les enfants) ; M. le docteur Duchâtelet (opérations sur l'appareil génito-urinaire).

Concours de médecine militaire. — Le prix annuel de médecine d'armée vient d'être décerné à M. Coustan, médecin-major de 1re classe au 122e régiment d'infanterie, pour son mémoire intitulé : *Etude statistique, étiologique, clinique des diverses formes de la tuberculose chez le soldat.*

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. Hippolyte Blot, membre de l'Académie de médecine et directeur du service de la vaccine, agrégé de la Faculté de Paris. M. Blot a succombé à une maladie du cœur, compliquée dans ces derniers temps d'une affection du larynx, contre laquelle il luttait avec une grande énergie. Elevé à l'école de Paul Dubois, il s'adonna de bonne heure à l'étude de l'art des accouchements ; on lui doit d'importants travaux sur l'obstétrique, l'albuminurie des femmes enceintes, etc. A l'Académie, il s'était fait remarquer par un grand nombre de mémoires et de rapports sur la vaccine.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

13918. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE — N° 13 — 30 MARS 1888

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 28 mars 1888.

Académie de médecine : **Prophylaxie de la syphilis.**

Après avoir adopté, avec un petit nombre de changements apportés à leur rédaction première, les articles 11 à 24 du projet de loi sur la prophylaxie de la syphilis, l'Académie s'est trouvée arrêtée par le paragraphe IV, qui résume les prescriptions relatives à l'armée. La question est en effet très difficile à juger. Les règlements en usage ont prévu une partie des *desiderata* auxquels les conclusions du rapport de M. Fournier ont pour but de remédier, et quelques-unes de ces conclusions ont pu paraître inopportunes. C'est ce qu'a fait remarquer M. Legouest, qui demandait la suppression pure et simple du paragraphe. Mais, comme l'a justement objecté M. L. Colin, pour être complet, un projet de réglementation de la syphilis ne peut faire abstraction de toute une catégorie d'hommes qui se présentent dans des conditions particulières pour contracter cette affection. Les instructions que le vote de l'Académie fera connaître à tous ceux qui ont pour tâche de veiller à la prophylaxie de la syphilis, peuvent donc, sans inconvénients aucuns, viser les règlements actuellement en usage dans l'armée. Ce sera même leur donner plus de force et appeler sur leur plus rigoureuse observation l'attention des médecins militaires. Nous pensons dès lors que la nouvelle rédaction proposée par M. Larrey donnera satisfaction à tous les intérêts et sera très probablement acceptée par l'Académie.

— Au début de la séance, deux associés étrangers, MM. Prescot et Hewet (de Londres) et Longmore (de Netley), avaient été élus, et MM. Galezowski et Magitot avaient fait deux intéressantes communications, dont on trouvera plus loin l'analyse (p. 200).

CLINIQUE MÉDICALE

La varicelle.

La nature de la varicelle est encore en discussion, et certains pathologistes la considèrent comme une éruption varioleuse; tandis que pour d'autres, pour le plus grand nombre, elle en est complètement distincte. Ce dissentiment règne en Allemagne et en Angleterre comme en France. Il est donc intéressant de recueillir, quand ils se présentent, les faits susceptibles d'éclairer la question et de lever les doutes qui peuvent encore exister. Le hasard seul peut réunir dans des conditions spéciales des observations propres à fixer la science sur ce point. Nous croyons avoir recueilli dernièrement quelques cas dont le rapprochement est instructif. Pour notre part, ils nous paraissent démontrer qu'il n'y a aucune identité de nature entre la varicelle et les diverses variétés de la variole.

Nos observations portent particulièrement sur trois malades. Nous y avons joint un quatrième fait dont nous avons eu en même temps connaissance, mais qui ne nous paraît pas avoir la même valeur au point de vue de la question soulevée.

Famille D... — 1° L'enfant, Étienne D..., huit ans, vacciné par moi avec succès dans sa première enfance, porte aux deux bras de belles cicatrices. Il est pris de fièvre le 13 janvier et, le lendemain matin, une éruption de boutons se montre sur le cou et la poitrine particulièrement; plus rare sur les autres parties du corps, l'éruption se complète dans la journée. Les boutons deviennent vésiculeux et offrent toutes les apparences de la varicelle. La fièvre tombe le soir. Dès le 15 janvier, les boutons commencent à se dessécher. Quelques-uns contiennent encore de la sérosité opalescente. Aucun ne suppure. La dessiccation continue les jours suivants. Elle était complète le 20 janvier. Aucun accident ne s'est manifesté.

2° L'enfant Charles D..., six ans, frère du précédent, vacciné avec succès, a été éloigné de la chambre du malade, mais couchait à l'autre extrémité de l'appartement. Il a été revacciné le 15 janvier avec du vaccin de génisse par quatre piqûres. Fausse vaccine manifestée au quatrième jour par trois boutons,

dont un seul a suppuré, sans présenter les caractères de la pustule légitime.

Dans la nuit du 25 au 26 janvier, alors que son frère était complètement guéri, il est pris de fièvre. Les boutons commencent à se montrer dans la soirée du 26. Le 27, l'éruption est très abondante, beaucoup plus que chez son frère, bien qu'il ait été revacciné dix jours auparavant. La fièvre revient à plusieurs reprises. Les boutons sont volumineux. Vésicules; plusieurs contiennent de la sérosité trouble. L'enfant est obligé de garder le lit pendant huit jours. La fièvre tombe complètement. Les boutons se dessèchent et l'enfant se remet rapidement.

3° L'enfant Édouard, quatre mois, troisième frère. Il n'était pas vacciné lors de la déclaration de la varicelle chez son frère aîné (13 janvier). Le 14 janvier, je le vaccine sur la génisse en même temps que son second frère et une femme de chambre. La vaccination a réussi. Trois beaux boutons de vaccine légitime se sont développés. La croûte noire consécutive n'était pas complètement détachée le 8 février, lorsque l'enfant est à son tour pris de varicelle. L'éruption était parfaitement caractérisée, plus abondante que chez le frère aîné, moins que chez le cadet. L'enfant était guéri le 16 février.

La domestique, à la suite de la revaccination, a présenté trois boutons. L'un d'eux, volumineux, s'est couvert de vésicules périphériques. Ils étaient desséchés au dixième jour.

J'ai eu l'occasion, à quelques jours de là, d'observer un autre cas de varicelle chez un jeune homme de vingt-deux ans, vacciné avec succès dans son enfance et revacciné trois fois sans succès. Les deux dernières revaccinations ont eu lieu en octobre et novembre 1887; ce jeune homme a été pris de fièvre le 17 février 1888.

Le 18, les mains étaient gonflées et rouges. Deux ou trois boutons se montraient sur l'avant-bras droit.

Le 19, l'éruption est complète. Les vésicules sont disséminées sur la poitrine et les membres. Il y en a trois sur la face. L'éruption est assez abondante dans la gorge et occasionne une légère dysphagie. La fièvre est tombée aussitôt. Les jours suivants, le plus grand nombre des vésicules sont flétries. Quelques-unes, plus volumineuses, opalescentes, persistent jusqu'au 25.

Résumons en quelques mots les trois premières observations recueillies dans la même famille, dans le même appartement.

Un premier enfant de huit ans est pris de varicelle. Il a été vacciné avec succès dans les premiers mois. La maladie s'accompagne d'une fièvre assez vive pendant trente heures. Au bout de ce temps, la dessiccation a lieu et l'enfant se rétablit rapidement. Tout était terminé le huitième jour.

Ce malade avait deux frères, l'un âgé de six ans et le second de quatre mois. Le premier avait été vacciné avec succès dans les premiers mois de sa vie. Le plus jeune n'avait pas encore été vacciné. Deux jours après le début de la maladie du frère aîné, les deux autres sont vaccinés avec du vaccin pris sur la génisse. Le premier prend de la fausse vaccine et le second a trois beaux boutons de vaccine légitime.

Douze jours après le début de la maladie chez le frère aîné, dix jours après la vaccination. le second est pris de fièvre et chez lui la varicelle se développe avec plus d'intensité que chez son frère aîné.

Le dernier enfant chez lequel la vaccine s'était bien développée et était en dessiccation est pris à son tour, vingt-cinq jours après son frère aîné, treize jours après le cadet. L'éruption est particulièrement forte chez lui, mais d'une bénignité complète.

Il nous semble difficile de rencontrer une réunion de faits qui démontrent plus clairement et la contagiosité de la varicelle, ce qui d'ailleurs n'est pas en cause, et l'indépendance absolue de la varicelle à l'endroit de la vaccine. Le fait de l'enfant de quatre mois, vacciné avec un succès complet et prenant la varicelle vingt-quatre jours après la vaccination, alors que les croûtes n'étaient pas encore tombées, ne s'expliquerait vraiment pas si l'on admettait que la varicelle n'est qu'une éruption affaiblie de nature variolique.

Nous savons d'ailleurs que la contre-épreuve en quelque sorte a été faite par Delpech, qui a pu vacciner avec succès des enfants atteints de varicelle et a vu chez d'autres les deux éruptions se succéder et marcher parallèlement.

Blachez.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Congrès de chirurgie : **Traitement des kystes sous-diaphragmatiques du foie.**

Aller à la recherche du foie devient monnaie courante dans la chirurgie moderne. Plusieurs communications en ont donné la preuve au Congrès de chirurgie. Les principales, dues à MM. P. Segond, Maunoury, Pozzi, concernent le traitement des kystes hydatiques du foie.

Nous n'avons pas à revenir ici sur les indications générales du traitement à diriger contre les kystes hydatiques du foie. M. Reclus les a exposées ici, il y a quelques années, avec sa lucidité habituelle. Pour beaucoup de chirurgiens, la doctrine se résume de la manière suivante : Quand on est consulté par un malade atteint d'un kyste hydatique du foie, il faut commencer par une ponction aspiratrice : cela assure le diagnostic et, en outre, cela peut amener la guérison. Mais, si le liquide se reproduit, malgré la plupart des médecins, il faut, loin de renouveler la ponction, avoir recours sans plus de délai à l'incision large du kyste dont on suture la poche aux lèvres de la plaie abdominale; qu'on extirpe même parfois.

C'est ce que M. Segond a mis en œuvre six fois, avec ou sans excision, partielle ou totale, de la paroi. A cela on objecte la guérison possible par ponctions successives. On ne saurait en nier la réalité. Mais il reste acquis que, si cette méthode a sauvé quelques vies elle a causé plus de décès encore : ce n'est certes pas sa faute si une femme, opérée *in extremis* par M. Segond, a fini par survivre.

Tels sont les principes. Les procédés varieront nécessairement un peu suivant le siège de la collection parasitaire. A ce point de vue, il faut diviser les kystes du foie en deux grandes variétés : antérieurs et postérieurs. Chacune de ces variétés à son tour, selon le sens dans lequel se porte la poche, se subdivisera en supérieurs et inférieurs.

Les kystes antéro-inférieurs sont ceux de la face inférieure et du bord tranchant. Ils proéminent dans l'abdomen, à la façon des kystes de l'ovaire, avec lesquels ils ont souvent été confondus. Comme eux, d'ailleurs, ils relèvent de la laparotomie sur la ligne médiane : une poche à petit pédicule sera entièrement enlevée; si la base d'implantation est plus large, on se bornera à l'excision partielle et à la suture de la poche avec les lèvres de la plaie abdominale.

Ici surgit une légère difficulté d'interprétation. Où est la limite entre les cas justiciables de l'ablation totale et ceux où l'excision seule est de mise? Pendant un instant, les membres du Congrès ont cru à un désaccord entre MM. Segond

et Pozzi. M. Segond, en effet, pense que le tissu hépatique, saignant et friable, n'aime pas les sutures : pour peu qu'une lame de foie recouvre un kyste largement implanté, il repousse l'ablation totale. Or M. Pozzi avait annoncé une observation de guérison par extirpation complète et suture du foie.

L'inquiétude, il est vrai, a été vite calmée, car M. Pozzi a vite déclaré qu'il se ralliait sans réserves à l'autre manière de faire. Il prétendait seulement démontrer que, l'excision avec suture à la peau n'étant pas toujours praticable, l'extirpation pouvait être entreprise et qu'elle fournissait une précieuse ressource dans certains cas déterminés. S'il en a agi ainsi dans le cas en litige, c'est que la poche était trop mince pour être soumise, avec sécurité, à la traction des sutures.

L'accord n'est pas moindre pour les kystes antéro-supérieurs. Ceux-là sont intra-hépatiques et on les atteint, comme l'ont dit Lindemann et Landau, par une incision parallèle aux fausses côtes. Ils ont fourni à M. Segond deux succès et une mort, où l'acte chirurgical ne semble pas coupable.

Les kystes postérieurs, avons-nous dit, sont de deux espèces : les uns pointent en bas, et les autres en haut. Des postéro-inférieurs, nous parlerons peu : Villaret (de Berlin) recommande de les aller chercher par une incision lombaire. C'est au moins rationnel, déclare M. Segond, qui n'a pas eu l'occasion de mettre le conseil en pratique.

Arrivons donc aux kystes postéro-supérieurs, c'est-à-dire sous-diaphragmatiques, et se développant vers la cavité thoracique, sans aucune tendance à envahir l'abdomen.

Bien des questions seraient à soulever ici si nous voulions faire de ces collections une étude complète. Leur connaissance clinique est, en effet, souvent bien imparfaite ; et les erreurs de diagnostic fourmillent, avec la pleurésie purulente surtout. Mais supposons le diagnostic posé avec exactitude. L'indication d'agir étant admise, par quels chemins faut-il passer? Deux voies sont en présence : voie abdominale et voie pleurale.

La voie abdominale paraît bien détournée pour arriver jusqu'à cette cavité qui habite dans la région moyenne (et même supérieure) de la cage thoracique. Landau, cependant, s'en déclare partisan. Incisez en avant, dit-il, parallèlement aux fausses côtes. Par là, saisissez le foie, abaissez-le, faites-le basculer : suturez-le, alors, et l'incisez. Le foie est peut-être assez bon prince pour subir sans trop de réaction tous ces déplacements, tractions, manipulations. A priori, cependant, il n'est pas défendu d'avoir quelques craintes. Or la facilité et l'innocuité de la voie pleurale sont telles que M. Segond n'a nullement envie de s'assurer sur le vivant si ces craintes sont fondées ou chimériques.

Sans doute, les observations déjà connues, où le chirurgien a traversé la plèvre et le diaphragme pour se rendre au foie, ne sont pas nombreuses. Quatre faits, dus à Israël, à Genzmer, à Bulau, à Owen, constituent à cet égard tout le bilan de la chirurgie. Et encore sont-ils peu explicites. En outre, Israël et Genzmer n'ont pas opéré en un temps, mais bien après avoir provoqué des adhérences, par la méthode de Récamier ou de Volkmann.

Le plan opératoire est, en somme, très simple : il s'agit d'inciser la peau parallèlement à un espace intercostal ; de réséquer plus ou moins d'une ou de deux côtes pour se faire du jour ; d'ouvrir le cul-de-sac pleural, puis de fendre à nouveau la plèvre diaphragmatique pour parvenir enfin jusqu'au foie, à travers le diaphragme.

Une objection surgit immédiatement : tout cela ira fort bien si les feuillets du cul-de-sac pleural sont adhérents. Mais, sans cela, il sera bien difficile d'éviter que l'air — et qui pis est le liquide hydatique, le pus, la bile — ne pénètre dans la plèvre. Or, au cours de trois opérations sur quatre, M. Segond et M. Maunoury n'ont pas eu l'heureuse chance de trouver le cul-de-sac ainsi oblitéré.

M. Segond a cru s'en être tiré en faisant appuyer par un aide sur les deux côtes voisines tant que la poche n'a pas été suturée à la peau. M. Maunoury se disposait à suturer la plèvre diaphragmatique incisée à la plèvre costale, pour créer ainsi aux liquides nocifs un tunnel extra-pleural : à sa grande surprise l'air ne pénétra même pas. Il ne tarda pas à se convaincre que toute précaution est inutile : pour les abcès, Thornton a montré qu'en pareille circonstance le foie distend le diaphragme, refoule le poumon et applique les deux feuillets pleuraux l'un contre l'autre. Une fois, M. Maunoury a rencontré ces adhérences tant désirées : en opérant il les a rompues et le pus infect de la poche hépatique a causé une pleurésie mortelle. C'était, il est vrai, il y a dix ans, et cette opération délicate était mal réglée. Il y a huit mois, au contraire, il a enregistré un succès complet.

La conclusion est donc que l'on doit opérer en une séance : conclusion importante pour des malades qui, trop souvent, en sont à peu près à l'article de la mort quand on se décide à appeler le chirurgien. La première observation de M. Segond montre bien en quel état les ponctions successives peuvent mettre les malades. Le diagnostic avait été porté, dès 1880, chez cette femme, alors âgée de vingt-un ans. Après une ponction, le liquide devint purulent, puis la poche s'ouvrit dans les bronches, et hectique, amaigrie, crachant du pus et de la bile au point qu'elle avait dû s'ingénier à transformer en crachoir un petit sac portatif, la malade fut vue par M. Bouchard, qui l'envoya à M. Segond. Elle n'en avait plus pour longtemps à vivre quand elle fut opérée. Après une chloroformisation assez délicate, la peau fut incisée, en ligne axillaire, sur la neuvième côte, dont 9 centimètres furent réséqués. Le cul-de-sac pleural fut alors traversé, puis le diaphragme, puis la poche kystique : il en sortit du liquide clair comme de l'eau de roche. Où donc était le pus? D'abord décontenancé, M. Segond explora avec soin la poche qu'il avait sous les yeux et finit par découvrir, au plafond, une petite tache blanche. Après une ponction inutile, le trocart fut à nouveau enfoncé et donna issue au liquide tant cherché. L'incision donna beaucoup de sang : pour arrêter l'hémorrhagie, il fallut faire un tamponnement après avoir réséqué 9 centimètres de la neuvième côte. Aujourd'hui, six mois après l'intervention, la malade porte encore une petite fistule. Mais, grasse, elle ne tousse plus, et jamais ne crache de pus : or la poche suppurée contenait une telle quantité de bile concrétée, de vésicules, de magma caséeux, et telles étaient ses dimensions, qu'elle avait été évacuée à l'aide d'une cuiller à pot.

Ce succès prouve donc qu'il ne faut pas désespérer trop tôt. Mais un échec n'eût certes pas été imputable au procédé. Il ne faut pas reculer ainsi devant l'acte sanglant. Tout a été bien plus simple chez l'autre patiente, — une femme de trente-neuf ans, — que M. Segond a opérée aussitôt après l'inefficacité de la première ponction.

Les observations que nous venons de passer en revue ne suffisent pas à démontrer que la voie pleurale est toujours la meilleure pour ouvrir les kystes sous-diaphragmatiques n'ayant pas abaissé le foie. Mais elles prouvent, sans con-

tredit, que l'on peut pratiquer ainsi une opération facile, bénigne et efficace.

A. B.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur le vin de gentiane.

Le Codex ordonne de préparer le vin de gentiane par macération de cette racine dans du vin *rouge*.

Il a même la précaution d'avertir le pharmacien que ce vin médicinal se décolore à la longue, et qu'il ne faut pas en faire de grandes provisions.

Ce n'est pas là le seul inconvénient du vin rouge. Il en a un autre beaucoup plus désagréable, c'est que souvent le produit manque de limpidité.

Le vin blanc est, dans ce cas, plus utile à employer que le vin rouge. Il fournit un produit bien supérieur, mais il coûte plus cher que le vin rouge, et c'est pourquoi la Commission du Codex ne l'a pas accepté.

Comme le vin de gentiane est le vin le plus employé dans les dispensaires, cette raison n'est pas à dédaigner. D'ailleurs le liquide, quoique louche, n'en possède pas moins les qualités du vin de gentiane que le médecin tient à prescrire.

Voici le résultat de mes observations à ce sujet :

Quand on emploie un vin rouge de Bordeaux vieux et que la gentiane est en fragments de la grosseur d'une noisette, on obtient un vin très clair.

Quand on fait la macération avec un vin nouveau (et c'est le cas le plus fréquent), le vin est louche.

Il devient même tout à fait trouble si la gentiane a été concassée, et si le vin a beaucoup de verdeur.

Un grand nombre de mes confrères ont dû être, comme moi, ennuyés par cette clarification impossible.

Je leur apporte aujourd'hui un procédé bien simple pour arriver à la limpidité de leur produit.

On n'a qu'à mêler à un litre de vin de gentiane trouble 1 gramme de carbonate de magnésie, et à filtrer.

Le liquide passe clair et conserve longtemps sa limpidité.

Je me suis assuré que l'état du vin n'était pas changé. En effet, le carbonate de magnésie n'a pas le temps d'être décomposé par les acides du vin, ou bien il l'est en quantité négligeable, et l'on sait que le gentisin ou acide gentianique qui, avec la soude, peut former un sel cristallisé, ne déplace pas l'acide carbonique de ses combinaisons.

Il m'est arrivé quelquefois de rendre instantanément fluide une eau de fleurs d'oranger filante, en la mélangeant avec le carbonate de magnésie. Il est probable qu'il se passe un fait analogue avec le vin de gentiane, et que c'est une matière organisée qui en est la cause. Quoi qu'il en soit, ce médicament doit être livré toujours aussi limpide que le vin de quinquina.

Pierre VIGIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PACHYVAGINALITE HÉMORRHAGIPARE D'ORIGINE SYPHILITIQUE, par M. le docteur OZENNE, chef de clinique adjoint de la Faculté.

Dans l'excellent article HÉMATOCÈLE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, notre cher maître, M. Paul Reclus, résume ainsi son opinion sur les inflammations de la tunique vaginale : « La pathologie nous apprend que les inflammations des séreuses sont presque toujours secondaires ; elles succèdent aux lésions des organes qu'elles enveloppent. La vaginale n'échappe point à cette loi et l'examen des conditions étiologiques, la lecture des observations nous montrent que l'hématocèle en particulier doit avoir pour origine non une irritation directe, mais quelque affection de la glande spermatique. » Ainsi donc, qu'elle soit cachée ou patente, une lésion du testicule ou de l'épididyme précède et engendre dans la grande majorité des cas l'hématocèle vaginale ou mieux la pachyvaginalite hémorrhagique, comme l'appelle Reclus. Différentes affections peuvent lui donner naissance : les unes sont des inflammations aiguës ; les autres rentrent dans le cadre des maladies chroniques, telles que les sarcomes, la tuberculose par exemple. Elle peut également apparaître dans le cours d'une syphilis et constituer un accident tertiaire ; Tédenat et Reclus en ont publié un certain nombre d'observations que le docteur d'Œlsnitz a recueillies dans sa thèse, et que nous résumons plus loin ; à ces faits nous ajoutons le suivant, que nous venons d'observer dernièrement à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Reclus, pendant que nous avions l'honneur d'être son chef de clinique.

OBS. I (personnelle). *Pachyvaginalite hémorrhagique survenue sans cause appréciable autre que la syphilis ; syphilome du testicule ; reproduction de l'épanchement après ponction ; sa diminution sous l'influence du sirop de Gibert.* — B..., quarante ans, marchand de vin. Bonne constitution. Pas de grands excès alcooliques.

A l'âge de dix-huit ans, le malade contracte un chancre induré, qu'il traite pendant quelque temps. Pas de manifestations secondaires immédiates. En 1871, durant un séjour en Afrique comme soldat, après une semaine de fatigues, il est atteint d'un double engorgement ganglionnaire inguinal pour lequel on prescrit deux cuillerées à potage par jour de liqueur de Van Swieten. Le traitement est suivi pendant un mois et malgré ce traitement les adénites suppurent, sont incisées et donnent issue à une certaine quantité de matière jaunâtre. La cicatrisation demande trois mois.

De 1871 à 1885, rien à noter. A cette époque le malade s'aperçoit, sans qu'aucune cause traumatique ou autre puisse être invoquée, que la moitié droite du scrotum est plus volumineuse, et ne tarde pas à atteindre le volume d'un petit œuf. Pendant une année, chaque semaine, on fait sur le scrotum une application de teinture d'iode, qui n'a d'autre effet que de renouveler l'enveloppe cutanée. Puis, six mois plus tard, la tuméfaction ayant la grosseur du poing, on fait une ponction et l'on retire un liquide sur la nature duquel aucun renseignement ne peut être fourni. A la suite de cette ponction des lotions camphrées sont faites sur le scrotum et du sirop de Cuisinier est administré à l'intérieur. La tumeur se reproduit rapidement.

Le 28 avril 1887, B... se présente à la consultation de M. Reclus à l'Hôtel-Dieu ; ce chirurgien constate, aux dépens de la moitié droite du scrotum, une tumeur lisse, élastique, fluctuante, opaque, de la grosseur d'un fort poing. La tension de la poche ne permet pas de se rendre compte de l'état du testicule et de l'épididyme. Une ponction est pratiquée et un liquide sanguinolent est retiré de la vaginale. Lorsque ce liquide est évacué, on note que la séreuse est un peu épaissie ; le testicule est gros, dur, déformé, *en galet ;* la pression réveille difficilement la douleur testiculaire. L'épididyme est également induré et plus volumineux dans la portion correspondante à sa

queue. Le cordon et le canal déférent sont sains. Du côté gauche, rien d'anormal.

L'examen du liquide, retiré de la tunique vaginale, a été fait par M. Bléville, interne en pharmacie du service, que nous remercions d'avoir bien voulu nous donner la note suivante:

Liquide sanguinolent, volume : 175 centilitres. Réaction alcaline. Densité: 1018. Résidu sec à 100 degrés: 38 pour 100. Résidu fixe: 0,75 pour 100. Poids du coagulum formé spontanément et desséché à 100 (fibrine et hématies): 75 centigrammes. Matières albuminoïdes: 36 pour 100.

Le résidu fixe donne très nettement la réaction des chlorures (chlorure de sodium) et des phosphates. On y constate la présence de la soude et de la chaux.

M. Reclus ayant porté le diagnostic de testicule syphilitique et pachyvaginalite de même nature, prescrit le sirop de Gibert à la dose de deux cuillerées à potage par jour.

Quelques jours après la ponction qui a vidé la vaginale, le liquide se reproduit et le volume du scrotum redevient ce qu'il était avant. Pendant quatre mois le malade continue le même traitement et absorbe 1500 grammes de sirop de Gibert. Durant les deux premiers mois aucune diminution de la tumeur, toujours indolente, n'apparait; elle ne commence à se montrer que dans le mois de juillet, pour s'accentuer notablement dans le mois d'août.

15 septembre. — L'examen du malade nous fournit les renseignements suivants: la peau des bourses est saine, quoique d'une coloration un peu foncée; à droite existe une tumeur du volume d'une grosse orange (circonférence : 29 centimètres), ovoïde et lisse sur toute sa surface. Complètement opaque et indolente, elle résiste par la tension de ses parois à la pression qui cependant permet de reconnaître assez facilement la présence du testicule à la partie inféro-postérieure de la tumeur. Le cordon et le canal déférent correspondants sont intacts. Le testicule, l'épididyme et le cordon, du côté gauche, sont sains. Aucune manifestation syphilitique sur le corps. Nous engageons le malade à prendre 3 grammes d'iodure par jour et venir nous revoir au bout d'un mois. Dans ce cas, l'origine syphilitique des lésions nous semble évidente; l'existence antérieure d'un chancre induré nettement reconnu et insuffisamment traité, l'existence actuelle d'un syphilome testiculaire, l'amélioration obtenue sous l'influence du sirop de Gibert nous paraissent plaider avec autorité en faveur de la nature spécifique de la pachyvaginalite hémorrhagique. La maladie est en voie de guérison, et son évolution laisse espérer que l'iodure de potassium en viendra peut-être à bout.

15 novembre. — Il ne s'est produit aucun changement notable depuis deux mois; la tuméfaction présente à peu près le même volume (circonférence : 27 centimètres) ; il est juste d'ajouter que le traitement indiqué (KI, 2 grammes par jour) a été très incomplètement suivi. Aussi nous engageons encore le malade à continuer régulièrement le même traitement en élevant la dose d'iodure à 4 grammes par jour.

Obs. II (résumée, thèse d'Elsnitz). — Pierre G..., trente-trois ans, entré à l'hôpital Broussais le 18 juillet 1886, service de M. Reclus. Chancre antérieur, méconnu. En 1882, éruption généralisée de taches rouges; un mois plus tard, ulcère de jambe traumatique, et en même temps augmentation de volume des bourses, qui, bien qu'ayant diminué de grosseur, n'en conservent pas moins un volume supérieur au volume normal. Au mois de mai 1886, la tumeur reparait à gauche, puis à droite et grossit rapidement.

État actuel le 16 juin. — Bourses distendues par deux tumeurs, dont la droite a le volume d'un gros poing, et la gauche un volume un peu moindre ; des deux côtés, tumeur lisse, élastique et fluctuante; transparente à droite, demi-opaque à gauche. A droite, une ponction donne 350 grammes d'un liquide clair albumineux; le testicule est plus volumineux, dur, bosselé, déformé; à la place de l'épididyme que l'on ne peut pas distinguer, masse saillante indurée ; l'albuginée semble épaissie et comme blindée; cordon et canal déférent sains.

A gauche, la vaginale est épaissie. Par la ponction issue de 75 grammes d'un liquide brun, le testicule semble un peu plus volumineux et a même aspect que de l'autre côté. Iodure de potassium : 10 grammes par jour. En quinze jours, notable amélioration. Le 5 juillet, le testicule droit présente à peu près le volume normal, souple en certains points; il offre encore par places des bosselures d'une dureté ligneuse; sur la face externe, saillie nette et dure; sur la partie antérieure, sorte de crête très résistante. Epididyme et canal déférent paraissent sains.

La bourse gauche est du volume d'une orange; le liquide s'est reproduit, et la vaginale épaissie masque la glande. Cependant l'amélioration est considérable, car on sent que les néo-membranes fléchissent sous les doigts et sont moins résistantes. Trois mois plus tard, l'état des parties malades est à peu près le même; on engage le malade à reprendre le traitement qu'il avait interrompu.

Obs III, résumée (Tédenat). — Louis P..., trente-cinq ans. A l'âge de trente-trois ans, chancre induré au prépuce, suivi d'accidents secondaires typiques, mais peu graves. Un an après, tuméfaction de la bourse gauche, qui augmente peu à peu pendant quatre mois et atteint le volume du poing; à ce moment, tumeur ovoïde, lisse, rénitente avec quelques points subfluctuants, opaque et indolore; en bas et en arrière, présence du testicule. Traitement mixte pendant trois mois; puis, dans l'année suivante, la tumeur grossissant, on donne l'iodure de potassium, et, en juin 1884, une ponction, qui donne issue à du sang, est faite. Pas d'injection. Cependant les jours suivants la suppuration se déclare; une incision est nécessaire ainsi que le raclage et l'excision de la vaginale. Le testicule et l'épididyme sont sains.

Obs. IV, résumée (Tédenat). — Pierre G..., soixante-cinq ans. Syphilis à l'âge de trente-cinq ans. Traitement pendant deux ans et demi. En 1883, début d'une tuméfaction de la bourse droite, qui atteint actuellement le volume d'un petit poing; elle est ovoïde, lisse, tendue, fluctuant mal, entièrement opaque. Incision. Issue d'un liquide roux foncé. Raclage des caillots sanguins plaquant la séreuse. Un petit nodule gommeux existe sur le quart supérieur de l'épididyme. Le testicule, un peu tuméfié, présente un plaquage en mosaïque superficiel. Excision partielle de la vaginale. Le traitement mixte prescrit dans la suite agit favorablement sur le testicule et l'épididyme qui récupèrent leur état normal.

Obs. V, résumée (Tédenat). — Ch. R..., quarante et un ans. En mars 1873, chancre induré et accidents secondaires bénins. Deux mois plus tard, nodule sur l'épididyme gauche et un peu d'épanchement dans la tunique vaginale. En 1876, symptômes d'une hématocèle vaginale gauche, dont le début remonte à quinze mois. Comme pathogénie on ne peut invoquer que la syphilis, bien que le traitement mixte soit resté infructueux.

Obs. VI, résumée (Nélaton). — P... (Jean), cinquante-sept ans. Dans le scrotum à gauche tumeur irrégulièrement arrondie, dure, lisse, non bosselée, excepté dans un point circonscrit en avant où il existe une fluctuation évidente. Peu adhérente aux tissus sous-jacents. En arrière, augmentation de volume de l'épididyme. La tumeur est opaque et douloureuse à la pression. Son début remonte à dix-huit mois, sans causes connues et presque un an après elle se rompait subitement durant la marche en infiltrant le scrotum et en déterminant des douleurs, qui, n'ayant pas cessé, ont amené le malade à l'hôpital. On administre l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme ; la tumeur semble diminuer de volume. Quelques jours après on retire par la ponction 80 grammes d'un liquide rouge brun limpide. Dans les jours qui suivent, la tumeur se reproduit; mais, sous l'influence de l'iodure prolongé (20 grammes par jour?), elle se réduit à la grosseur d'une noisette, située en avant du testicule; quant à l'épididyme, son engorgement devient insignifiant.

En présence du petit nombre d'observations de pachyvaginalite hémorrhagique, d'origine syphilitique, que l'on a recueillies jusqu'à ce jour, il n'entre pas dans notre intention de tracer de cette maladie une histoire clinique. Les documents sont trop peu nombreux pour qu'on puisse affirmer actuellement qu'elle survient toujours dans les mêmes circonstances, qu'elle présente constamment les mêmes caractères et qu'on peut la soumettre à un traitement méthodiquement réglé. Pourtant il nous paraît utile de faire ressortir les points principaux qui la caractérisent et semblent en faire une variété bien particulière de pachyvaginalite.

On ne l'a, jusqu'à ce jour, observée que chez l'*adolescent* et chez le *vieillard*. Différents auteurs rapportent, il est

vrai, quelques cas d'hématocèles appartenant à la deuxième enfance, mais aucun d'eux ne les rattache à la syphilis; et, bien que les cas de syphilis héréditaire soient assez fréquents dans les premières années de la vie, nulle part il n'en est fait mention; dans son intéressant mémoire sur le sarcocèle infantile, M. Hutinel n'en relève aucun exemple; il est même à remarquer qu'à cet âge l'orchite syphilitique a fort peu de retentissement sur la vaginale, puisque le même auteur, sur un nombre assez considérable d'enfants, n'a trouvé que deux fois seulement un peu de liquide dans la vaginale.

Le *traumatisme* a une valeur pathogénique que l'on ne peut mettre en doute dans beaucoup de cas d'hématocèles, survenues en dehors de toute infection syphilitique; peut-être même, tant il peut agir d'une façon insidieuse et presque ignorée, a-t-il une influence dans la plupart des cas, sinon dans tous? Aussi, bien que les faits jusqu'alors observés ne plaident pas tous en sa faveur, est-il probable qu'il faut également en tenir compte dans les hématocèles chez les syphilitiques.

L'attention une fois attirée de ce côté, il ne sera pas surprenant d'avoir à invoquer dans quelques circonstances, qui paraissaient obscures, tantôt une contusion légère, tantôt un trauma plus sérieux, tel, par exemple, qu'une ponction qui, en aggravant une pachyvaginalite déjà existante, peut favoriser la formation de néo-membranes vasculaires. Car, si maintenant il est admis que les pachyvaginalites aiguës sont secondaires, de jour en jour même opinion prend corps pour les inflammations chroniques. Reclus en cite un certain nombre d'exemples ayant rapport à différentes maladies et, parmi elles, nous voyons nommée la syphilis.

Si, en effet, il ne faut pas regarder l'épanchement dans la vaginale comme un des meilleurs signes pour déterminer la nature syphilitique d'une tumeur testiculaire, il n'en est pas moins exact que cet épanchement se rencontre au moins dans la moitié des cas; tantôt il disparaît entièrement, sans laisser aucune trace de son passage, c'est l'hydrocèle symptomatique temporaire; tantôt des néo-membranes se forment, acquérant une épaisseur assez considérable et présentant une riche vascularisation; c'est la pachyvaginalite susceptible, sous l'influence de causes diverses, de devenir hémorrhagique.

Relativement aux *symptômes* de l'affection, nous n'aurions pas à nous arrêter, si nous ne devions que rappeler le volume et la forme variables de la tumeur, son opacité constante, les sensations différentes qu'elle fournit à la palpation, l'absence de douleurs, etc. Ce sont là tous caractères communs aux hématocèles en général; mais il est assez souvent possible, l'épanchement sanguin n'étant que secondaire à une lésion primitive de l'épididyme et du testicule, de se rendre compte de l'état de ces organes et de reconnaître qu'ils offrent les caractères des tumeurs d'origine syphilitique. Si la tuméfaction du scrotum est telle, qu'elle ne permet pas une exploration profonde suffisante, aussitôt que la ponction est pratiquée, les lésions de la glande cessent d'être masquées et se dévoilent assez pour qu'on n'ait plus aucun doute à conserver.

Aussi le *diagnostic pathogénique* n'est-il pas en général entouré de grandes difficultés. La recherche et la constatation des manifestations glandulaires syphilitiques, accompagnées d'un épanchement sanguin, doivent conduire à admettre pour cette hématocèle une origine spécifique; il ne peut y avoir de doute que si, chez un syphilitique, le testicule et l'épididyme sont sains, bien qu'il ne faille pas entièrement rejeter cette hypothèse, qu'une double lésion a pu exister à un moment donné, et qu'actuellement la pachyvaginalite seule persiste comme reliquat des diverses manifestations antérieures.

Ces faits de pachyvaginalite ont été jusqu'alors recueillis en si petit nombre qu'il est difficile de se prononcer sur la meilleure conduite que l'on doit tenir à leur égard au point de vue *du traitement*. Cependant, bien que le traitement mixte ou simplement ioduré n'ait pas été toujours suivi d'un succès complet, on ne doit pas perdre de vue l'amélioration que, sous son influence, nous relevons dans plusieurs de nos observations.

Aussi, toutes les fois que le diagnostic est bien établi et que rien n'impose une intervention rapide, il nous semble logique de prescrire d'abord le traitement spécifique et d'en poursuivre quelque temps l'usage sans trop se hâter d'avoir recours à quelque intervention chirurgicale. Si plus tard les résultats ne sont pas sensibles, ou bien si, après une amélioration momentanée, on a nettement constaté un arrêt dans sa puissance résolutive, alors il sera temps de faire choix de l'une ou l'autre des opérations que réclame toute pachyvaginalite hémorrhagique, qu'elle qu'en soit la cause.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 19 MARS 1888.

Contribution a l'étude séméiologique et pathogénique de la rage. Note de M. *G. Ferré*. — Les expériences faites par l'auteur, tendent à démontrer que, dans la rage paralytique du lapin inoculé par trépanation, on peut distinguer, comme dans la rage des rues, trois périodes : 1° une période de tristesse ; 2° une période d'excitation ; 3° une période paralytique. Il est inutile d'insister sur la première et la troisième période. La seconde, quelquefois très apparente, passe la plupart du temps, inaperçue ; mais elle existe cependant, et peut être décelée en enregistrant la respiration. Elle se traduit par une accélération de cette fonction.

Les recherches de l'auteur ont porté sur vingt-quatre séries de lapins correspondant aux termes compris entre le seizième et le trente-neuvième passage. Le virus du début de cet ordre de séries provenait du bulbe d'un chien atteint de rage des rues. Les expériences ont été faites dans les laboratoires de MM. Jolyet et Oré ; elles conduisent l'auteur à en tirer les conclusions suivantes :

1° Que la rage des rues et la rage paralytique donnée, par trépanation d'une façon très générale, présentent les mêmes phases;

2° Que la période d'excitation se traduit, dans cette forme de rage paralytique, le plus souvent par une accélération de la respiration ;

3° Que cette accélération coïncide avec l'apparition de la virulence dans les parties du bulbe qui tiennent sous leur dépendance la fonction respiratoire, et que, par conséquent, elle peut lui être attribuée ;

4° Que les deux formes de rage comparées, présentent des points de similitude, au point de vue pathogénique, puisque l'un et l'autre débutent par des accidents bulbaires.

Recherches expérimentales sur l'intoxication chronique par l'alcool. Note de MM. *A. Mairet* et *Combemale*. — Tandis que dans leurs précédentes communications ces deux auteurs ont indiqué l'influence exercée par l'alcoolisme chronique sur le système nerveux et le système musculaire, leur but, aujourd'hui, est de montrer les effets produits sur les autres systèmes par cette même intoxication.

Cœur. — Diminution dans le nombre des battements, puis augmentation dépassant assez vite, mais faiblement la normale jusque dans les derniers temps de l'intoxication. Battements carotidiens ou jugulaires.

Respiration. — D'abord modification légère, puis aug-

mentation allant jusqu'à un doublement de fréquence ; la respiration est courte et superficielle. — Autopsie : congestion pulmonaire par îlots, ecchymose et œdème.

Tube digestif. — Intolérance plus ou moins marquée selon les animaux, puis accoutumance. Souvent de la diarrhée, de l'ascite, un ictère généralisé et l'hypertrophie du foie. Autopsie : dilatation de l'estomac, congestion et dégénérescence graisseuse du foie, reins sclérosés.

Appareil reproducteur. — Diminution de l'excitation génésique, atrophie des testicules.

Température. — Légère élévation ; poussées irrégulières marquées, surtout le matin, et pouvant dépasser de deux degrés la normale.

Nutrition. — Augmentation du poids de l'animal, sauf dans les derniers temps ; augmentation du chiffre de l'hémoglobine d'abord, diminution ensuite ; diminution des globules sanguins. Bref, diminution du taux de la nutrition. Légère opacité ; défaut de transparence du cristallin et de la cornée.

SÉANCE DU 26 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

SUR UNE NOUVELLE DÉFORMATION DES MAINS CHEZ LES OUVRIERS VERRIERS (MAINS EN CROCHET). Note de M. *Poncet* (de Lyon). — Il existe chez les ouvriers verriers une déformation professionnelle des mains sur laquelle l'attention n'a pas encore été appelée jusqu'à présent.

Cette déformation, observée pour la première fois chez un jeune homme entré à l'Hôtel-Dieu, est caractérisée par une flexion permanente très prononcée des doigts sur la main. Le petit doigt et l'annulaire sont plus fléchis que le médius et l'index ; le pouce est indemne.

La flexion porte surtout sur la deuxième phalange qui est inclinée presque à angle droit sur la première phalange. Elle n'est point due à une sclérose du derme ou à des brides profondes, mais à une rétraction des tendons fléchisseurs et plus particulièrement du fléchisseur superficiel. Ce diagnostic s'impose par un examen attentif des doigts, alors surtout que le malade a été anesthésié.

Les articulations phalango-phalangiennes sont plus ou moins déformées avec tendance à la subluxation. Les doigts sont inclinés sur le bord cubital et ne peuvent plus être redressés.

La peau de la face palmaire et des doigts est un peu plus épaisse, plus calleuse, qu'on ne l'observe en général chez les manouvriers.

La déformation des mains est connue parmi les ouvriers verriers sous le nom de main en crochet, main fermée. Elle survient au bout de peu de temps et s'accroît progressivement.

Il résulte des recherches faites par un des internes de M. Poncet, M. Etienne Rollet, qui s'est transporté dans plusieurs verreries, que la plupart des ouvriers verriers présentent cette lésion, et que celle-ci est d'autant plus marquée qu'ils sont verriers depuis plus longtemps.

Le mécanisme de cette déformation des mains est facile à comprendre. En effet les ouvriers verriers qui soufflent le verre, emploient une canne ou tube en fer, longue de 1m,20, et du poids de 2 kilogrammes, canne à laquelle ils impriment un mouvement rapide de rotation, les mains fermées.

La durée du travail est de huit heures par jour ; pendant ce temps un bon ouvrier fabrique, en moyenne, 600 à 700 pièces, de sorte que ses doigts ne quittent pas la canne qu'ils enserrent.

Aussi, dès les premiers mois l'extension complète de la main devient-elle difficile et, après un temps variable, la rétraction s'accuse-t-elle progressivement et entraîne-t-elle la flexion permanente des doigts, laquelle persistera pendant toute la vie de l'ouvrier.

Quant à l'épaississement du derme, il est le résultat d'une dermite chronique produite, soit par la pression de la canne, soit par la chaleur parfois considérable que lui communique la boule de verre en fusion.

La profession de verrier est extrêmement pénible ; elle est remplie par des hommes jeunes qui, vers l'âge de trente-cinq ans, sont obligés de l'abandonner.

La main en crochet est spéciale à l'ouvrier verrier et ne se rencontre dans aucune autre profession manuelle.

Cette déformation compromet gravement l'usage des mains ; elle a été souvent une cause d'exemption du service militaire. Elle intéresse le clinicien, le médecin légiste et mérite de prendre place à côté de certaines lésions professionnelles caractéristiques.

SURDITÉ POUR LES HARMONIQUES DE LA PAROLE DANS L'OTOPIÉSIS. Note de M. *Boucheron.* — La parole à haute voix se compose, comme on sait, des sons fondamentaux (venant du larynx) et de sons harmoniques (produits dans le larynx, la bouche ou le nez). Dans la paralysie des cordes vocales, les sons fondamentaux manquent ; il ne reste plus que les harmoniques (voix chuchotée). Quand la voûte palatine manque, ce sont les harmoniques qui sont altérés et la parole est incompréhensible malgré l'état normal du larynx, des cordes vocales et du son fondamental.

Cette dissociation des composants de la parole s'observe aussi parfois pour l'oreille. Il y a des malades qui sont sourds surtout pour les sons fondamentaux ; d'autres qui sont sourds à peu près au même degré pour les sons fondamentaux et les harmoniques.

Exemple. — Un enfant entend la montre et le diapason (sons fondamentaux) à plusieurs centimètres et n'entend nullement les harmoniques de la parole, il ne comprend pas un mot (surdité pour les harmoniques).

Un autre enfant entend à peine la montre au contact de l'oreille et entend la voix chuchotée (harmoniques), à six ou huit mètres. Habituellement ces surdités sont moins complètes que dans ces deux exemples extrêmes.

La surdité paradoxale de Willis est un cas particulier de ces surdités pour les harmoniques de la parole.

Les malades atteints de cette affection n'entendent bien les harmoniques vocaux qu'au milieu du bruit, en voiture, en chemin de fer ; cette demi-surdité pour les harmoniques est fréquente chez les vieillards. Il a observé ces surdités dissociées principalement chez des sujets porteurs d'affections auriculaires à excès de pression labyrinthique (otapiésis) et la décompression labyrinthique par les moyens appropriés rapprochait l'audition de la normale. Le siège de ces surdités est dans l'oreille et non dans les organes cérébraux de l'audition.

Le mécanisme de ces surdités dissociées peut être comparé à ce qui se produit dans cette expérience d'Helmholtz.

Devant un piano ouvert, dont les étouffoirs sont relevés, on chante sur une note quelconque les diverses voyelles, et le piano répète *a, é, o, u, ou.* — Les étouffoirs étant replacés, le piano se tait aussitôt. — Les étouffoirs étant replacés, le piano se tait aussitôt. — C'est que les cordes trop comprimées ne peuvent plus vibrer à l'unisson des harmoniques. Dans l'oreille, l'excès de pression s'opposerait aussi à la vibration des cils auditifs à l'unisson des harmoniques, ou bien, les nerfs trop pressés ne transmettaient plus ces vibrations délicates, ou enfin l'obstacle siégerait dans l'appareil externe de la transmission.

E. RIVIÈRE.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. *Guignard* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. le docteur *Faucher* prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*.

M. *Empis* présente, au nom de M. le docteur *Chauvel*, une *Notice sur la vie et les travaux de M. Gosselin*.

Déclaration de vacance. — L'Académie déclare la vacance d'une place de membre titulaire dans la IIe section (*Pathologie médicale*), en remplacement de M. Bernutz, décédé.

Élections. — Par 38 voix sur 43 votants, M. *Prescot-Hewet* (de Londres) est élu associé étranger; sir Spencer Wells obtient 5 voix.

Par 32 voix sur 45 votants, M. *Longmore* (de Netley) est ensuite élu associé étranger; sir Spencer Wells obtient 13 voix.

Recherches physiologiques et médico-légales sur l'age chez l'homme. — Les physiologistes et les médecins légistes se sont préoccupés de tout temps de fixer les signes capables de déterminer l'âge probable soit d'un fœtus, soit d'un nouveau-né, dans les questions d'identité et dans les problèmes que soulèvent l'avortement et l'infanticide. Or les livres classiques sont très pauvres en cette matière et les auteurs se bornent à mentionner certaines observations faites sur le squelette, comme les points d'ossification de certains os, mais ces renseignements sont très incomplets et fort souvent inexacts. C'est pour répondre à ces desiderata que M. *Magitot* a entrepris de nouvelles recherches. Déjà, dans une communication à l'Académie des sciences en 1874, l'auteur avait, au moyen de l'observation des phases du développement de l'appareil dentaire et en particulier par les dimensions du chapeau de dentine, origine de la couronne des dents, établi des signes d'une parfaite fixité et d'une grande inaltérabilité aux différentes époques de la vie fœtale. Ce sont ces études que M. Magitot a poursuivies, au moyen des mêmes faits anatomiques observés chez le nouveau-né depuis l'époque de la naissance jusqu'au sixième mois, moment de l'apparition à l'extérieur de la première dent à l'état normal.

Un tableau annexé au mémoire représente le poids et la taille du nouveau-né, les dimensions du chapeau de dentine pour les différentes dents, l'état du développement des gouttières alvéolaires, le dégré d'ouverture de l'angle du maxillaire inférieur et les points d'ossification du squelette en général. Ainsi se trouve résolu le problème de la détermination de l'âge probable de la période primo-infantile avec une précision et une netteté que ne sauraient égaler les documents empruntés à l'état des organes mous, facilement altérables et destructibles dans les conditions diverses où se présente souvent un sujet dans une enquête médico légale.

Atrophies du nerf optique ataxique. — Pour M. le docteur *Galezowski*, les atrophies ataxiques comprennent environ les deux tiers de la masse des atrophies papillaires; de plus, dans un peu plus des deux tiers des atrophies ataxiques, l'existence de la syphilis a pu être démontrée; enfin, quoique l'atrophie ataxique, en général, ne soit pas guérissable, elle peut être arrêtée dans sa marche lorsqu'elle est accompagnée d'altérations particulières des vaisseaux.

Syphilis. — L'Académie continue la discussion sur la prophylaxie publique de la syphilis, en s'occupant tout d'abord des articles du projet de la Commission relatif à l'hospitalisation et au traitement. Après quelques observations sur divers articles entre MM. Laborde. qui voudrait l'établissement de dispensaires, Brouardel et Fournier, la rédaction suivante est adoptée :

1° Le nombre de lits affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

2° Cette augmentation du nombre des lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera, non pas par la création de services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais bien par la création de nouveaux hôpitaux spéciaux.

3° Les médicaments propres au traitement des maladies vénériennes seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux.

4° Un service de consultations gratuites avec délivrance gratuite de médicaments sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes.

5° Dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il sera créé un service spécial pour le traitement des affections vénériennes, et les locaux affectés à ce dit service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène.

A propos des articles qui concernent l'enseignement des maladies vénériennes, les innovations ou réformes suivantes sont approuvées :

1° Ouvrir librement tous les services de vénériens ou de vénériennes (y compris ceux de Saint-Lazare) à tout étudiant en médecine justifiant de seize inscriptions.

2° Il est désirable qu'on exige de tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de sa thèse, un certificat de stage dans un service de vénériens ou de vénériennes.

3° Attribuer au concours et au concours exclusivement le recrutement de tout le personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare (ou dans l'asile hospitalier qui sera substitué à Saint-Lazare)

4° Attribuer au concours et au concours exclusivement le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au dispensaire de salubrité publique.

5° Les jurys des divers concours dont il vient d'être question, pourraient être composés comme il suit: 1° pour la nomination du médecin en chef: un membre de l'Académie de médecine; un représentant de l'Ecole (professeur ou agrégé) ; trois médecins ou chirurgiens des hôpitaux spéciaux (Saint-Louis, Lourcine, Midi), et un médecin de Saint-Lazare; 2° pour la nomination du médecin du dispensaire comme pour celles des élèves internes ou externes: quatre médecins du dispensaire, présidés par un membre de l'Académie.

6° Un programme relatif à la détermination des matières devant faire le sujet de ces divers concours sera élaboré par une Commission spéciale.

Les articles qui précèdent ont surtout donné lieu à discussion en ce qui concerne le stage dans les services de vénériens ou de vénériennes. La Commission désirerait que ce stage fût de trois mois; M. *Brouardel* a fait observer que la décision devait être remise à la Faculté et au ministre, qui ont à tenir compte des exigences multiples de l'enseignement dans le court délai des études médicales.

La discussion a ensuite commencé sur les articles relatifs à la prophylaxie de la syphilis dans l'armée et la marine et qui d'après les propositions de la Commision seraient les suivantes :

1° Instituer dans l'armée une série de *Conférences* ayant pour objet d'éclairer les soldats sur les affections vénériennes et les dangers de la syphilis en particulier, sur le bénéfice à attendre d'un traitement scientifique, sur la nécessité d'un traitement prolongé, sur les périls de la prostitution clandestine exercée par les insoumises, les rôdeuses. les bonnes de cabaret, etc. Ces conférences seraient faites par les médecins militaires de chaque corps. Elles seraient annuelles, et auraient lieu de préférence après l'enrôlement des jeunes recrues. Une conférence semblable serait également faite aux réservistes le lendemain de leur arrivée au corps.

2° Provoquer de la part de tout soldat récemment affecté de syphilis une déclaration relative à la femme dont il a contracté la maladie.

3° Consigner les établissements déguisés sous le nom de débits de vins ou de liqueurs, et ne constituant en réalité que des maisons de prostitution non surveillées; interdire formellement aux soldats la fréquentation de ces établissements.

4° Écarter toute punition du programme prophylactique de la syphilis dans l'armée.

5° Supprimer les visites faites en commun, et les remplacer par des examens privés, individuels, discrets.

6° Instituer un service de police spéciale autour des grands camps, tels que Satory, Saint-Maur, Châlons, etc.

7° Prendre toutes dispositions nécessaires pour assurer aux soldats syphilitiques dont le traitement a été commencé à l'hôpital, la faculté de continuer à leur corps, sous la direction des médecins de leur régiment, le traitement ou les séries de traitements ultérieurs indispensables à leur guérison.

8° En ce qui concerne la marine, il serait à désirer que à bord des bâtiments de guerre, une visite médicale de l'équipage fût faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient contaminés.

9° Il est absolument essentiel que dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre ou de commerce, un service régulier et rigoureux soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées, en vue de prévenir les contaminations que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche ou de débarquement.

M. *Legouest*, examinant une à une ces diverses mesures, considère la plupart d'entre elles comme inutiles et fait observer que les autres sont en usage, si bien qu'il ne lui paraît pas nécessaire de les voter et qu'il lui paraît préférable de laisser au ministre de la guerre, assisté du Conseil supérieur de santé des armées, le soin de continuer à prendre vis-à-vis de la syphilis parmi les troupes les mesures prophylactiques qui ont jusqu'ici un assez grand succès. M. *Larrey* est du même avis. Par contre, M. *Léon Colin*, tout en reconnaissant le bien fondé des observations de M. *Legouest*, estime qu'il n'est pas inutile que l'Académie signale elle-même l'intérêt de ces mesures en votant les articles de la Commission. M. *Le Roy de Méricourt* se prononce en faveur de l'institution des conférences prévues dans ces propositions et il s'élève contre la visite faite en commun, alors surtout que le recrutement régional amène au régiment des soldats destinés à se retrouver dans leur pays, après le temps de service. M. *Rochard* pense comme son collègue de la marine; il signale les avantages de ces mesures et croit qu'il est bon que l'Académie insiste à cet égard.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Jaral* sur les candidats au titre d'associé national. La liste de présentation est établie ainsi qu'il suit: 1° M. Coze (de Nancy), 2° M. Burdel (de Vierzon), 3° M. Raimbert (de Châteaudun), 4° M. Wilbuin (de Vichy), 5° M. Teissier (de Lyon), 6° M. Pénard (de Versailles).

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Un cas d'athétose : M. Féréol (Discussion : MM. Renaut, Comby). — Traitement de l'épilepsie par les pointes de feu sur le cuir chevelu : M. Féré. — Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids : M. Richard (Discussion : MM. Féréol, Juhel-Renoy, Du Cazal, H. Barth, E. Labbé). — Élection.

M. *Féréol* présente un malade âgé de vingt-cinq ans atteint d'athétose du côté droit, avec hémiatrophie du même côté. Les spasmes athétosiques sont ici parfaitement typiques; limités aux orteils, au niveau du pied, ils s'étendent non seulement aux doigts mais au poignet, au niveau du membre supérieur. Ce sont des mouvements de reptation, de circumduction, de flexion excessive, d'extension exagérée, se produisant sans trêve, en dépit de la volonté du malade, avec lenteur. Ils cessent entièrement pendant le sommeil. Pendant la marche le malade traîne un peu la jambe, les mouvements des orteils s'exagèrent; le bras se balance, se contorsionne incessamment. Les réflexes ne sont pas exagérés. Il n'y a pas d'anesthésie, et le malade affirme qu'il n'y en a jamais eu, les sens sont normaux; l'état général est excellent. Ces spasmes athétosiques seraient survenus après des phénomènes de contracture accompagnant une hémiplégie apparue dans la convalescence d'une dothiénentérie. Le malade avait alors cinq ans. On pourrait se demander s'il ne s'est point agi d'une affection cérébrale de l'enfance à forme typhoïde plutôt que d'une véritable dothiénentérie, et si l'on n'a pas affaire à une hémiplégie spasmodique infantile. Il est vrai que d'autres observateurs, Du Cazal, Landouzy, ont signalé le début de l'athétose à la suite d'une dothiénentérie. En tout cas, il serait intéressant de connaître la localisation de la lésion qui répond au complexus athétose, sans anesthésie et avec hémiatrophie.

M. *Renault* observe actuellement, chez une jeune fille de seize ans, un cas d'athétose survenue à la suite d'une fièvre typhoïde à l'âge de quatre ans. Il n'y a pas d'hémianesthésie ni d'atrophie.

M. *Comby* a vu dernièrement un enfant de trois ans atteint d'athétose, sans anesthésie ni atrophie, après une crise de convulsions.

— M. *Féré* présente un malade qu'il a soumis au traitement de l'épilepsie par les applications répétées de pointes de feu sur le cuir chevelu. Cet homme, qui offrait de fréquentes attaques consécutives à une lésion cérébrale suivie d'hémiplégie, a été rapidement amélioré, et, depuis cinq mois, n'a plus eu aucun accident épileptique. M. Féré a, d'ailleurs, expérimenté dans son servvice cette méhode, déjà préconisée par Delasiauve. Il a choisi dix malades atteints de lésions cérébrales avec hémiplégie plus ou moins marquée, et offrant des accès épileptiformes revêtant chez les uns les allures de l'épilepsie jacksonienne, chez les autres celles de l'épilepsie générale vulgaire. Se basant sur la topographie crânio-cérébrale, il a fait au niveau des centres psycho-moteurs, du côté opposé à l'hémiplégie, des applications d'une quinzaine de pointes de feu légères répétées tous les trois jours environ. L'amélioration a été évidente chez huit de ces sujets, et en particulier chez le malade qu'il présente aujourd'hui.

— M. *Richard* a expérimenté la méthode de Brand pour le traitement de la fièvre typhoïde et a acquis la conviction qu'elle n'est pas appréciée à Paris à sa juste valeur; elle fournit, en effet, d'excellents résultats sur lesquels M. Juhel-Renoy a de nouveau attiré l'attention dans une récente séance. M. Richard communique la statistique de M. Viger, médecin-major à Niort, qui a perdu 2 typhoïdiques sur 36, auxquels il a donné des bains froids. Mais M. Viger ayant employé en même temps l'eau sulfocarbonée, l'iodoforme, la naphthaline, la quinine, et ayant adopté le bain à 25 degrés, il ne s'agit plus de la méthode de Brand. M. Richard a eu à soigner 76 typhoïdiques; les 38 premiers n'ont pas été baignés et ont fourni 4 décès, soit 10 pour 100; les 38 derniers ont été soumis au bain froid, et ont fourni 2 décès, soit 5 pour 100. Il est vrai que ces malades appartenaient à la période terminale de l'épidémie, dans laquelle les cas sont ordinairement moins graves, cependant quelques-uns étaient sévèrement atteints.

L'un des effets les plus frappants de la balnéation froide est la disparition des phénomènes nerveux, de l'adynamie, de la stupeur, de l'insomnie et du délire; les malades offrent un aspect très différent de celui qui était classique dans la dothiénentérie avant l'usage du bain froid. Cet amendement des symptômes graves trouve son explication dans la diurèse abondante que provoque la balnéation froide; ainsi sont entraînés les produits de désassimilation accumulés dans l'économie qui amènent l'auto-intoxication avec hyperthermie. Aussi la méthode des bains froids trouve son indication dans presque tous les cas, puisque le phénomène le plus constant de la dothiénentérie consiste dans l'hyperthermie. M. Richard a constaté ce fait, déjà établi, que la bronchite typhoïdique, loin d'être une contre-indication, est plutôt une indication de la méthode de Brand. Dans un cas il a noté son heureuse influence sur la néphrite infectieuse. Enfin il a observé deux hémorrhagies intestinales : l'une, à la période d'ulcération, chez un malade non baigné, l'autre, d'origine congestive, avant la mise en œuvre de la balnéation, et qui a cédé au bout de trois jours de bains. Le traitement a consisté en bains à la température de 18 à 20 degrés donnés, depuis six heures du matin jusqu'à onze heures du soir, toutes les trois heures, si la température axillaire dépassait 38°,5. Dans les cas graves, toutes les deux heures. Chaque bain a été en moyenne d'un quart d'heure, avec affusion froide sur la tête recouverte d'une serviette. On a dû, pour des raisons de service, sauter le bain de trois heures du matin; chaque malade a pris cinq à six bains par jour, huit au maximum. Tous les malades à baigner ont été réunis dans une même salle munie de trois baignoires, et l'eau n'a été renouvelée que deux fois par jour. Si la température de l'eau, après qu'on y avait plongé plusieurs malades successivement, s'élevait au-dessus de 20 degrés, on remplaçait un peu de l'eau du bain par un seau d'eau froide. Les malades, par ce traitement, sont tenus dans un état de propreté constante qui est un puissant moyen d'antisepsie. La durée totale de la maladie se trouve abrégée, d'où résulte une diminution du nombre des malades en traitement; et comme chaque malade réclame moins les soins constants des infirmiers, ayant moins de soif, de délire, de diarrhée, il s'établit en somme une compensation avec le temps perdu par la balnéation.

M. *Féréol* fait observer que M. Richard n'a pas suivi la méthode de Brand rigoureuse, puisqu'il a sauté un bain; d'autre part il lui semble désirable, si l'on ne peut changer l'eau après chaque bain, que du moins chaque malade ait *son* eau. Il est d'ailleurs très porté à reprendre ses essais de la méthode de Brand et à réclamer de l'administration l'outillage nécessaire et le personnel suffisant. Lorsqu'on est obligé de porter les malades à l'autre extrémité de la salle pour les mettre au bain, on s'expose à des accidents plus ou moins graves, et il n'est pas éloigné d'attribuer à cette manière de procéder les deux décès par pneumonie qu'il a observés l'an dernier.

M. *Richard* pense qu'en réunissant les typhoïdiques à baigner dans une salle spéciale munie de deux ou trois baignoires, comme cela se fait à Vienne, on faciliterait beaucoup la mise en pratique du traitement.

M. *Féréol* ne partage pas cette opinion; pour lui, la besogne du personnel forcément restreint d'infirmiers serait, au contraire, allégée en répartissant les typhoïdiques dans les diverses salles des services généraux.

M. *Juhel-Renoy* appuie la proposition de M. Richard, relative à la réunion des typhoïdiques dans une même salle; le service est ainsi plus facile à organiser.

M. *Du Cazal*, dans l'épidémie récente de Clermont-Ferrand, n'a pas appliqué la méthode de Brand rigoureuse, mais a donné de nombreux bains froids : c'est un mode de traitement excellent, qui ralliera un jour tous les suffrages. Il avait réuni 70 typhoïdiques dans une même salle munie de trois baignoires; 40 de ces malades ont pris en moyenne cinq à six bains par jour. C'étaient les plus gravement atteints et ce sont précisément ceux qui ont guéri. Le bain froid, loin de produire, comme on l'a craint, l'hémorrhagie intestinale, la prévient; on peut trouver ses indications, par ordre décroissant, dans les accidents broncho-pulmonaires, ataxiques, et dans l'hémorrhagie intestinale.

M. *Richard* est d'avis que l'hémorrhagie congestive du début est justiciable du bain froid; mais il ne saurait en dire autant de l'hémorrhagie par ulcération, plus tardive : jusqu'ici on la regarde comme une contre-indication.

M. *Du Cazal* maintient son opinion à cet égard. Il ajoute que la pneumonie est d'ordinaire prévenue par le bain froid; il a perdu des typhoïdiques de pneumonie, mais c'étaient précisément des malades non baignés.

M. *Féréol* croit que les deux décès par pneumonie qu'il a enregistrés sont imputables, non pas au bain froid lui-même, mais au mode défectueux de sa mise en pratique. Il n'avait pu, pour des raisons d'ordre matériel, administrer les bains à des intervalles assez rapprochés, et sans doute la congestion pulmonaire a eu ainsi le temps de se reproduire et a abouti à la pneumonie.

M. *H. Barth* a observé, à diverses reprises, des pneumonies chez les typhoïdiques baignés de la façon la plus régulière. Il a perdu un proche parent du fait d'une pneumonie double survenue après quatre-vingts bains donnés en l'espace de dix jours, et cela dans toutes les conditions de rigueur scientifique et de confortable, sous la surveillance constante d'un médecin ou d'un interne. On voit que tout au moins le bain froid ne prévient pas toujours la pneumonie.

M. *Juhel-Renoy* répond que c'est là un cas malheureux, mais qui ne peut infirmer les statistiques considérables aujourd'hui publiées : la pneumonie est quatre à cinq fois moins fréquente chez les typhoïdiques baignés.

M. *Richard* pense que la pneumonie est, en pareil cas, une affection d'origine infectieuse grippale surajoutée à la dothiénentérie. De là la nécessité d'isoler les typhoïdiques pour les soustraire à la contagion des affections grippales qui peuvent régner dans les salles communes.

M. *E. Labbé* rappelle que, si le bain froid agit comme diurétique, il en est de même du lait, qui offre d'ailleurs le grand avantage de nourrir le malade et de prévenir ainsi l'épuisement et l'adynamie. C'est un moyen à ne pas négliger.

(La discussion est close.)

— M. *Blachez* présente les pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'une vieille femme, qui est venue mourir dans son service avec un œdème généralisé et un état de cachexie profonde. Elle n'avait jamais eu ni dyspepsie, ni vomissements, ni hématémèses; on ne constatait de signes de cancer du côté d'aucun organe. Rien dans les urines; pas de lésion cardiaque. L'autopsie a montré un volumineux cancer latent des parois gastriques n'ayant pas atteint les orifices.

— *Élection.* — M. *Duponchel*, agrégé au Val-de-Grâce, est élu membre titulaire de la Société.

— A cinq heures, la Société se constitue en comité secret.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 24 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Surdité dépendant de l'albuminurie: M. Gellé. — Sur les spermatozoïdes de l'homme: M. Prenant. — Le muscle dilatateur de l'iris chez les mammifères: M. Retterer. — Origine de la faune des lacs des Açores: M. de Guerne. — Lésion des centres psycho-moteurs sans troubles moteurs: M. Dupuy. — Des mouvements dépendant de l'irritation de la dure-mère: M. Dupuy. — Sur le temps d'excitation latents de la rétine: M. Charpentier. — Un cas de double placenta: M. Budin. — La méthode hématoscopique: M. Hénocque.

M. *Gellé* a observé une malade qui subitement était devenue complètement sourde, sans présenter aucune lésion de l'oreille. Il fallait donc bien mettre la surdité absolue sur le compte de quelque état dycrasique. En effet, dix-huit mois après, cette malade était albuminurique; l'affection évolua rapidement et entraîna bientôt la mort.

— M. *Mathias-Duval* présente une note de M. *Prenant* (de Nancy) sur la forme des spermatozoïdes chez l'homme; les observations de M. Prenant tendent à montrer que dans toute la série animale cette forme offre des ressemblances fondamentales.

— M. *Retterer* rappelle les théories diverses qui ont cours sur le mode de dilatation active de l'iris; cette incertitude tient au peu d'exactitude des descriptions du muscle dilatateur. Par un procédé plus précis de fixation des fibres-cellules et par des coupes tangentielles, M. Retterer a déterminé l'anatomie des faisceaux dilatateurs chez un certain nombre de mammifères, chien, chat, lapin, bœuf, porc. Ce sont des faisceaux de muscles lisses, situés dans la membrane propre de l'iris, partant du bord ciliaire et allant, en se subdivisant, se distribuer vers la moitié de la largeur de l'organe; ils n'ont rien de commun avec ce que la plupart des auteurs décrivent sous le nom de membrane de Bruch.

— M. *de Guerne*, pour expliquer comment les lacs des Açores s'étaient peuplés, avait attribué l'origine de cette faune au transport par les oiseaux migrateurs de germes nombreux et divers. Il s'est attaché à examiner à ce point de vue un grand nombre de canards et dans les parcelles de terre adhérentes au bec, aux ailes et, surtout aux pattes, il a trouvé une foule de germes, presque tous les éléments de cette faune des lacs des Açores.

— M. *Dupuy* a constaté récemment, en faisant l'autopsie d'un chien, que cet animal avait le cerveau droit profondément altéré et en particulier que de ce côté les centres dits psycho-moteurs étaient complètements détruits. Cependant, durant la vie. ce chien n'avait présenté aucune espèce de paralysie.

— M. *Dupuy* décrit un certain nombre de troubles moteurs variés et de troubles de la sensibilité qui, d'après lui, se produisent chez le lapin, quand on détermine des irritations unilatérales ou bilatérales de la dure-mère.

— M. *d'Arsonval* présente une note de M. *Charpentier* (de Nancy) sur le temps d'excitation latente de la rétine comparé au temps perdu du nerf optique; ce dernier est une constante, tandis que le temps perdu de la rétine est très variable suivant les conditions.

— M. *Budin* a observé récemment un cas de double placenta à propos duquel il présente diverses considérations.

— En réponse à des remarques présentées par M. Malassez dans une séance antérieure, M. *Hénocque* rapporte des observations et des expériences dont les conclusions sont les suivantes:

Lorsqu'on recueille le sang d'une piqûre de la pulpe du doigt pour l'examiner dans l'hématoscope, on obtient du sang capillaire artériel. L'action de l'air est négligeable et ne peut empêcher de reconnaître la présence d'une quantité d'hémoglobine réduite même inférieure à celle du sang veineux. C'est ce que démontre ce fait qu'on peut photographier le sang veineux dans l'hématoscope et les observations prises pendant la cyanose. Dans l'examen spectroscopique à travers l'ongle du pouce, on observe la durée de la réduction totale de l'oxyhémoglobine du sang contenu dans le réseau capillaire sous-unguéal. On peut le démontrer expérimentalement chez l'homme et chez divers animaux (lapins et cobayes).

Chez le lapin, en comprimant la base de l'oreille on peut observer directement la réduction totale de l'oxyhémoglobine dans le sang des divers vaisseaux, lorsque la bande caractéristique observée par le spectroscope disparait. On ne trouve plus dans les vaisseaux que de l'hémoglobine réduite, alors que le sang est recueilli par les procédés ordinaires. Les deux procédés principaux de l'hématoscopie sont donc exacts et définis et permettent l'appréciation de l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine. Les résultats importants que celle-ci a déjà fournis sont désormais acquis à la clinique.

Société anatomique.

SÉANCE DU 23 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Gérard Marchant* montre une poche d'hydrosalpingite contenant 1500 grammes de liquide.

— M. *Valat* présente une *hydrocèle congénitale* double ne communiquant pas avec le péritoine.

— M. *Thiéry* fait une communication sur un *papillome sous-unguéal* du gros orteil.

— M. *Lejars* fait voir une *tuberculose des capsules surrénales.*

— M. *Luiset* décrit une *dilatation bronchique chez l'enfant*, par broncho-pneumonie chronique.

— M. *Regnault* indique un *procédé de coloration de la graisse à l'aide du henné.*

— M. *Baudoin* montre une pièce de *tuberculose du cervelet.*

REVUE DES CONGRÈS

Congrès français de chirurgie.

(Suite. — Voyez le n° 12.)

De la récidive des néoplasmes opérés. Recherche des causes et prophylaxis.

Rien de désespérant pour le chirurgien comme la ténacité des néoplasmes malins à repulluler sur place, comme leur tendance à infecter l'économie entière. Nous sommes, en effet, à peu près complètement désarmés contre ces retours offensifs, dont bien des causes nous échappent encore. Il y a cependant quelques points de pratique qui sont acquis d'une manière définitive.

Pour se mettre, dans la mesure du possible, à l'abri de la récidive, il faut faire des ablations précoces et extrêmement larges. Sur la précocité, il semble que nulle objection ne puisse surgir. Sans doute, non. Et pourtant combien peu de malades sont opérés en temps opportun ! A une époque où nous savons que, pour le moment au moins, le bistouri seul peut avoir raison des tumeurs, il est bizarre de constater que la plupart des malades ne sont envoyés au chirurgien que presque en désespoir de cause; après avoir épuisé la liste des potions résolutives et des pommades fondantes (ainsi appelées, dit M. Després,

parce qu'elles fondent sur la peau); après que le néoplasme a envahi la peau ou même s'est ulcéré, a atteint les organes adjacents, a infecté les ganglions correspondants. Il est donc utile de revenir une fois de plus à la charge.

L'ablation large est un autre principe. Il faut dépasser de loin les limites du mal, sacrifier hardiment la peau autour de ce qui adhère. S'il s'agit d'une glande ou d'un organe nettement limité, c'est l'extirpation de tout cet organe qu'il faut pratiquer. Cela est devenu parole d'Évangile pour le sein. Nous avons cherché à montrer à propos de l'hystérectomie vaginale par quelle évolution la chirurgie moderne applique la même règle au cancer de l'utérus; ces arguments ont été développés, avons-nous dit, par MM. Terrier, Richelot, Pozzi, Demons (voy. *Gaz. hebd.*, 1888, p. 177).

Mais ce n'est pas tout : il est indispensable d'enlever tout ganglion malade et, en outre, les troncs lymphatiques, infectés eux aussi, qui conduisent de la masse morbide primitive à ces ganglions secondairement atteints. C'est ce que M. le professeur Verneuil a établi avec netteté pour le cancer de la langue, par exemple. Certains chirurgiens, convaincus que l'adénopathie y est à peu près constante, mais souvent passe inaperçue, ont conseillé, après avoir amputé la langue, d'aller, par une incision sus-hyoïdienne, à la recherche des ganglions sous-maxillaires. Mais ainsi les lympahtiques vecteurs du mal restent respectés : c'est enfermer le loup dans la bergerie. Aussi M. Verneuil a-t-il été approuvé par presque tous quand il a conseillé l'extirpation concomitante et de la glande sous-maxillaire et du plancher de la bouche. Pour le sein, il en est absolument de même et l'usage se répand de n'enlever plus un sein cancéreux sans curer du même coup l'aisselle adjacente; et non pas par deux incisions, comme cela a été fait, mais par une seule plaie que l'on prolonge du sein à l'aisselle, en enlevant en même temps que la tumeur toute une bande de peau et le tissu cellulaire allant d'une région à l'autre.

Que si l'on veut des exemples prouvant cette action nuisible des ganglions, on en aura surtout pour les cancers de la lèvre, de la langue. Là, il n'est pas rare de voir la cicatrice rester indemne tandis que les ganglions cervicaux deviennent cancéreux. Cela peut se produire au bout de plusieurs années. De même pour l'utérus où, après une amputation du col, M. le professeur Verneuil a vu l'adénopathie survenir au bout de six ans et demi. Survenir est un mauvais mot, car dans les ganglions cet épithélioma pavimenteux ne peut provenir que du foyer cancroïdal enlevé autrefois. Ce n'est donc pas, même à si longue échéance, une véritable récidive, mais bien une continuation du mal après une opération en réalité incomplète. A vrai dire, l'opéré n'a jamais été guéri : il a bénéficié d'une *trêve du cancer*, pour employer un mot heureux de M. *Verneuil*.

Au reste, les attaques ganglionnaires ne sont pas seules retardées par ces trêves. M. Verneuil a cité l'exemple d'une dame qui a été opérée il y a trente-quatre ans d'un cancer du sein vérifié par l'histologie : trente ans après, une tumeur partait de la cicatrice et, enlevée, présentait sous le microscope les mêmes caractères que le néoplasme primitif. Sûrement, il en était resté de la graine et l'on ne saurait trouver un exemple plus beau ni plus prolongé de latence morbide.

Ainsi, pour M. Verneuil, une fois qu'on est cancéreux, on le reste. Le progrès doit consister à chercher une médication diathésique capable de provoquer ou de prolonger les trêves du cancer. Pour cela, il faut combattre l'arthritisme : l'arsenic et les alcalins sont certainement efficaces. M. Verneuil inspire à ses opérés une sainte terreur de la récidive : ils prennent alors avec soin leurs médicaments, et M. Verneuil compte ainsi bon nombre de succès durables. A l'arsenic et aux alcalins joignez le condurango, dit M. *Labbé*, qui lui attribue la survie de deux femmes qu'il suit depuis neuf ans après leur avoir amputé un cancer du sein. Ce n'est pas tout encore, et M. Verneuil a promis que, sous peu, M. Reclus nous démontrerait l'influence heureuse du régime végétal sur le cancer. Aussi bien est-il prouvé que, depuis l'époque où M. Verneuil était l'interne de M. Lisfranc, à la Pitié, dans le même service de chirurgie où M. Verneuil exerce aujourd'hui, la quantité des néoplasmes a considérablement augmenté : elle a au moins triplé, dit M. Verneuil, depuis quarante-cinq ans. A la campagne, surtout, cette recrudescence est remarquable : cela vient de ce qu'avec l'usage de la viande l'arthritisme s'est répandu.

Puisque nous parlons de thérapeutique médicale, jetons une fois de plus l'anathème sur l'iodure de potassium. On répète tous les jours qu'il est d'un effet désastreux sur les néoplasmes: combien on en voit peu, cependant, qui n'y aient été soumis!

M. le professeur *Poncet* (de Lyon) a établi une donnée intéressante, au point de vue diathésique, en montrant que, parmi ses opérés, ceux-là ont été voués à une récidive constante et rapide chez lesquels existait de l'hérédité paternelle ou maternelle.

Passons maintenant aux statistiques qui ont été communiquées au Congrès. Nous venons de montrer qu'une survie ne peut jamais être dite définitive. Mais les chiffres vont nous prouver que, néanmoins, les tentatives opératoires sont autorisées, sont utiles aux malades. Les auteurs dont nous allons citer les recherches ne se sont point occupés d'un traitement médical ultérieur. Nous ne parlerons pas de l'hystérectomie vaginale, dont nous avons déjà exposé les résultats (voy. *Gaz. hebd.*, 1888, p. 177).

M. *Jules Bœckel* (de Strasbourg) a pratiqué depuis treize ans 103 opérations pour des néoplasmes malins. 1 cancroïde du nez vit sans récidive depuis treize ans et sept mois; 1 *cancer de la lèvre* chez une femme n'a récidivé qu'au bout de onze ans. *Amputation de la langue*, 10 : une seule survie (depuis huit ans). *Deux laryngectomies* : une mort opératoire; une survie sans récidive depuis 1880. 64 *amputations du sein* (avec examen histologique); curage de l'aisselle : 6 morts opératoires; 16 seulement n'ont pas récidivé (parfois après une deuxième opération), mais une de ces femmes est morte d'un cancer utérin. 5 *amputations de la verge* : 4 récidives rapides; 1 survie depuis quatre ans quoiqu'il eût fallu enlever des ganglions inguinaux. 16 *ablations de la région ano-rectale* : 1 récidive au bout de onze ans; 1 au bout de six ans; 3 actuellement sans récidive depuis plus de trois ans.

M. *Cazin* (de Berck-sur-Mer) s'est limité à l'étude du *cancer du sein*. De 1862 à 1886 il a pratiqué 564 ablations pour cancer; dans les quatre cinquièmes des cas il y a eu vérification histologique. 102 squirrhes se décomposent en : 60 avec retentissement ganglionnaire (2 inconnus; 48 récidives; 3 morts; 7 guérisons définitives); 42 sans ganglions (5 inconnus; 28 récidives; 1 mort; 8 guérisons). De 120 encéphaloïdes, 80 étaient avec ganglions (4 guérisons; 5 inconnus; 67 récidives; 4 morts); et 40 sans ganglions (8 guérisons; 5 inconnus; 26 récidives; 1 mort). Des 7 malades définitivement guéries du squirrhe, il a fallu en opérer une deux fois; et deux, trois fois. Pour l'encéphaloïde, la rapidité d'évolution rend les interventions complémentaires rarement praticables. Parmi les faits curieux, citons l'envahissement du deuxième sein, trois ans après l'ablation du premier.

M. *Poncet* (de Lyon) a insisté sur la différence entre le cancroïde de la région temporale et de l'oreille et le cancroïde par dégénérescence d'une loupe. Le premier récidive toujours et le deuxième est apte à la cure radicale. Très mauvais encore est l'épithélioma des cicatrices de brûlures : il indique presque une amputation rapide du membre, s'il s'agit d'une extrémité. Les épithéliomas de la langue ont tous récidivé rapidement. On dit, en général, que l'épithélioma du plancher buccal ne lui cède rien en gravité. M. Poncet a cependant deux opérés qui depuis assez longtemps déjà n'ont pas de récidive.

Les *myxomes diffus des membres* ont une gravité locale toute spéciale, affirment MM. *Poncet* et *Pollosson* (de Lyon). En général, on les poursuit par des opérations partielles; et ils récidivent toujours, remontant vers la racine du membre, devenant vite inopérables. C'est qu'ici, par dissection, il ne saurait être question d'opération radicale. On essaye une fois, si l'on veut; mais il faut être bien décidé à amputer dès la première récidive. M. Polosson cite un malade qui fut opéré trente-six fois et auquel on désarticula l'épaule, mais trop tard. De 6 autres patients, 4 ont abouti à l'amputation et restent guéris. Les deux autres sont morts de récidive.

M. *Galezowski* (de Paris) s'est occupé des *tumeurs malignes du globe oculaire*. Presque toutes naissent sur l'hémisphère antérieur de l'œil. Elles semblent être plus fréquentes qu'autrefois. M. Galezowski ne fait pas l'énucléation de l'œil, mais l'ablation de la tumeur au galvanocautère. La récidive est la règle. Elle peut se faire, par inoculation, sur le point de la paupière en contact avec le néoplasme primitif.

M. *Castex* (de Paris) a communiqué une observation de généralisation osseuse d'un ostéosarcome avec une véritable greffe

intra-articulaire sur le cartilage de la rotule. Cette pièce tire son intérêt d'une étude histologique communiquée quelque temps auparavant par M. Debroknowski à la Société anatomique.

Communications diverses.

Voies urinaires. — M. *Guyon* (de Paris). *Taille hypogastrique. Traitement chirurgical de la tuberculose vésicale.* — M. le professeur *Guyon* a montré comment le diagnostic de la *tuberculose vésicale*, pendant longtemps obscur, est aujourd'hui possible, facile même dès le début de l'affection. Pendant longtemps on s'est borné à faire un traitement général associé à diverses injections intravésicales. Mais M. Guyon n'a pas tardé à constater que les injections aggravent plutôt la maladie, et il en était arrivé à n'employer plus que le traitement médical. Ce traitement donne des résultats parfois surprenants, mais il n'a pas la prétention d'être curatif. Mais peu à peu la thérapeutique chirurgicale en est venue à rendre aux malades de réels services. D'abord la taille, et surtout la taille hypogastrique, a permis de parer à un des accidents les plus fréquents de la tuberculose vésicale : à la cystite douloureuse, dans les cas, relativement peu fréquents il est vrai, où les souffrances résistent aux autres moyens que nous avons à notre disposition. Mais on conçoit qu'une fois dans la vessie on puisse agir directement sur la lésion tuberculeuse. Cela ne sert à rien dans la majorité des cas, car ordinairement la tuberculose vésicale est associée à des lésions des organes génitaux. Une fois cependant, après avoir fait la taille périnéale à un tuberculeux atteint de cystite douloureuse, le sujet ayant des organes génitaux en apparence sains, M. Guyon fit pendant six semaines des applications iodoformées régulières sur les surfaces malades et obtint un excellent résultat. Les bacilles, qui foisonnaient dans l'urine, en ont disparu et aujourd'hui, deux ans et demi après l'opération, le malade est en parfait état. Il y a quelques mois, M. Guyon a rencontré un autre homme chez lequel n'existaient pas de lésions génitales : la cystotomie sus-pubienne lui fut pratiquée et les ulcérations tuberculeuses furent brûlées au fer rouge. Six semaines après les bacilles avaient disparu, et depuis ils n'ont pas reparu. On est donc autorisé à agir quand l'appareil génital est sain. Peut-être aussi lorsque, cet appareil étant peu atteint, le traitement médical a échoué.

La véritable méthode opératoire consiste à ouvrir la vessie par la *voie hypogastrique*, qui seule met bien sous les yeux les lésions, que l'on peut alors gratter, cautériser, panser à l'iodoforme. Dans ces dernières années, M. Guyon est arrivé peu à peu à un manuel opératoire bien réglé. Rien de neuf pour l'incision, les points de repère, le refoulement de la graisse prévésicale. Mais M. Guyon a soin, aujourd'hui, de maintenir chacune des lèvres de la plaie vésicale à l'aide d'une anse de fil. Cette pratique a plusieurs avantages. La vessie, largement béante, est aisée à inspecter par cette ouverture bien fixe. L'extraction des calculs est facilitée. En outre, un des dangers est le recroquevillement de la vessie derrière le pubis et l'urine s'infiltre alors : cela n'est plus à craindre. On y voit très bien dans la vessie à l'aide d'une lampe électrique et d'un spéculum réflecteur inventé par Bazy. Ces manœuvres d'inspection doivent être faites après ablation du ballon de Petersen.

La suture vésicale ne peut pas encore être pratiquée avec sécurité après la taille hypogastrique. Il faut cependant chercher à réaliser ce progrès. Au début, M. Guyon ne faisait absolument pas de réunion. Cela avait l'inconvénient d'allonger le temps nécessaire à la guérison. Mais surtout, les lèvres de la plaie vésicale se cicatrisent isolément et l'on obtient une union peu solide. Il y a quelques jours, M. Albarran montrait à la Société anatomique une pièce probante à cet égard : un homme opéré en 1882 par M. Guyon vient de succomber à une infiltration d'urine, une rétention d'origine prostatique ayant amené une rupture de cette cicatrice. En outre, plusieurs sujets opérés par l'ancienne méthode ont eu de l'éventration. Aussi M. Guyon fait-il maintenant trois plans de sutures : deux sont au catgut, l'un sur la vessie, l'autre sur les muscles droits. Le troisième, au fil d'argent, réunit le reste de la paroi. Mais cette suture n'est faite qu'en haut et en bas. Entre les deux reste l'espace par lequel passent les tubes siphons de Périer, modifiés un peu par M. Guyon qui les fait fabriquer un peu incurvés (à courbure fixe) à leur extrémité vésicale, et accolés intimement l'un à l'autre. Ils assurent ainsi un drainage parfait et l'on peut laisser le pansement cinq à six jours sans le changer.

Dans ce pansement on n'abusera pas d'antiseptiques, car ces malades sont très sujets aux intoxications par l'acide phénique et par l'iodoforme. M. Guyon invoque une susceptibilité particulière de ces régions. Peut-être est-ce dû à ce que ces malades sont atteints très fréquemment de lésions rénales et ont ainsi des organes dépurateurs insuffisants.

M. *Bazy* (de Paris) a communiqué *deux observations rares de corps étrangers de la vessie.* Dans un premier cas il s'agit d'une femme de soixante-six ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis pour des mictions douloureuses et fréquentes datant de six mois. L'exploration fit constater l'existence d'un calcul qui fut reconnu pour être phosphatique et par suite développé probablement autour d'un corps étrange. Le calcul fut broyé, et le lithotriteur saisit alors un corps mou : c'était un paquet de fort fil de lin de 5 à 6 mètres, enchevêtré. A la suite de l'opération il resta de l'incontinence qui guérit par l'électrisation localisée.

Dans l'autre cas, il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, d'une intelligence très bornée, qui, sous le prétexte, mensonger d'ailleurs, de se sonder pour remédier à des troubles de miction, s'était introduit une verge de porc dans l'urèthre. Surpris dans cet exercice, il avait lâché le corps étranger qui était tombé dans la vessie. De là une rétention presque complète. M. Bazy retira par la sonde une urine plus fétide encore que celle du cancer vésical. Le lendemain, au moyen d'un instrument analogue au lithotriteur à mors plats, mais dont les mors sont disposés en sens inverse du lithotriteur, il enleva facilement le corps étranger long de 30 centimètres et le malade repartit rapidement pour son pays avec des urines absolument limpides.

Tête et face. — M. *Ehrmann* (de Mulhouse). *Des opérations plastiques du palais chez l'enfant.* — M. Ehrmann a été le premier en France à étendre aux enfants en bas âge les bénéfices de l'uranoplastie. Il pratique ces opérations depuis 1870, et il vient rendre compte au Congrès de 41 observations qu'il a recueillies depuis cette date sur des enfants âgés de moins de dix ans. A l'appui de sa communication, il a présenté une riche collection de moulages. Ces opérés ont pu être suivis par M. Ehrmann depuis l'intervention chirurgicale.

Ils peuvent être répartis en trois catégories :

1° 10 *enfants âgés de moins de deux ans* ont fourni 2 morts, 2 insuccès, 6 succès opératoires. Mais de ces 6, un seulement survit aujourd'hui. Deux sont morts en quelques mois de variole et de rougeole. Trois autres, au bout d'assez longtemps, sont morts de méningite tuberculeuse. Aussi M. Ehrmann a-t-il renoncé à ces opérations précoces.

2° 20 *enfants âgés de deux à six ans* ont fourni 1 insuccès définitif; 2 morts par croup intercurrent et 17 guérisons. Ces 17 enfants jouissent tous aujourd'hui d'une santé parfaite. 11 d'entre eux ont dû subir quelque opération supplémentaire.

3° 11 *enfants âgés de six à dix ans* ont donné 1 insuccès (l'opéré ayant été pris d'une roséole intercurrente) et 10 succès, dont 6 ont nécessité une ou plusieurs retouches.

Donc M. Ehrmann obtient de nombreux succès dans ces anaplasties si délicates. Il en attribue une bonne part à la manière spécialement exercée dont il est aidé par son auxiliaire qui, après l'opération, alimente les enfants, assure la propreté constante de la bouche. De ses observations il résulte que, contrairement à la doctrine classique, le voile prend presque toujours et c'est sur le palais osseux que portent les échecs. Une fois un trou subsistant au palais, il n'y a rien à attendre de la nature pour le combler.

Les résultats obtenus prouvent qu'à partir de deux ans on peut intervenir avec sécurité. Mais une autre question se pose : celle des résultats au point de vue de la phonation. Là, deux doctrines. Pour M. le professeur Trélat, quand on a réparé le palais on n'a fait qu'une partie de la besogne; il faut qu'à l'aide d'une gymnastique spéciale le sujet apprenne à parler avec l'organe qu'il a alors. De là la nécessité d'un sujet apte à y mettre du sien, à comprendre cette gymnastique. Il faudrait donc opérer quand arrive l'âge de raison. Mais aussi, ajoutent des chirurgiens pour la plupart anglais, plus l'âge s'avance et plus les modifications organiques s'aggravent, plus l'enfant prend de mauvaises habitudes phonétiques. Le mieux est donc d'opérer dès qu'on le peut sans compromettre la vie. C'est à cette doctrine que se rallie franchement M. Ehrmann, encouragé en cela par les résultats phonétiques, rarement parfaits,

mais en général suffisants, qu'il a constatés au bout de plusieurs années sur ses opérés.

M. *Panas* (de Paris) : *Des hématomes spontanés de l'orbite.* — C'est une maladie rare. A propos d'une observation personnelle, M. Panas n'a pu retrouver que 4 observations déjà publiées. Son malade est un enfant de quatre ans, sujet aux épistaxis, venant consulter pour un exorbitisme avec limitation des mouvements, dilatation de la pupille, gonflement des paupières, mais sans ecchymose. Pas grand'chose à l'ophthalmoscope sauf la blancheur de la papille; mais vue nulle. Derrière l'œil, en haut et en dehors, on sent de la fluctuation. M. Panas incise cet épanchement et en extrait du sang noirâtre. La sonde cannelée démontra le siège dans la loge rétro-ténonienne. Après une amélioration immédiate, les phénomènes reprennent à peu près leur intensité primitive; puis fièvre, état saburral; épistaxis du côté de l'œil malade; diarrhée abondant. Le tout s'est amélioré peu à peu à partir du quatrième mois. L'enfant, encore en voie de traitement, est aussi en voie d'amélioration locale, quoique la rétine reste insensible. La pathogénie reste sans doute obscure. On peut seulement retenir que cet enfant est hémophile; qu'il est trop gras; qu'il est dyspeptique avec dilatation de l'estomac et que c'est avec les crises dyspeptiques que survenaient les épistaxis. Donc, il semble qu'il faille considérer ce fait particulier comme une hémorrhagie par troubles vaso-moteurs réflexes d'origine gastro-intestinale; fait fréquent pour l'épistaxis, rare pour l'orbite. Les autres observations connues de M. Panas sont à peu près muettes sur la pathogénie. Elles sont dues, entre autres, à Fischer (à la ménopause); à Warthon Jones (jeune brightique). Retenons donc la prédisposition probable par la dyspepsie. Peut-être le mieux serait-il de s'abstenir. M. Panas est intervenu : 1° parce que la nature du liquide restait inconnue; 2° parce que les nerfs étaient assez gravement comprimés.

M. *Lannelongue : Kystes dermoïdes crâniens de la région fontanellaire antérieure.* — Sur ces kystes, peut-être moins rares qu'on ne le pense, on n'a jamais fait le diagnostic d'emblée, si l'on en juge par les dix faits publiés. De là des incisions, des ponctions qui ont parfois causé des accidents, la mort même. M. Lannelongue en a observé deux cas, dont un où la tumeur était transparente; avait été pendant longtemps pulsatile. Malgré les autres avis, M. Lannelongue diagnostiqua un kyste dermoïde et fit l'ablation. Mais, on le voit, la tumeur simulait absolument une méningocèle, erreur faite dans les trois autres observations publiées où la tumeur était transparente. Mais le diagnostic est possible : la tumeur n'a qu'une congénitalité virtuelle; on ne l'a pas constatée à la naissance. Elle s'accroit régulièrement jusqu'à la puberté. Mais autour de la tumeur est un bourrelet osseux dû à la cupule que creuse le kyste dans la voûte crânienne et simulant un trou Ce qui permet d'affirmer le diagnostic, c'est qu'il n'y a pas un seul cas de méningocèle de la région fontanellaire antérieure. En outre, ces kystes ont parfois une réductibilité apparente, mais jamais cette réduction ne s'accompagne de phénomènes de compression cérébrale, la fontanelle ne s'oblitère pas. Leur siège est médian parce qu'il y a là soudure médiane, entre les lames latérales au-dessus desquelles se forme le crâne (gouttière dorsale). Et pourquoi à la région antérieure? parce que cette région est la dernière ossifiée et de la sorte le kyste est peu à peu refoulé en avant par les progrès de l'ossification. M. Lannelongue a une pièce le prouvant : un kyste intracrânien étant resté ainsi en arrière de l'insertion de son pédicule rompu. Le seul traitement est l'extirpation.

M. *Ollier* a observé trois kystes dermoïdes de cette région. Dans un cas il a trouvé une paroi postérieure assez fortement fournie de poils. Il s'est borné à réséquer le pourtour de la poche et cette partie profonde a remplacé le cuir chevelu. En 1874, il a perdu, de méningo-encéphalite, un de ses opérés.

M. *Ch. Abadie : Moyens de prévenir et de combattre les accidents de suppuration consécutifs aux traumatismes de l'œil.* — Les traumatismes de l'œil peuvent résulter soit de blessures accidentelles, soit de manœuvres chirurgicales. Dans l'un et l'autre cas ils peuvent s'accompagner de suppuration dont on comprend aisément la gravité extrême. La surface conjonctivale avec ses replis profonds sous-palpébraux est en effet un réceptacle pour les microbes. Les travaux du professeur Gayet et de Fick ne laissent aucun doute à cet égard. Sur 178 ensemencements pratiqués avec un peu de mucus du cul-de-sac conjonctival supérieur, 139 furent fertiles et 39 stériles. La conséquence de ces recherches s'impose. A la suite de n'importe quel traumatisme et avant de procéder à une opération quelconque, on devra faire une irrigation sous-palpébrale assez puissante pour enlever *mécaniquement* les microbes qui pourraient y séjourner. Le liquide employé ne doit pas être irritant : il suffit qu'il soit aseptique. Si, malgré les précautions prises, il y a inoculation et suppuration en un point, que faire? On ne peut compter sur l'emploi des solutions antiseptiques puissantes (sublimé, acide phénique, etc.) en raison de l'intolérance de l'œil à leur égard. Voici alors comment il faut procéder : il faut toucher légèrement le centre du foyer purulent avec la pointe effilée rougie à blanc du galvanocautère et répéter ces cautérisations légères *toutes les douze heures.* Si la suppuration se déclare après une opération de cataracte, les petites pointes de feu doivent être appliquées le long de la plaie sans empiéter sur les parties voisines. Répétées systématiquement *toutes les douze heures*, elles arrêtent complètement le processus morbide et sauvent la cornée d'un désastre certain.

Mesure de l'astigmatisme, par M. *Javal.* — Le premier ophthalmomètre de M. Javal donnait des résultats précis et rapides. Le nouvel instrument construit par M. Javal donne quatre images situés sur deux diamètres à angle droit et permet d'obtenir la mensuration à l'aide d'une seule observation.

M. *Levrat* (de Lyon) : *Operation de Rizzoli-Esmarch pour constriction de la mâchoire.* — L'opération a été pratiquée pour une ankylose unilatérale de la temporo-maxillaire consécutive à la scarlatine chez une enfant de six ans et demi. Le périoste fut détruit avec soin au niveau de la section osseuse. La pseudarthrose a été obtenue et la force de mastication est excellente.

M. *Fontan* (de Toulon) : *Résection temporaire du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.* — Il s'agit d'un garçon de seize ans chez qui un polype énorme remplissait les cavités faciales, saignait beaucoup et gênait considérablement la respiration, la déglutition, le sommeil. Pour pratiquer en une séance l'ablation de la tumeur, M. Fontan a pratiqué la résection temporaire du maxillaire supérieur et du malaire à l'aide d'incisions préconisées, mais non employées sur le vivant, par J. Roux. Le lambeau a été suturé après ablation du polype et la consolidation osseuse s'est parfaitement effectuée.

M. *Duplouy* (de Rochefort) : *Resection de l'apophyse transverse de l'axis.* — Cette opération a été pratiquée pour un mal de Pott sous-occipital ayant causé une fistule de la nuque. La malade est morte d'autres lésions tuberculeuses, assez longtemps après l'intervention. L'opération a été exécutée bien plus facilement qu'on n'aurait pu le croire.

M. *Bories* (de Montauban) : *Traitement des tumeurs érectiles par électrolyse.* — Il s'agissait d'un angiome artériel de la lèvre, consécutif à une plaie contuse et ayant déjà causé des hémorrhagies graves. L'électrolyse a fait obtenir un succès assez lent, mais complet.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Le cerveau et l'activité cérébrale au point de vue psycho-physiologique, par AL. HERZEN, professeur de physiologie à l'Académie de Lausanne. 1 vol. in-12 de 312 pages. — J.-B. Baillière et fils, 1887.

Dans cet ouvrage, l'auteur aborde, après bien d'autres, la question des rapports du cerveau et de la pensée, et, comme la plupart des physiologistes, il la résout dans le sens d'une réfutation de la doctrine des deux substances, vulgairement appelée spiritualisme. Mais il a fait un remarquable effort pour donner à sa démonstration une simplicité et une rigueur vraiment scientifiques, et il ne craint pas, pour bien poser le problème et ses termes, d'entrer dans des discussions philosophiques dont la subtilité, loin d'être inutile, était nécessaire pour donner à sa thèse l'as-

siette solide qui manque à tant d'autres expositions de la même doctrine. On en jugera par ce rapide résumé.

L'introspection personnelle, l'observation de la conscience intime est nécessaire pour commencer la science de l'esprit, mais insuffisante pour la constituer; pour cela, il faut recourir à la méthode de la physiologie expérimentale, et, pour interpréter les résultats de celle-ci, ne pas craindre de déduire, pourvu que les déductions soient *a posteriori*, c'est-à-dire servent seulement à déterminer le sens et la portée des résultats de l'expérience.

La matière et la force ne sont que deux aspects, séparés arbitrairement par l'esprit, d'une même réalité; de même la matière vivante et la force vitale, la matière nerveuse et la force psychique. Les phénomènes psychiques sont des mouvements moléculaires de la matière cérébrale. Ce mouvement est continu, sans interruption; les faits de conscience ne l'interrompent pas et ne l'engendrent pas; ils ne font que le représenter à leur manière. Tout fait psychique demande du temps pour être effectué, ce qui implique logiquement qu'il est, au fond, un mouvement, le phénomène d'un substratum étendu; M. Herzen reproduit ici une curieuse et solide argumentation de Schiff. A l'appui de la même thèse, il résume ensuite les expériences remarquables et trop peu connues du même physiologiste sur le dégagement de chaleur qui accompagne les opérations mentales.

« Toute action est une réaction. » La spontanéité n'est jamais que relative, ou, pour mieux dire, apparente; la tonicité des muscles elle-même est entretenue par la sensation. Suit une réfutation — originale et hardie — du libre arbitre et, comme corollaire, une explication de la croyance commune à la liberté. Mais cette croyance est, selon l'auteur, beaucoup moins commune qu'on ne pense; l'idée même de la société et de la morale sociale est fondée sur la croyance contraire.

M. Herzen aborde ensuite le problème de la conscience. Deux opinions extrêmes et opposées ont été soutenues sur ce sujet par les psycho-physiologistes anglais Maudsley et Lewes; le premier professe l'inutilité presque absolue de la conscience et son absence presque constante dans les opérations de l'esprit; il va jusqu'à soutenir, non sans paradoxe, que la machine intellectuelle pourrait se passer de la conscience sans rien perdre de sa valeur, sans que son fonctionnement régulier subisse le moindre trouble; pour Lewes, au contraire, la conscience accompagne à des degrés divers toutes les opérations des centres nerveux, même celles de la moelle. M. Herzen adopte une opinion intermédiaire : il établit que l'activité de tous les centres nerveux est tantôt consciente, tantôt inconsciente, selon certaines conditions qu'il détermine et dont l'ensemble forme ce qu'il appelle la *loi physique de la conscience*. Voici ces conditions : la conscience est liée exclusivement à la phase désintégrative de l'activité nerveuse centrale; elle est d'autant plus grande que la désintégration est plus intense; quand un acte se répète, la désintégration des éléments nerveux déjà désintégrés une première fois s'effectue avec moins de difficulté que lorsque l'acte est nouveau; il est alors plus rapide et moins conscient; c'est ce que nous appelons l'habitude. Après la désintégration, le repos est nécessaire pour réparer l'usure des éléments nerveux; de là, périodiquement, le sommeil, et, pendant la veille, la nécessité d'un changement d'occupation après toute tension d'esprit; de là, dans le cours même d'une méditation, le changement nécessairement perpétuel de nos pensées. Toute réintégration nerveuse est inconsciente.

La conscience simple, sans association entre les états de conscience, sans distinction du moi et du non-moi, est possible; à l'appui, l'auteur cite son expérience personnelle; plusieurs fois, reprenant conscience après une syncope, il a pu observer ce mode élémentaire de la conscience; telle peut et doit être la conscience des nouveau-nés, celle des animaux inférieurs acraniens, de l'amphioxus par exemple, celle des animaux expérimentalement privés de leurs hémisphères. Il y a une conscience spinale, et elle est plus intense chez les animaux qui n'en ont pas d'autre que chez l'homme, chez qui les centres nerveux supérieurs absorbent et étouffent l'activité naturelle des centres inférieurs. Les expériences de Steiner (p. 241-242) sont venues à propos, en 1887, confirmer les hypothèses que l'auteur avait déjà émises sur ce sujet un an auparavant. Mais la conscience spinale est généralement uniforme et automatique; elle est donc très faible, puisqu'elle correspond à un très faible degré de désintégration.

La conscience est nécessaire pour les actes nouveaux seulement; l'habitude permet l'inconscience et l'automatisme; la conscience « défriche le territoire cérébral »; elle travaille à se rendre inutile. Le progrès est à ce prix : pour pouvoir trouver du nouveau, il faut faire et penser aisément ce que l'on fait et pense depuis longtemps.

La conscience du moi est un fait de conscience d'un genre spécial. Il faut ici distinguer (ce que l'auteur ne fait pas assez explicitement) le moi momentané, qui n'est que la *panesthésie* de l'instant présent, et le moi relativement permanent, la personnalité, l'individualité morale, qui est le souvenir synthétique de toutes nos panesthésies passées. « La mémoire est la pierre angulaire de l'édifice personnel. » Le moi de chacun de nous n'est que relativement identique à lui-même dans la suite de notre vie; ses éléments s'accroissent et changent, et il change avec eux. La personnalité morale est variable au même degré que la personnalité physique. Différents faits pathologiques, où les oscillations normales du moi se trouvent exagérées et où, par suite, la personne est plus ou moins complètement dédoublée, servent de confirmation à cette théorie. Nous ne craignons pas de dire que la psychologie moderne ne présente aucune théorie du moi qui soit aussi pénétrante et qui fournisse des faits à expliquer une interprétation aussi satisfaisante.

Elle clôt dignement un ouvrage aussi remarquable par la force de la pensée que par l'esprit éminemment scientifique qui ne cesse d'inspirer l'auteur au milieu même de ses plus grandes hardiesses de doctrine.

V. E.

VARIÉTÉS

Banquet offert a M. J. Straus. — Samedi dernier les salons du Lion d'Or étaient devenus trop étroits pour réunir les nombreux amis du professeur Straus désireux de montrer au successeur de Vulpian de quel cœur ils s'associaient à sa joie, avec quelle sympathie ils applaudissaient à son succès. Dans l'une des salles, près de cent cinquante professeurs, agrégés ou médecins des hôpitaux, auxquels s'étaient joints M. Valery Radot, gendre de M. Pasteur, et les collaborateurs les plus fidèles de l'illustre maître, tous les anciens élèves de l'École de Strasbourg présents à Paris, le professeur J. Teissier (de Lyon) et les amis personnels de M. Straus, s'étaient assis à ses côtés. Après avoir, dans une salle voisine, fêté plus joyeusement encore la nomination de leur maître, les élèves du nouveau professeur étaient venus, à l'heure des toasts, lui prouver, par leurs applaudissements, combien il avait su se faire aimer de tous.

C'est ce qu'ont dit en termes excellents les nombreux orateurs qui tour à tour ont rappelé les titres de M. Straus. M. le doyen Brouardel en faisant ressortir dans un langage plein d'élévation, les mérites d'une vie tout entière consacrée à la science; M. l'inspecteur général Gavarret en souhaitant la bienvenue à son jeune collègue au nom de l'Université dont il reste l'un des chefs respectés; M. Roux en rappelant avec quelle intuition de l'avenir et quelle passion pour la vérité M. Straus s'était adonné, sous la direction de M. Pasteur, aux recherches micro-

biologiques; MM. Déjerine et Wurtz, au nom de ses élèves; M. Treille au nom de ses anciens camarades de Strasbourg; M. J. Teissier venu de Lyon pour rappeler combien Straus s'était toujours montré bienveillant et affectueux envers tous les travailleurs, quelle que fût leur origine, ont soulevé à diverses reprises de chaleureux applaudissements. Et c'est avec une réelle et sympathique émotion que l'on a acclamé M. Mathias Duval qui, depuis trente années, le plus fidèle, le plus constant ami du nouveau professeur, a su, dans un langage vraiment éloquent, évoquer le souvenir de ses vieux maîtres de Strasbourg et rappeler ce qu'ont dû à l'École de Paris les exilés de notre Faculté d'Alsace. En répondant à tous ces toasts, et en particulier à celui de son ami Mathias Duval, M. Straus a tenu lui aussi à unir dans un même sentiment de gratitude et de respect ses anciens professeurs de Strasbourg qui lui ont appris à aimer le travail et la science et les maîtres de cette glorieuse École de Paris, qui s'est montrée assez généreuse pour ouvrir libéralement ses portes aux anciens élèves alsaciens et pour adopter ceux qui, après de brillants concours, ont su mériter l'honneur insigne de lui appartenir. Il est permis d'ajouter que la Faculté de Paris s'est aussi montrée non seulement libérale, mais encore clairvoyante. Elle a su comprendre que Duval et Straus, qu'elle adoptait ainsi, sauraient augmenter son patrimoine de gloire par des travaux scientifiques dignes d'inspirer au monde savant le respect de l'Université de France.

Nécrologie. — M. le docteur Robert-Hippolyte Brochin, qui vient de mourir subitement à l'âge de soixante-dix-neuf ans, laissera dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu le souvenir le plus respectueux et le plus sympathique. Écrivain distingué, il savait traiter avec méthode et clarté les sujets les plus difficiles, discuter avec une égale compétence les questions de philosophie médicale, de pathologie générale ou de médecine pratique. Rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*, il suivait avec une égale attention les discussions de l'Académie et les leçons des maîtres de la clinique française. Ses comptes rendus, toujours bien pensés et bien écrits, présentaient sous la forme la plus attrayante le résumé des travaux contemporains. Médecin d'une grande station thermale, il exerçait avec la plus scrupuleuse probité des fonctions souvent difficiles à bien remplir. Depuis ses débuts dans la carrière médicale jusqu'à son dernier jour, Brochin est resté, dans la vraie, dans la juste acception de ce mot, un journaliste médical consciencieux et honnête. Le *Dictionnaire encyclopédique*, qui le comptait parmi l'un de ses premiers rédacteurs et auquel il envoyait, il y a quelques jours à peine, une nouvelle série d'articles, perd en lui un de ses collaborateurs les plus exacts et les plus fidèles. C'est avec un vif sentiment de sympathie et de regrets que nous nous associons au deuil de son fils.

— M. le docteur Martineau, dont nous n'avons pu que mentionner la mort inopinée dans notre avant-dernier numéro, a été inhumé à Melun, où se sont rendus un certain nombre de ses amis, auxquels sont venus se joindre des médecins du département de Seine-et-Marne.

Trois discours ont été prononcés sur sa tombe: le premier par M. Bancel, président de la Société des médecins de Seine-et-Marne, au nom de l'Association générale; le second, par M. Blache, vice-secrétaire de l'Association, au nom des membres du bureau de l'Association; un troisième, par M. Constantin Paul, au nom de ses collègues des hôpitaux et de ses amis.

Martineau lègue sa fortune, après la mort de sa mère, à l'Association générale des médecins de France, et ses livres ainsi que ses instruments à la bibliothèque des internes de Lourcine.

(*Union médicale*).

— Nous apprenons aussi avec un vif regret la mort de M. le docteur E. Vibert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy, président de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire, ainsi que celle de M. le docteur Roux (Jean-François) (de Meximieux).

Bureau central. — Un concours public, pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, s'ouvrira le lundi 30 avril 1888, à midi, à l'administration centrale de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs, qui voudront concourir, se feront inscrire au secrétariat général de l'administration, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 26 mars 1888, et sera clos définitivement, le samedi 14 avril suivant, à trois heures.

— Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'ouvrira le vendredi 4 mai 1888, à midi, à l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs, qui voudront concourir, se feront inscrire au secrétariat général de l'administration, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 3 avril 1888; il sera clos définitivement le samedi 21 avril, à trois heures.

Banquet de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 7 avril, à sept heures, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence de M. le professeur Hardy. Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice), peut-être remis, soit dans les hôpitaux, à l'interne en médecine, économe de la salle de garde; soit à l'un des commissaires: MM. Piogey, Bottentuit et Tillot (Émile).

Corps de santé de la marine. — Ont été promus au grade de médecin de deuxième classe: MM. Roques, aide-médecin, docteur en médecine, Morin, docteur en médecine, ancien médecin auxiliaire de la marine, et Le Scour (Yves), docteur en médecine.

Hôpitaux de Paris. — Par arrêté ministériel, en date du 5 mars 1888, M. le docteur Chauffard, médecin du Bureau central, est nommé médecin titulaire de l'institution Sainte-Périne; M. le docteur Onlmont, médecin du Bureau central, est nommé titulaire de la Maison de retraite de La Rochefoucauld; M. le docteur Richelot, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien titulaire de l'hospice de Bicêtre; M. le docteur Lailler, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, est nommé médecin honoraire des hôpitaux et hospices de Paris; M. le docteur Cruveilhier, ancien chirurgien de l'hôpital Beaujon, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux et hospices de Paris.

Récompenses honorifiques. — M. le ministre de la guerre vient d'accorder un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, à MM. les docteurs Barbin (de Montoir), Bardo (de Chérages), Beaujard (de Vierzon), Bertaut (de Pouancé), Beurnier (de Montbéliard), Bénoit (de Dieulefit), Binet (de Villers-Bocage), Binet (de Vence), Blanc (d'Orlhaguet), Bona (d'Evaux), Bouret (de Rebecourt), Bourguet (de Graissessac), Chabenat (de La Châtre), Chertier (de Nogent-sur-Seine), Claverie (de Villandraut), Dambier (de Vélines), Deheune (de Bergues), Depautaine (de Gondrecourt), Despaignet (de Mont-de-Marsan), Doumic (d'Imphy), Duraud (d'Arcueil), de Ferry de la Bellonne (d'Apt), Gaucher (d'Aïn-Temouchent), Gorski (de Lagore), Guizot (de Rignac), Guyot (de Solesmes), Homo (de Château-Gontier), Joyeux (de Mirecourt, Lannes (de Nailloux), Lefèvre (de Bonnières), Lepage (de Fauville), Le Roy des Barres (de Saint-Denis), Masson (de Raon-l'Etape), Mestivier (de Saint-Gaultier), Moulin (d'Argentat), Noël (de Saint-Denis-du-Sig), Petit (de Longeau), Piales d'Axtrez (de Sousceyrac), Poussié (de Marvejols), Réfrégé (de Lodève), Robillier (de Clerval), Thouvenin (de Vezelise), Thomas (de Saint-Amand-en-Puisaye), Toutant (de Marans), Trogneux (de Fontaine-le-Dun), Vidal (de Saint-Gervais).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

14660. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. le Dr L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. Lereboullet, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 4 avril 1888.

Académie de médecine : **Prophylaxie de la syphilis dans l'armée et dans la marine. — Vaccination animale.**

La brillante discussion qui se poursuivait depuis plusieurs séances devant l'Académie vient de se terminer par le vote des résolutions relatives à la prophylaxie de la syphilis dans l'armée et dans la marine. C'est là, dans ces milieux de discipline et de vie commune, que les mesures recommandées par l'Académie ont assurément le plus de chances d'être favorablement accueillies et suivies de succès. Les éminents représentants du corps médical des armées de terre et de mer que l'Académie compte dans son sein ont d'ailleurs très justement fait observer que ces mesures étaient déjà en grande partie appliquées et qu'on avait songé avec la plus grande sollicitude à l'intérêt sanitaire des soldats, en même temps que l'on avait prévu avec la plus grande minutie, et sans nuire à l'autorité nécessaire du commandement, tous les détails pratiques d'exécution. Aussi aurait-on pu considérer comme inutiles les vœux de l'Académie, si la majorité de celle-ci n'avait pas tenu à parfaire son œuvre et à ne pas laisser dans l'oubli, par crainte de critiques trop intéressées, les milieux où notre jeunesse tout entière est appelée aujourd'hui à passer un temps plus ou moins long. Son insouciance et l'entraînement de ses passions la rendent trop vulnérable pour que les conseils et les soins ne lui soient impérieusement nécessaires. Ainsi, toutes les catégories sociales ont été visées par l'Académie dans la série des vœux qu'elle a émis et qui forment comme un Code sanitaire contre la propagation des maladies vénériennes. Chacun se plaira, comme l'a fait avec son autorité bienveillante et distinguée M. le Président, à rendre hommage au talent et à la courtoisie des divers orateurs qui ont pris part à cette discussion.

Ajoutons que toutes les conclusions qui ont été successivement soumises au vote de la Compagnie ont été adoptées à l'unanimité. Cet heureux résultat, qui affirme avec tant d'autorité l'opportunité d'une réforme sinon dans la législation du moins dans la réglementation sanitaire, est dû au grand esprit de conciliation dont s'est inspirée la

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

L'approbation et le doctorat univereitaire en Allemagne. — Nombre des étudiants en médecine en Suisse en 1886-87. — Morts des profeeseurs Bohn et L. Wagner. — Projet de fondation d'un hôpital pour les phthisiques à Berlin. — La policlinique de Berlin. — Les eociétés de eecours mutuele et les médecins. — Deux oae de poureuitee contre des médecins. — Ce qui eet permis pour bien examiner un enfant indocile. — Condamnation pour intervention malheureuse dans une affection oculaire.

Un des premiers numéros de l'année de la *Gazette de Cologne* signalait une particularité intéressante au point de vue de la prospérité actuelle des Facultés de médecine de l'Allemagne. Dans un article assez long sur ce sujet, elle déclarait que les médecins hésitent aujourd'hui à prendre le titre purement honorifique de docteur; la plupart se contentent de l'approbation conférée après l'examen d'Etat et qui suffit pour leur donner droit à la pratique régulière; ces hésitations tiendraient aux dépenses supplémentaires que nécessite l'obtention du grade universitaire. Suivant l'article en question il y aurait eu dans l'année scolaire 1886-1887, 505 approbations et seulement 150 diplômes de docteur. La Bavière en aurait 22 pour 450 médecins approuvés, le Wurtemberg un seul pour 24, la Hesse 2 pour 11. Pas un étudiant n'aurait pris le doctorat dans le royaume et les duchés de Saxe, le Mecklembourg-Schwerin, le grand-duché de Bade, l'Alsace-Loraine, et cependant on aurait conféré près de 300 approbations. D'après la *Münchener medicinische Wochenschrift* ces chiffres seraient faux au moins en partie; d'après les derniers documents officiels, en Bavière seulement, 220 à 240 personnes auraient subi avec succès l'examen d'Etat et sur ce nombre 124 auraient pris le doctorat.

L'administration centrale et les administrations commu-

Commission académique et au zèle méritoire de son éminent rapporteur.

En recommandant à l'attention des pouvoirs publics une œuvre que l'on a pu amender dans quelques-uns de ses détails mais qui établit si nettement les dangers de la situation actuelle et la nécessité absolue d'y remédier, l'Académie aura le droit de proclamer hautement qu'elle a fait tout son devoir. Et si l'on ne tient pas compte des vœux qu'elle vient d'exprimer, si d'énergiques mesures n'arrêtent pas la propagation de la syphilis, ce ne sera pas faute d'avoir nettement signalé ce qu'il convient de faire pour y réussir.

Bien qu'on ait singulièrement affaibli dans ces dernières années l'autorité qui devrait, en matière de prophylaxie sanitaire, rester prépondérante, nous espérons donc que les ministres à venir et les futurs préfets de police sauront méditer les conseils que l'Académie de médecine vient de leur donner. La sécurité publique dont ils ont la garde ne dépend-elle pas directement de la surveillance des garnis et des débits de vin où se réunissent avec des filles, ceux qui préparent ou viennent de commettre des crimes? Et malgré le légitime désir de ne pas attenter à la liberté individuelle, n'a-t-on pas le droit de surveiller plus attentivement les filles qui sont presque toujours les confidentes, les recéleuses ou les complices des souteneurs? La prophylaxie de la syphilis est donc intimement liée à la recherche des crimes et des délits. Et c'est peut-être pourquoi on se décidera à prendre contre cette maladie des mesures que l'intérêt de la santé publique a seule inspirées à la Commission académique.

— Une communication des plus importantes de M. le professeur Layet (de Bordeaux) a soulevé le problème toujours délicat et difficile de la vaccination animale, des moyens de récolte, d'application et de conservation du vaccin de génisse, de la valeur comparative des divers vaccins, de leurs origines, etc., etc. Les remarquables résultats obtenus par M. Layet dans le service municipal de vaccine qu'il a créé à Bordeaux depuis sept ans et qu'il continue de diriger avec un zèle parfait, plaident en faveur de la création de ces centres de vaccination, de ces instituts vaccinogènes que la France commence à peine à emprunter à l'étranger. Bordeaux, Lille, Montpellier, etc., sont dotés aujourd'hui de ces utiles institutions dont les bienfaits ne se comptent plus. A Paris, le Conseil municipal va être dans quelques jours consulté à ce sujet, d'après un projet très complexe et fort coûteux, élaboré par une commision spéciale et adopté par l'administration de l'Assistance publique.

Les recherches expérimentales auxquelles la commission de l'Académie tient à se livrer immédiatement sur certains points relevés par M. Layet dans son très intéressant mémoire, donneront sans doute lieu à des observations précieuses pour le succès d'une méthode prophylactique dont la sûreté doit être aussi absolue que possible. Nous aurons bientôt l'occasion d'y revenir à propos des travaux de la commission.

— La section des sciences médicales du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Oran, a été cette année particulièrement riche en communications intéressantes; nous les résumerons dans un prochain numéro.

THÉRAPEUTIQUE

Les propriétés physiologiques et l'emploi thérapeutique de l'erythrophleum et de lé'rythrophléine.

Si l'on jugeait de la valeur d'un médicament par le bruit qu'il fait dans le monde thérapeutique, celui-ci serait considéré avec quelque raison comme une acquisition précieuse de la matière médicale contemporaine. On en parle à Berlin, dans les séances de la Société de médecine; à Vienne, on en écrit dans les journaux, et, l'autre jour, à Paris, l'erythrophleum était l'objet de communications à l'Académie.

Au moment où la constatation de ses vertus anesthésiques passe pour un événement, on oublie un peu trop que la connaissance de son action physiologique remonte à plusieurs années déjà et aux travaux, trop peu cités, de deux savants français.

Mais je passe outre : il ne s'agit pas ici d'instruire un procès en revendication de priorité, mais bien plutôt — tâche à coup sûr plus utile — d'estimer la valeur pratique d'un agent que l'on dit médicamenteux, et qui, jusqu'à présent, était plus connu des physiologistes que des médecins.

I

Qu'est-ce que l'érythrophléine? Un alcaloïde, ou bien le dédoublement d'un glucoside? Les chimistes ne le disent pas.

nales font toujours des sacrifices pécuniaires importants pour attirer les étudiants vers les Facultés; on augmente les crédits alloués jusqu'ici à l'Institut d'histologie et d'embryogénie de l'Université d'Erlangen. Le Magistrat de Munich a accordé une somme de 100 000 marcs pour les nouvelles constructions de la Clinique chirurgicale.

En Suisse, il y a eu dans le semestre d'hiver de 1886-87 122 étudiants en médecine à Bâle, 233 à Berne, 129 à Genève, 19 à Lausanne et 265 à Zurich, ce qui fait un total de 768 pour toutes les Ecoles du pays.

Les médecins allemands ont perdu dans le cours du mois de février deux hommes remarquables à différents titres et dont les travaux jouissent d'une considération méritée, même à l'étranger. Le 5 de ce mois est mort à Königsberg, à l'âge de cinquante-six ans, le professeur Heinrich Bohn. Privat docent dès 1860, il avait franchi tous les degrés de la hiérarchie sans quitter Königsberg. M. Bohn s'était spécialisé à la médecine des enfants; ses travaux sur les maladies de la bouche, la vaccination, les fièvres éruptives, le rachitisme, les maladies du système nerveux, etc., sont très estimés; presque tous ont paru dans la revue allemande des maladies infantiles (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*).

Cinq jours plus tard on apprenait la mort prématurée et tout à fait inattendue du professeur Ernst Leberecht Wagner, directeur de la clinique médicale de l'Université de Leipzig. Pendant les dernières semaines il avait continué son enseignement avec le zèle et l'activité qu'il y apporta toujours, tout en se plaignant d'un lombago pénible. Comme il avait eu des attaques de même nature les années précédentes, il n'accorda à la dernière que peu d'attention; il prit sous l'influence du froid une néphrite suraiguë, suivie d'accidents urémiques rapidement mortels; M. Wagner n'avait que cinquante-neuf ans.

Depuis 1885 il est fortement question d'établir près de Berlin, un hôpital pour les affections chroniques du

Quant à son origine, les botanistes nous apprennent qu'elle provient d'une légumineuse africaine : l'écorce de marcone des Portugais, le casca bark des Anglais, le saysy ou tali des indigènes, et, suivant une nomenclature moins vulgaire, de l'*Erythrophleum guinense*.

Enfin, d'après les voyageurs l'erythrophleum a sa légende : il entrerait dans la composition du poison d'épreuve, le haya, d'où M. Lewin vient de l'extraire et dont il constituerait vraisemblablement le principe toxique. Bref, chimistes, botanistes, géographes, ne donnent, quand on les interroge, que des renseignements sommaires sur la composition, la nature et la provenance de l'erythrophleum et de son alcaloïde. Les physiologistes sont-ils mieux fixés sur ses propriétés?

En 1876, deux habiles expérimentateurs français, MM. N. Gallois et E. Hardy, reconnaissaient la puissance toxique et l'action cardiaque de l'érythrophléine dans leurs communications à la Société de biologie. Plus tard, MM. Drummond (*The Lancet*, 1880, p. 763), Hanrach et Zabrochi, pour citer les noms de quelques observateurs seulement, l'étudiaient au laboratoire de pharmacologie de l'Université de Halle ; puis, dans l'intervalle, en Angleterre, MM. Lauder Brunton et Pye comparaient les vertus cardio-vasculaires de l'erythrophleum à celles de la digitale; de sorte que la renommée de ce produit végétal et de son alcaloïde était celle d'un médicament cardiaque.

Cette renommée a été d'ailleurs sans lendemain. L'erythrophleum et l'érythrophléine furent mis en oubli, et ils demeureraient encore dans le groupe fort nombreux des médicaments qui encombrent la matière médicale, sans les travaux tout récents sur ses propriétés anesthésiques.

Au demeurant, et bien que fort courte, l'histoire de l'erythrophleum et de l'érythrophléine se divise en deux périodes. Dans l'une, on croyait trouver dans leur emploi des modificateurs de la contractilité cardio-vasculaire, et l'espérance fut passagère. Dans l'autre, voici que l'on propose leur utilisation comme agents d'anesthésie locale; cette gloire, venue d'outre-Rhin, sera-t-elle moins éphémère? Il n'est pas indiscret, je pense, de le demander tout d'abord aux résultats de l'expérimentation physiologique.

MM. Gallois et Hardy constataient que l'érythrophléine augmente la pression artérielle et ralentit les battements du pouls. MM. Hanrach et Zabrochi l'ont vue arrêter en systole le cœur de la grenouille, puis, chez les mammifères, à la manière de la digitaline, et à doses modérées, ralentir les mouvements de cet organe, augmenter leur énergie et la pression artérielle.

A doses toxiques, des convulsions précèdent la mort, et très vraisemblablement en hâtent le moment. Si l'animal a été préalablement curarisé, les convulsions faisant défaut, on constate l'accélération du pouls, la chute de la pression artérielle et l'arrêt graduel du cœur.

Bochefontaine a vérifié, lui aussi, la succession de ces phénomènes dans une série de recherches, dont il a fait connaître, avec M. Germain Sée, les résultats, à la séance du 7 juin 1880 de l'Académie. D'ailleurs, outre ces effets vasculo-cardiaques, il en est d'autres qui établissent plus intimement les analogies de l'erythrophleum avec la digitale.

D'après Schmiedeberg et Perrier, la digitale donne, en se décomposant, des produits doués des mêmes propriétés toxiques que la picrotoxine. Or, voici que des doses très élevées d'érythrophléine provoquent des contractions cloniques et de l'opisthotonos, dans les expériences de Hanrach et Zabrocki (*Arch. f. experim. Pathologie und Pharm.*, 1885), phénomènes spasmodiques qui diffèrent de ceux de la picrotoxine seulement par leur caractère successivement clonique, puis tonique.

Lewin et Kaposi signalent des phénomènes de même ordre. Ils ont vu, parfois un quart d'heure seulement après une ingestion sous-cutanée, le malade accuser des vertiges, du retard des pulsations cardiaques et artérielles, l'accélération des mouvements respiratoires, des nausées et des vomissements, ensemble symptomatique, révélant sans doute une modification du rôle phrénateur du pneumogastrique dans les trois départements viscéraux qu'il innerve ; action que Bochefontaine invoquait naguère pour interpréter les propriétés vasculo-cardiaques de l'érythrophléine, et qui concorde avec les notions acquises depuis longtemps sur les synergies, dont M. H. Huchard, avec d'autres, a signalé l'importance clinique.

Ce sont là des vertus que l'on semble un peu mettre en oubli dans les travaux les plus récents. Toute l'attention des physiologistes et des cliniciens, chirurgiens, dermatologistes ou ophthalmologistes, se fixent plutôt, en effet, sur ses vertus anesthésiques.

Sur la muqueuse oculaire des animaux et de l'homme, Lewin, Koller, Liebreich, Schoeler, Epstein, G. Gutman, en Allemagne et en Autriche, MM. Panas et Trousseau,

---

poumon. Des projets plus urgents ont empêché qu'on ne donnât suite à cette idée; mais il paraît qu'on songe à la mettre prochainement en pratique. Une commission qui compte parmi ses membres MM. Virchow, Senator, Fürbringer, Guttmann, a formulé ces jours derniers une proposition favorable. « Prenant en considération l'augmentation notable des maladies chroniques de la poitrine dans les hôpitaux de la ville, dit le rapporteur, elle est d'avis qu'une maison dans laquelle elles seraient seules traitées, soit fondée aux environs de la capitale; elle devra être assez vaste pour contenir quatre cents malades. »

Les Anglais ont depuis longtemps l'hôpital de Brompton; le principe de l'isolement des phthisiques sera admis certainement dans un temps prochain par toutes les administrations sanitaires de l'Europe. Quand Brompton fut fondé on voulait, en consacrant un établissement à une maladie unique, fournir aux médecins des ressources thérapeutiques qu'ils eussent trouvées difficilement peut-être dans les hôpitaux généraux. Aujourd'hui cette raison ne vient qu'en seconde ligne ; la transmissibilité est bien établie, on connaît l'agent spécifique : toute cause débilitante, toute affection accidentelle aiguë ou chronique augmente le degré de réciptivité des individus par les germes morbigènes. Est-il humain, est-il prudent, de traiter les phthisiques dans un hôpital général? Un pareil rapprochement est-il avantageux pour eux-mêmes ou pour leurs voisins? C'est aux administrations à répondre, et si leurs réponses sont favorables à l'isolement, elles sont tenues moralement de proposer les mesures qui permettront de l'effectuer; il y a lieu d'espérer que les exemples de Londres et de Berlin ne seront pas perdus.

A propos de la vacance de la place de directeur de la policlinique médicale de l'Université de Berlin par suite de la mort du professeur Joseph Meyer, la *Deutsche medicinische Wochenschrift* rappelle brièvement l'histoire de cette institution et fait quelques réflexions sur son état

en France, viennent de les mettre à l'épreuve au moyen de solutions de chlorhydrate titrées à 2, 4, 5 ou 8 pour 100, et même dans les recherches du premier de ces observateurs à 1 pour 2000. Tous — remarque préliminaire — tiennent compte de la pureté des solutions, sur laquelle les premiers observateurs insistaient naguère, redoutant, eux aussi la présence de la mancaïne, produit peu connu de la décomposition de l'erythrophleum, et dont la toxicité ne serait pas inférieure à celle de la nicotine.

Pour ce motif, les solutions d'érythrophléine doivent présenter une coloration jaunâtre, claire, à peine opalescente, une réaction rosée par l'addition de l'acide sulfurique et une neutralité absolue, quel que soit leur degré de concentration : Koller instille dans l'œil d'un chien deux gouttes d'une solution à un quatre centième : après une minute, l'animal cligne les paupières, et par son agitation témoigne d'une douleur. On examine la conjonctive : elle est rouge et congestionnée. Vingt minutes plus tard, cette conjonctivite expérimentale est à son maximum : à la fin de la première demi-heure, l'insensibilité cornéenne paraissait manifeste : elle persistait durant les heures suivantes, dix à vingt-quatre, dans les expériences de Lewin.

Après l'instillation entre les paupières de l'œil humain d'une seule goutte de la solution d'érythrophléine au cinq centième, M. Schoeler a noté une sensation de cuisson et de corps étranger, et M. Koller (*Wien. med. Woch.*, 1886, p. 6), de l'épiphora et des irradiations douloureuses dans l'oreille et sur le visage. Trente minutes plus tard, à ces phénomènes d'irritation succède l'insensibilité cornéenne, sans trouble de l'accommodation d'après ce dernier observateur, mais, une heure plus tard, avec une obnubilation visuelle et la présence de cercles irisés par la fixation du regard sur un objet ; phénomènes que M. Schoeler attribue à une kératite neuro-paralytique commençante. Ces faits ne sont pas de découverte récente ; car, en 1886, M. Panas observait lui aussi, après son instillation sur les yeux du lapin, l'injection de la conjonctive, le dépoli de sa surface, la photophobie, le larmoiement et une anesthésie, qu'il déclarait, dès cette époque, inférieure à l'anesthésie cocaïnique.

Ces troubles trophiques sont d'ailleurs durables. M. Koller constatait, en effet, le lendemain de l'expérience, que la conjonctive était tuméfiée et demeurait opaque, et que cette opacité persistait encore pendant les deux ou trois jours suivants.

Quelle est la raison physiologique de ces effets ? Pour les uns, avec M. Liebreicht, ils dépendraient d'une paralysie toxique du sympathique ; pour les autres, comme on l'a vu plus haut, d'une kératite expérimentale. M. Schoeler justifie cette interprétation par ce fait expérimental que l'atropine n'empêche pas les effets de l'érythrophléine de se produire et que, malgré l'action de cette substance, les filets du sympathique conservent leurs fonctions et répondent normalement aux excitations.

Conséquemment, toute théorie étant mise hors de débat, deux conclusions résultent de ces expériences : d'abord, l'irritation inflammatoire et les troubles trophiques de la conjonctive et de la cornée au contact immédiat du médicament ; enfin, après quinze ou vingt minutes, l'insensibilité durable de ces membranes.

Au moyen des injections ou d'applications topiques, on a essayé de déterminer l'action de l'érythrophléine sur la peau et sur les muqueuses. M. Lewin a vu, dit-il, l'anesthésie survenir au siège de l'injection, après l'introduction sous la peau du lapin et du chien d'une dose faible d'érythrophléine. Une dose d'un quart à un demi-milligramme la provoquait sur l'homme en vingt-cinq ou trentes minutes dans les expériences de G. Guttman, et celle d'un demi à un milligramme la prolongeait durant six ou huit heures.

Le premier effet du médicament est celui d'un irritant local, se traduisant par une sensation de chatouillement, des irradiations douloureuses, de la rougeur, du gonflement, puis une augmentation de la température au niveau et au pourtour de la piqûre. Les faibles doses produisent ces phénomènes objectifs et subjectifs : les doses élevées les exagèrent.

La diminution de la sensibilité se produit dans un délai de vingt à trente minutes, et consiste non pas dans une anesthésie complète, mais plutôt dans l'analgésie. Plus tard, une heure ou deux après la piqûre, les douleurs se propageaient le long des bras dans les essais d'Epstein (de Nuremberg) (*Centralb. f. klin. Med.*, 1888, n° 9), avec les solutions à 2 pour 100 et à la dose d'un quart à une demi-seringue de Pravaz.

C'est le moment où cet observateur a noté des phénomènes d'intoxication, phénomènes plus fugaces d'ailleurs que l'œdème local dont Karewski, dans sa communication du 18 février dernier à la Société de médecine de Berlin, mentionnait la persistance après vingt-quatre heures.

Enfin, voici une autre vertu que M. Lewin mentionne,

---

présent. Elle fut fondée en 1810 par Hufeland à l'occasion de la fête donnée pour le retour du roi Frédéric-Guillaume III. Depuis lors elle a eu successivement pour directeurs Osann, Romberg, Griesinger... La policlinique coûte annuellement à l'État 126,000 marcs. L'année dernière, le nombre des malades a beaucoup augmenté ; en 1885, il y en eut 14 398 : 5562 hommes, 5031 femmes et 3805 enfants. « A cette occasion, dit le journal cité, qu'il nous soit permis d'insister encore sur la valeur et la nécessité de la policlinique. Si l'on s'en rapportait au nombre faible des pratiquants inscrits dans le dernier semestre, on serait tout disposé à croire que, contrairement à l'espoir exprimé par le ministre dans la réorganisation de l'enseignement, l'institution n'est nullement en progrès. Il ne faut pas oublier pourtant que la diminution du nombre des pratiquants doit être attribuée à une circulaire du chancelier d'empire du 5 mai 1886, par suite de laquelle l'autorisation de les recevoir a été enlevée au directeur. Nous ne saurions mieux faire pour rappeler l'utilité d'une pareille institution que de reproduire ce qu'écrivait naguère à propos d'elle M. Rühle, de Bonn : « La policlinique représente la véritable pratique médicale. Si le professeur de clinique est obligé de laisser sans les utiliser tous les cas qui ne sont pas assez graves pour qu'on les reçoive dans les salles, son enseignement ne représente qu'un côté de la pratique, la médecine courante fait défaut. Il faut qu'on apprenne à traiter même les rhumes. Sans doute les cas graves sont les plus intéressants ; c'est sur eux qu'il est le plus facile de parler ; une clinique dans un grand hôpital sera toujours l'idéal du professeur. Est-ce bien ce qu'il y a de plus utile pour l'élève ? Il est permis d'en douter. »

Une question juridique en rapport avec les particularités de l'exercice régulier en Allemagne a été récemment soumise aux Chambres législatives par une commission permanente de l'Association générale des médecins allemands. Les sociétés de secours mutuels créées en vue

l'érythrophléine provoquerait la mydriase, durant la phase initiale qui suit son instillation entre les paupières. Cette action a été passée sous silence dans les procès-verbaux des expériences d'autres observateurs.

En résumé, qu'il s'agisse de la sensibilité oculaire ou de la sensibilité de la peau et des muqueuses, l'érythrophléine les modifie sans nul doute; mais à la différence de la cocaïne, celle-ci est un anesthésique, celle-là est plutôt un dolorifuge. Toutes les deux, à des degrés divers, provoquent bien dans la phase initiale de leur action une irritation locale et des altérations trophiques passagères; mais, si la cocaïne abolit pendant quelques instants la sensibilité à la douleur et au toucher, l'érythrophléine, plus persistante d'ailleurs dans ses effets, atténue seulement la première et respecte la seconde : preuve indirecte de l'erreur qui consiste à regarder ces médicaments comme des succédanés, et aussi nouvelle justification de la nécessité en thérapeutique d'établir, comme j'ai essayé de le faire dans l'article Douleur du *Dictionnaire encyclopédique*, une distinction entre les agents modificateurs des diverses modalités de la sensibilité générale.

On le voit, cette histoire physiologique ne suffit pas pour recommander aux praticiens l'emploi de l'érythrophléine : par contre, devenue plus complète, elle fournirait vraisemblablement d'utiles enseignements aux physiologistes de l'avenir.

II

Dès l'abord on avait essayé de mettre à profit les propriétés vasculo-cardiaques de l'erythrophleum dans le traitement des affections du cœur. En 1877, MM. Lauder-Brunton et Pye fondèrent quelques espérances contre les affections valvulaires de cet organe. En 1880, M. Drummond l'essayait à nouveau.

En 1882, M. Germain Sée le prescrivait contre les dyspnées cardiaques, mettant à profit son action sur les mouvements respiratoires plutôt que ses vertus cardiaques. Il l'associait à l'iodure de potassium, et — réputation passagère — l'érythrophléine devenait un eupnéique, après avoir été — en espérance seulement — un succédané de la digitale. Un gramme de teinture d'érythrophléine devait dans ce traitement remplacer un gramme d'iodure de potassium.

Nonobstant ces recommandations, l'erythrophleum et l'érythrophléine n'ont pas pris place dans la thérapeutique des cardiopathies. Faut-il s'en étonner? Les notions acquises sur leurs propriétés physiologiques étaient trop insuffisantes; d'ailleurs on les connaissait plutôt par leur toxicité que par leur action thérapeutique incomplètement étudiée.

Quelle est, en ce moment, leur valeur comme médicament de la douleur? Aux récentes observations de répondre.

Comme *anesthésique oculaire*, l'erythrophleum en décoction est inférieur à la cocaïne. M. Panas l'a prouvé dès l'année 1884. De plus, il a l'inconvénient d'irriter vivement la conjonctive bulbaire et palpébrale. L'érythrophléine est-elle plus recommandable? Sous son influence, G. Gutman a pu extraire un corps étranger de l'œil. M. Trousseau, qui a fait connaître ses ingénieuses expériences à la page 136 du *Bulletin médical* de cette année, a pratiqué dans les mêmes conditions, écrit-il, l'extraction de la cataracte sans douleur et sans accidents convulsifs. Néanmoins il s'accorde avec M. Panas pour reconnaître son infériorité sur la cocaïne qui, outre une anesthésie plus complète, possède l'avantage de provoquer un relâchement des paupières, toujours utile quand on opère sur le globe oculaire. Ajoutons aussi que ses instillations sont, inefficaces encore, quand la muqueuse est enflammée, ne modèrent pas la douleur de l'iritis ni de l'ulcère cornéen.

L'efficacité de l'érythrophléine est-elle plus grande pour produire l'*anesthésie cutanée?* M. Trousseau a essayé, mais en vain, après une injection hypodermique, d'enlever sans douleur un chalazion. Plus fortuné, M. Karewski s'en serait servi avec succès durant l'arrachement d'un ongle incarné, l'extirpation de dents et de glandes et l'enlèvement d'un cal osseux. Par contre, M. Kaposi l'a déconseillé, à ce titre, après l'avoir essayé sur vingt-sept malades de l'hôpital général de Vienne, malgré l'élévation des doses jusqu'à 2 milligrammes et 2 milligrammes et demi.

Pour produire l'*anesthésie des muqueuses*, elle a été moins employée. Cependant Karewski aurait pu provoquer l'analgésie de la pituitaire par le tamponnement des fosses nasales avec de la ouate imbibée d'une solution d'érythrophléine au cinq millième.

Au titre d'*analgésique* peut-elle prétendre à une meilleure fortune thérapeutique? M. Karewski, dont le témoignage est favorable à son emploi, la considère comme un dolorifuge contre les névralgies, un anesthésique en chirurgie. Dans cinq cas, lumbago, névralgie brachiale, névralgie sciatique,

---

d'assurer à leurs membres les soins médicaux en cas de maladie, sont régies par des dispositions spéciales; elles ont une situation qui les met vis-à-vis de l'Etat dans des conditions qui ne sont pas celles des particuliers. Or les particuliers se font soigner comme ils veulent, par qui ils veulent, l'Etat n'intervient en rien dans le choix de la personne aux mains de laquelle ils remettent leur santé. Les médecins réunissent sous le nom générique de Curpfuscher, qui dit un peu plus qu'empirique et un peu moins que charlatan, tous les irréguliers quels que soient leur provenance, leur titre ou leur manière de faire. Une société de secours mutuels a-t-elle le droit de prendre comme médecins réguliers des praticiens irréguliers vis-à-vis de l'Etat, c'est-à-dire qui n'ont pas obtenus l'approbation à la suite des examens fixés par la loi? La question fut posée pour la première fois le 3 mars 1887, par la Société des médecins de Chemnitz, en Saxe. Les auteurs du dernier mémoire prétendent qu'une seule interprétation est possible; qu'en parlant des soins médicaux le législateur a entendu les soins donnés par des gens présentant des garanties d'instruction et de moralité qu'il est impossible d'attendre des irréguliers. Malheureusement pour les intéressés, toutes les autorités auxquelles la question a été soumise ne se sont pas prononcées dans le même sens. Le Collège médical de Saxe et la Faculté de médecine de Leipzig ont appuyé par des avis motivés les propositions de l'Association générale; tandis qu'en Bavière, en Hesse et dans le pays de Bade, les autorités consultées sont pour le libre choix. La question en est là.

Le jury correctionnel de Berlin a eu à se prononcer, dans ces derniers temps, sur un cas qui eût peut-être embarrassé Salomon lui-même : une femme apporte chez un spécialiste connu, son enfant atteint, paraît-il, d'un bobo insignifiant.

Avant même qu'on le touchât, il se mit à pousser des cris capables de faire mettre les voisins aux fenêtres; ni les encouragement ni les câlineries ne réussirent à le cal-

il a vu, a-t-il dit à ses collègues berlinois, la douleur morbide s'atténuer et disparaître. P. Gutman l'aurait employée avec avantage en badigeonnage sur la peau et en injection hypodermique chez quinze malades atteints de névralgie ou de douleurs inflammatoires, et Epstein a essayé d'abolir la douleur des injections mercurielles sous-cutanées en additionnant les solutions métalliques avec le chlorhydrate d'érythrophléine. Deux fois l'analgésie fut complète; deux fois aussi elle fut inférieure à celle de la cocaïne; enfin, à cette douleur initiale s'ajoutaient, après un moment, les irradiations pénibles qui succèdent, après une ou deux heures, à l'emploi de l'érythrophléine.

Au demeurant, il semble indiscret de demander quelle est la valeur thérapeutique de l'erythrophleum et de l'érythrophléine. Médicament cardiaque, le premier est inférieur à la digitale et même à l'iodure de potassium : à preuve d'ailleurs l'oubli dans lequel il demeure, malgré les chaleureuses recommandations dont il fut naguère l'objet. Médicament dolorifuge, la seconde ne saurait passer — la plupart des expérimentateurs le déclarent — pour le succédané de la cocaïne. Avec M. Panas, des ophthalmistes autorisés condamnent son emploi : les expériences de M. Kaposi ne le justifient pas en dermatologie, et les chirurgiens ne semblent pas pouvoir l'utiliser pour provoquer l'anesthésie opératoire. Quant aux médecins, ils ne sauraient non plus, d'après des faits jusqu'à présent connus, concevoir de bien grandes espérances, et si quelques-uns d'entre eux annoncent le soulagement des névralgies et des douleurs inflammatoires, il ne faut pas oublier que de tels succès sont l'œuvre, inconstante d'ailleurs, des médications et des médicaments les plus divers.

Bref, les vertus de cette substance ne compensent pas les dangers de son emploi. Aussi, revenant de l'étranger, après avoir été étudiés en France, l'erythrophleum et son alcaloïde continueront d'intéresser la curiosité des physiologistes, plutôt que d'être une arme thérapeutique fidèle entre les mains des praticiens.

Il est donc malaisé de formuler des conclusions sur l'emploi thérapeutique et la valeur de l'erythrophleum et de l'érythrophléine. Médicaments cardiaques, ils ne possèdent aucune supériorité sur la digitale et l'iodure de potassium. Médicaments analgésiques, ils ne constituent pas les succédanés de la cocaïne. Des ophthalmologistes autorisés, comme M. Panas, en redoutent l'emploi. Les dermatologistes, comme M. Kaposi, n'en ont obtenu que des résultats douteux. Elle ne saurait enfin dans les névralgies enlever à la morphine sa merveilleuse supériorité.

Ch. Éloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Des hernies musculaires, par M. le docteur Aimé Guinard, chef de clinique chirurgicale à la Pitié.

I. Il y a sept ans, M. Farabeuf fit à la Société de chirurgie un rapport sur une observation de M. Larger. Il s'agissait d'une tumeur musculaire de la cuisse et à ce propos M. Farabeuf s'efforça de démontrer, en se basant sur la physiologie et sur l'anatomie des muscles, que les idées généralement admises au sujet des hernies musculaires étaient complètement erronées.

En reprenant les descriptions données par les auteurs, il montra que dans la majorité des cas elles répondaient à des ruptures et non à des hernies musculaires. Cela souleva de nombreuses protestations, surtout parmi les chirurgiens militaires.

Depuis de longues années la question semblait jugée en dernier ressort. Un travail publié par Mourlon, en 1861, dans le *Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, était devenu classique. Dans leur *Traité de pathologie externe*, Follin et Duplay s'expriment ainsi : « Mourlon a écrit sur les hernies musculaires un travail intéressant, que nous mettons à profit pour cet article et dont nous recommandons la lecture. »

Ce sont donc les idées de Mourlon qui faisaient article de foi quand M. Farabeuf est venu s'inscrire en faux et protester au nom de la physiologie.

La discussion peut se résumer en quelques lignes.

Dans l'opinion commune, la hernie musculaire constitue une tumeur plus ou moins volumineuse, qui durcit et augmente de volume quand le muscle entre en contraction.

Pour M. Farabeuf, au contraire, une tumeur formée par une hernie musculaire *doit diminuer* de volume, sinon disparaître pendant la contraction musculaire, car l'effet de cette contraction est précisément de rapprocher les fibres musculaires de l'axe du muscle et, par conséquent, de les éloigner de la solution de continuité de l'aponévrose d'enveloppe.

II. On voit par cette courte formule qu'il y a là deux opinions formellement contraires. Dans les travaux parus depuis 1881, les auteurs semblent prendre parti pour la théorie nouvelle et M. Jeannel en particulier dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie* se prononce fran-

mer, le petit forcené opposait à toutes les tentatives d'examen une résistance toujours soulignée par la même musique. A la fin le médecin s'impatienta, mais au lieu de remettre la consultation à un autre jour, il eut recours à un calmant dont l'emploi n'a pas été prévu par les pharmocopées germaniques.; il releva la robe du baby! et on devine le reste. La mère arracha l'enfant des mains du brutal praticien et courut tout d'une traite jusque chez le commissaire voisin. Sa plainte fut formulée avec une telle énergie que, pour lui donner satisfaction, l'officier de police fut obligé de dresser procès-verbal; l'affaire vint à la session suivante du tribunal. L'inculpé déclara qu'en agissant de la sorte il n'avait eu en vue que l'intérêt même du malade; on emploie pour d'autres explorations des procédés plus douloureux. Pourquoi la flagellation innocente, lorsqu'on la fait dans un but thérapeutique, constituerait-elle un délit, si on l'applique pour rendre possible un examen; puis il y a des précédents dans l'espèce. La rudesse de certains médecins d'enfants estimés de leurs confrères et du public est restée proverbiale. Le tribunal a admis ces raisons et débouté la plaignante.

Un chirurgien de Stuttgart, moins heureux, a été condamné à quatre semaines d'emprisonnement à cause du préjudice causé à un malade par une intervention peu rationnelle chez un enfant atteint de kératite. Homœopathe convaincu, cet honorable praticien déclara aux parents qu'il était inutile de prendre l'avis d'un oculiste et traita le petit malade par des pulvérisations belladonées, avec une persévérance digne d'un meilleur sort. La kératite aboutit à une perforation de la cornée et à la perte définitive de l'œil.

Dr L. Thomas.

chement et sans réticences. Il ne cite que pour mémoire les articles de Volkman, de M. Le Dentu (art. Muscle, *Pathologie chirurgicale*, in *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*), de M. Hénocque (art. Musculaire, in *Dictionnaire de Dechambre*), de Conner, etc., et n'admet que la théorie de M. Farabeuf comme « doctrine bien assise, passée au crible de la critique anatomique et physiologique ». S'il restait pourtant quelques doutes sur le bien fondé de cette doctrine, nous pensons que le présent mémoire doit les dissiper.

Nous avons expérimenté sur l'animal vivant et il n'est pas contestable que les résultats obtenus seraient les mêmes sur l'homme. La contraction des muscles dans toute la série animale obéit aux mêmes lois physiologiques et il est tout à fait légitime dans l'espèce de conclure des animaux à l'homme. Rien n'est plus aisé que de réaliser sur l'animal vivant les conditions dans lesquelles se produisent les hernies musculaires et les résultats obtenus nous semblent devoir fixer définitivement la symptomatologie de cette lésion.

III. Nos expériences ont été faites à la Pitié sur des lapins. Disons tout d'abord que lorsqu'on agit sur des muscles larges adhérant solidement à leur aponévrose d'enveloppe, les muscles fessiers, par exemple, on n'arrive pas à produire des hernies musculaires. On peut enlever de larges lambeaux d'aponévrose à la surface du grand fessier sans que le muscle fasse une saillie appréciable au niveau de la solution de continuité, quels que soient les mouvements imprimés au membre inférieur correspondant et au bassin. Il n'en est pas de même si l'on expérimente sur un muscle long non adhérent à son aponévrose d'enveloppe.

Nos expériences ont porté sur le demi-membraneux, qui est très aisément accessible et s'insère sur deux os faciles à mobiliser passivement.

Expériences. — L'animal étant fixé solidement sur l'appareil à vivisections, nous pratiquons l'anesthésie pour éviter les contractions volontaires des muscles. Puis le muscle demi-membraneux est mis à découvert sur toute son étendue. Au niveau de sa partie la plus charnue l'aponévrose est saisie avec une pince à disséquer et nous en enlevons un lambeau arrondi, de la largeur d'une pièce d'un franc.

Première constatation. — Le muscle apparaît intact dans sa gaine et ne fait pas la moindre saillie au niveau de la solution de continuité. Cela n'a rien d'étonnant si l'on se rappelle que les muscles en général sont plutôt au large dans leur gaine. De plus, au moment où nous commençons l'expérience, le demi-membraneux est distendu passivement à son maximum, puisque la jambe est étendue sur la cuisse et le bassin fléchi sur la cuisse, de manière à éloigner l'une de l'autre les insertions extrêmes du muscle.

Deuxième constatation. — Pendant que l'animal est solidement fixé dans cette situation, nous électrisons le muscle en ayant soin que la contraction musculaire ne produise aucun effet actif sur le bassin et sur le tibia, qui restent l'un dans la flexion et l'autre dans l'extension. On note alors que le muscle ne change pas d'aspect au niveau de la boutonnière artificielle de l'aponévrose. Le toucher montre seulement qu'il durcit pendant la contraction.

Troisième constatation.—Le muscle est au repos; nous étendons le bassin sur la cuisse, ce qui rapproche sensiblement l'insertion supérieure du demi-membraneux de son insertion inférieure. Le muscle fait alors à travers l'orifice aponévrotique une légère saillie molle au toucher.

Quatrième constatation. — Le bassin restant étendu sur la cuisse, nous électrisons le muscle sans permettre à la jambe de se fléchir. La petite tumeur disparaît totalement.

Cinquième constatation. — Muscle au repos; bassin fléchi sur la cuisse. Nous fléchissons le tibia sur le fémur. Il se produit comme dans l'expérience précédente une petite hernie musculaire, qui disparaît quand le muscle se contracte sous l'influence de l'électricité. (On remarquera que les conditions sont les mêmes que dans l'expérience précédente; c'est l'insertion inférieure du muscle qu'on a mobilisée passivement, tandis que l'insertion supérieure est à son maximum d'éloignement.)

Sixième constatation. — Muscle au repos. Bassin en extension forcée et jambe en flexion forcée sur la cuisse. Dans cette attitude les insertions du demi-membraneux sont aussi rapprochées que possible l'une de l'autre. On trouve alors au niveau de l'orifice aponévrotique une tumeur musculaire du volume d'une petite noix, molle, dépressible, mais irréductible.

Septième constatation. — L'animal étant maintenu dans la situation de la précédente expérience, l'électrisation du muscle produit une diminution du volume de la tumeur, qui durcit sous le doigt, mais ne disparaît pas complètement.

Huitième constatation. — On renouvelle l'expérience précédente, et pendant que le muscle se contracte, on lutte contre son action en étendant de force la jambe sur la cuisse et en fléchissant le bassin sur la cuisse. On voit alors la tumeur se réduire complètement malgré la contraction du muscle.

Neuvième constatation. — Si pendant que le muscle est en activité on cesse de maintenir de force la jambe et le bassin dans la position décrite ci-dessus, on voit la contraction musculaire produire son effet physiologique, c'est-à-dire fléchir la jambe et étendre le bassin. Au même instant on voit apparaître au niveau de la boutonnière aponévrotique une tumeur petite et dure au toucher.

IV. Tels sont les résultats fournis par l'expérimentation. Il est aisé d'en tirer parti pour la clinique.

En cas de rupture de l'aponévrose d'enveloppe d'un muscle, la hernie se produira quand, passivement, on rapprochera au maximum les insertions extrêmes de ce muscle. Cette tumeur aura pour signes pathognomoniques :

1° De disparaître quand le muscle est allongé mécaniquement par une distension passive suivant son grand axe;

2° De disparaître quand le muscle se contracte énergiquement sans produire d'effet utile sur les leviers osseux voisins ;

3° De diminuer notablement de volume et de durcir quand le muscle se contracte et agit librement pour rapprocher ses insertions l'une de l'autre.

Toute tumeur musculaire devra donc être examinée à ces trois points de vue, et le diagnostic de hernie musculaire ne sera légitime que si ces trois signes sont caractérisés.

Si maintenant avec ces données précises nous relisons les observations qui ont été publiées sous le titre de *Hernie musculaire*, nous voyons qu'il faut faire page blanche de tout ce qui a été écrit sur ce sujet avant 1881. Un homme, dans un effort quelconque, en enfourchant un cheval, par exemple, ressent au niveau d'un muscle une vive douleur, accompagnée parfois d'un bruit sec « comme un coup de pistolet » ; le chirurgien l'examine, il trouve une tumeur molle pendant le repos du muscle; cette tumeur grossit et durcit quand le muscle se contracte; il fait le diagnostic de hernie musculaire. Et cela, sans s'inquiéter des points d'insertion du muscle atteint, sans faire contracter le muscle en s'opposant au mouvement des leviers osseux voisins, en un mot sans se préoccuper de la physiologie pathologique. C'est, à quelques variantes près, ce qu'on trouve dans toutes les prétendues observations de hernie musculaire.

Mourlon, dans le mémoire cité plus haut, donne une série d'observations analogues et en déduit la symptomatologie de la lésion.

« A la suite des ouvertures accidentelles faites aux aponévroses, écrit Mourlon, soit dans les opérations chirurgicales, soit par les plaies, soit par rupture dans les efforts violents, il arrive souvent, mais non pas toujours, que dans les instants de leur contraction les muscles passent à travers ces ouvertures et forment des tumeurs, de véritables hernies » (p. 242), et plus loin : « Ces tumeurs peuvent présenter tous les degrés de la densité, depuis la flaccidité d'un muscle en repos jusqu'à la dureté du biceps brachial dans ses contractions les plus énergiques. Ces changements de consistance sont liés à des changements d'état des organes qui la composent : une tumeur qui augmente ou diminue de volume et de résistance pendant les mouve-

ments, suivant que les muscles herniés se contractent ou entrent en résolution » (p. 245).

Si nous voulions écrire la symptomatologie de la rupture musculaire. nous ne nous exprimerions pas autrement. La rupture musculaire ne produit-elle pas une tumeur « qui augmente ou diminue de volume et de résistance pendant les mouvements, suivant que le muscle se contracte ou entre en résolution » ?

En y regardant de près, on ne trouve qu'une seule observation bien authentique de hernie musculaire. c'est celle que M. Larger a communiquée à la Société de chirurgie après la première communication de M. Farabeuf. Mais en revanche les observations de ruptures musculaires se sont multipliées et MM. Charvot et Couillault ont publié un intéressant mémoire sur ce sujet (*Revue de chirurgie*, 10 mai 1887). Nous sommes absolument convaincu que la hernie musculaire est une véritable rareté pathologique, tandis que la rupture est un accident des plus communs. Il faut se garder de s'en laisser imposer par la présence « d'une solution de continuité de l'aponévrose dans laquelle on peut faire pénétrer un doigt ». Ce symptôme n'est nullement pathognomonique de la hernie musculaire. Dans bien des cas le défaut qui se trouve au niveau d'une rupture musculaire donne au doigt une sensation analogue. D'ailleurs, si dans une observation où ce signe est noté comme particulièrement concluant. l'auteur ajoute que la tumeur *grossit* et *durcit* pendant la contraction du muscle, cela suffit pour éliminer le diagnostic de hernie musculaire. Nous le répétons. c'est précisément le contraire qui caractérise cette lésion ; la hernie musculaire est une tumeur qui *durcit et diminue* de volume ou disparaît pendant la contraction du muscle.

V. Nous ne voulons pas terminer sans appeler l'attention sur des cas dans lesquels on peut rencontrer tous les signes que nous venons de décrire comme pathognomoniques de la hernie musculaire sans que cette lésion existe au sens propre du mot hernie. Supposons en effet que sous une influence quelconque, l'aponévrose d'un muscle faiblisse sur une petite partie de son étendue. Il y aura sans déchirure aponévrotique toutes les apparences d'une hernie au niveau du point faible de l'enveloppe fibreuse du muscle. Quand on rapprochera passivement les insertions du muscle l'une de l'autre. la portion amincie de l'aponévrose se laissera soulever par une saillie musculaire globuleuse, et cette tumeur diminuera de volume et durcira dès que le muscle entrera en contraction. Ce sont là les caractères propres de la hernie musculaire. et cela se conçoit étant donnée la nature de cette pseudo-hernie. Cette supposition n'est pas toute gratuite et nous avons observé un fait qui ne pouvait laisser aucun doute à cet égard.

Il s'agit d'un grand jeune homme maigre et très fortement musclé, qui entra dans le service de M. Verneuil à la Pitié au n° 27 de la salle Michon (12 novembre 1886). Il se plaignait d'être gêné dans ses courses par des tumeurs du volume d'un petit œuf de poule siégant dans les creux poplités. L'examen montra en effet, au niveau de la partie interne et moyenne du triangle poplité, une tumeur arrondie, lisse, rénitente, tout à fait comparable aux kystes de cette région. Nous ne saurions en donner une description plus exacte. Il nous suffit de dire que M. Verneuil n'hésita pas un instant à porter le diagnostic de kyste du creux poplité, tout en faisant remarquer cependant combien il est exceptionnel de rencontrer cette lésion sur les deux membres à la fois.

Le 19 novembre le malade est couché sur la table d'opération et M. Verneuil se décide à traiter ces tumeurs par la ponction et l'injection iodée. La ponction avec le trocart n° 2 de l'aspirateur Dieulafoy, pratiquée dans la tumeur du côté gauche, reste sans résultat, et en retirant la canule du trocart, on s'aperçoit qu'elle est obstruée par un petit lambeau de muscle rouge qui a été taillé comme à l'emporte-pièce.

Le malade est alors reconduit à son lit et le membre est placé dans l'immobilité pendant quelques jours, sans qu'il survienne d'ailleurs le moindre accident. Il est bien évident que cette parcelle de muscle ramenée par la canule du trocart devait faire abandonner l'idée de kyste. Il n'y a pas de muscle dans cette région qui puisse recouvrir un kyste. Il ne pouvait être question de tumeurs vasculaires, varices ou anévrysmes, non plus que de tumeurs ganglionnaires, de fibromes ou de sarcomes. La bilatéralité de la lésion, sa consistance, etc., permettaient d'éliminer d'emblée toutes ces hypothèses. Mais un examen attentif conduisait au véritable diagnostic.

Lorsque le malade avait la jambe demi-fléchie et le bassin en extension sur la cuisse, la tumeur se montrait mollasse et volumineuse ; mais elle disparaissait complètement dès qu'on étendait la jambe en fléchissant le bassin. De plus, elle durcissait en s'arrondissant dés qu'on faisait contracter les muscles fléchisseurs de la jambe, sans s'opposer aux mouvements du genou et de la hanche. On pouvait aisément constater les mêmes phénomènes en se livrant aux mêmes manœuvres du côté opposé. C'étaient donc des tumeurs intermittentes, si l'on peut dire, et dont l'apparition était liée à l'état physiologique des muscles fléchisseurs de la jambe. Quel muscle fallait-il incriminer plus particulièrement? Assurément, le demi-membraneux. Ce muscle est le seul qui, à la partie interne du creux poplité, soit pourvu de fibres musculaires jusqu'au niveau de son insertion tendineuse. Le biceps, le demi-tendineux, le droit interne, sont exclusivement tendineux à ce niveau. La saillie simulant à s'y méprendre un kyste du jarret n'était donc en réalité qu'une saillie musculaire du demi-membraneux. Reste à savoir à quoi peut tenir cette saillie anormale du muscle.

Trois conditions peuvent lui donner naissance :

1° L'aponévrose rompue par un traumatisme peut laisser les fibres musculaires faire hernie à travers la solution de continuité. C'est la hernie musculaire proprement dite.

2° Un faisceau de fibres musculaires peut se rompre pendant un effort, et il en résulte une saillie globuleuse formant tumeur. C'est la rupture musculaire.

3° Enfin l'aponévrose peut se laisser soulever et distendre en un point affaibli par un globe musculaire puissant, ce qui donnera naissance à une saillie musculaire globuleuse.

L'étude que nous venons de faire montre suffisamment que c'est cette dernière condition qui existait chez notre malade et le diagnostic rationnel est le suivant : saillie musculaire du demi-membraneux soulevant l'aponévrose partiellement amincie.

Le symptôme pathognomonique de cette lésion est celui d'une hernie vraie ; la tumeur ne se montre que lorsque le malade contracte son muscle, le bassin étant étendu et la jambe demi-fléchie sur la cuisse. Dans cette attitude, la tumeur durcit sous le doigt, et disparaît dès qu'on force le bassin à se fléchir et la jambe à s'étendre.

Pourquoi. dira-t-on, ne pas admettre tout simplement une hernie vraie du demi-membraneux ? Les antécédents du malade éclairent la pathogénie de l'affection. Ce jeune homme. en effet, passe de nombreuses journées à canoter sur la Marne. Dans le courant de l'année, il a fait de véritables tours de force sur son canot, allant de Nogent à Meaux en quelques heures, etc... Aussi en examinant avec soin les muscles surtout mis en jeu chez les rameurs. on s'aperçoit que les trapèzes sont le siège de saillies globuleuses symétriques qui simulent au niveau des angles supéro-internes des omoplates, de véritables hernies musculaires. Même constatation pour les muscles longs supinateurs.

En somme, il est intéressant de savoir qu'il peut se rencontrer dans la région poplitée des saillies musculaires globuleuses développée aux dépens du demi-membraneux et

pouvant simuler étonnamment des kystes du creux du jarret.

C'est là une note à ajouter au diagnostic des tumeurs du creux poplité.

De plus, au point de vue du chapitre de pathologie chirurgicale qui nous occupe, on comprend que les symptômes de cette lésion doivent être les mêmes que ceux que nous avons assignés à la hernie musculaire proprement dite. On peut considérer cet amincissement ou cet affaiblissement partiel de l'aponévrose comme le premier degré de la rupture de cette aponévrose. Quoi d'étonnant dès lors que la saillie musculaire produite à ce niveau soit soumise dans les deux cas aux mêmes lois physiologiques.

VI. En résumé : 1° La symptomatologie des hernies musculaires telle qu'on la décrivait avant 1881 était complètement erronée ;

2° M. Farabeuf est arrivé par le raisonnement à démontrer que la physiologie musculaire seule devant servir de guide pour l'étude clinique de cette lésion, il fallait reviser les observations publiées jusqu'à ce jour sur ce sujet ;

3° Nos expériences sur l'animal vivant fixent définitivement ce point spécial de la pathologie ;

4° On peut rencontrer chez certains sujets des saillies musculaires sans rupture fibrillaire, et sans déchirure aponévrotique ; ces globes musculaires sont en tout semblables au point de vue clinique à des hernies musculaires proprement dites.

CORRESPONDANCE

Paris, 31 mars 1888.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Dans un article intitulé « La varicelle » et publié dans le dernier numéro (30 mars 1888), M. Blachez affirme avec raison que la varicelle n'a rien de commun avec la variole.

Cette opinion, généralement admise aujourd'hui, est corroborée par les intéressantes observations de M. Blachez, qui montrent avec évidence que la vaccine, si puissante contre la variole, ne confère aucune immunité contre la varicelle.

Voulez-vous me permettre de soumettre aux lecteurs de votre excellent journal deux faits non moins concluants, dans lesquels on voit la variole et la varicelle se succéder, à brève échéance, chez le même sujet ?

Premier cas. — Quand j'étais chargé du service des varioleux de l'hôpital Saint-Louis (1886), j'ai vu entrer dans le pavillon d'isolement, une femme et son enfant qu'on croyait atteints de varioloïde ; au bout de quelques jours l'éruption, qui n'était autre chose que la varicelle, avait disparu sans laisser de trace. Mais bientôt la variole, contractée au pavillon d'isolement, se déclara chez la mère et chez l'enfant ; ce dernier, qui n'avait pas encore été vacciné, succomba. Quand on voit deux manifestations éruptives se suivre ainsi, à quelques jours d'intervalle, chez le même sujet, est-il possible de les confondre dans la même entité morbide ? Poser la question, c'est la résoudre.

Deuxième cas. — Le 23 mars 1888, on me conduit au Dispensaire de la Société philanthropique, une petite fille de six mois présentant, depuis deux jours, des vésicules de varicelle disséminées, au nombre de trente environ, sur le tronc, les membres et la tête ; l'énanthème buccal est figuré par une exulcération du frein de la langue. Or cette enfant, qui n'a pas été vaccinée, a été atteinte, à l'âge de trois mois, d'une variole qui a laissé des traces indélébiles sous forme de cicatrices encore pigmentées, qui occupent toute la surface du corps. Donc cette variole récente, qui a mis en danger la vie de l'enfant, ne l'a pas préservé de la varicelle.

Ce second fait est aussi concluant que le premier, tous les deux viennent s'ajouter aux nombreuses observations qui établissent, entre la variole et la varicelle, une démarcation absolue.

Agréez, etc.

Dr J. Comby.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

MM. les docteurs *Cadet de Gassicourt* et *Damaschino* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

MM. *Moissan, A. Petit* et *Villejean* demandent à être portés sur la liste des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. le Président de la Société de prévoyance et de secours mutuels de la Corrèze informe l'Académie que cette Société vient d'ouvrir une souscription pour élever au baron Alexis Boyer un monument à Uzerche (Corrèze), sa ville natale.

M. *Fleury*, inspecteur du service des Enfants assistés dans le département de la Creuse, adresse une brochure intitulée : *Des causes de la dépopulation française et de la nécessité de réorganiser les services d'assistance et d'hygiène.*

M. le docteur *Geschwind*, médecin-major de 1re classe, envoie un mémoire manuscrit sur *les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées au 2e régiment de tirailleurs algériens à Mostaganem.*

M. le docteur *Marvaud*, médecin principal de 2e classe, médecin en chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tours, adresse : 1° les *Relations manuscrites d'épidémies de fièvre typhoïde et de rougeole qui ont régné en 1887 dans la garnison de Tours ;* 2° une *Étude statistique sur la morbidité et la mortalité de la garnison de Tours pendant la période décennale* 1877-1887.

M. *Marjolin* dépose les rapports des médecins inspecteurs de la Société protectrice de l'enfance.

M. *Jules Lefort* présente, au nom de la Société française d'hygiène, un volume intitulé : *Les stations d'eaux minérales du centre de la France.*

M. *Riche* dépose, au nom de M. *Huguet* (de Clermont-Ferrand), une traduction et une critique du *Projet d'une pharmacopée internationale*, rédigé par M. *A. de Waldheim* (de Vienne).

M. *Luys* fait hommage d'un *Petit atlas photographique des centres nerveux.*

M. *Germain Sée* dépose un *stéthoscope monté sur une tige à renflements*, imaginé par M. le docteur *Reynal O'Connor*.

Décès de M. Planchon. — M. le Président informe l'Académie du décès de l'un de ses correspondants nationaux, M. *Planchon*, professeur à la Faculté de Montpellier, botaniste éminent.

Élections. — Par 26 voix sur 38 votants, M. *Coze* (de Nancy) est élu associé national. M. Willemin (de Vichy) obtient 7 voix ; M. Pénard (de Versailles), 3, et M. Burdel (de Vierzon), 2.

M. *Burdel* est ensuite élu associé national au deuxième tour de scrutin. Au premier tour, les suffrages se répartissent comme il suit : votants, 41 ; M. Burdel, 17 voix ; M. Willemin, 12 ; M. Raimbert (de Châteaudun), 6 ; M. Teissier (de Lyon) et M. Pénard, chacun 3. Au deuxième tour, M. Burdel obtient 30 voix sur 44 votants ; M. Willemin, 9 ; M. Teissier, 2 ; M. Raimbert, 1 ; plus 1 bulletin blanc et 1 bulletin nul.

Eaux minérales. — M. *Albert Robin* donne lecture de plusieurs rapports sur des demandes en autorisation pour des sources d'eaux minérales et d'un rapport sur les travaux des stagiaires de l'Académie auprès des eaux minérales. — La Commission des eaux minérales, satisfaite des rapports de MM. les stagiaires Boutarel et Lamarque, pour 1887, leur accorde à chacun une récompense de 500 francs. La Commission leur désigne les stations suivantes pour 1888 :

A M. Boutarel : Bourbonne pour l'été, et Dax pour l'hiver.

A M. Lamarque : la Bourboule pour l'été, et Amélie-les-Bains pour l'hiver. Une somme de 3000 francs sera versée à chaque stagiaire pour ces deux services.

Prophylaxie de la syphilis. — L'Académie termine la discussion des dernières résolutions proposées par sa Commission sur la prophylaxie publique de la syphilis. M. *Fournier*, rapporteur, soutient ces résolutions qui concernent plus particulièrement l'armée et la marine ; il est soutenu par MM. *Lagneau, Rochard* et *Le Roy de Méricourt* et combattu par M. *Legouest*, qui estime que les propositions de la Commission sont, en ce qui regarde les soldats de l'armée de terre, inutiles ou déjà appliquées. Finalement, l'Académie adopte les résolutions suivantes :

1° Assurer la rigoureuse exécution des règlements militaires, notamment en ce qui concerne les visites de santé,

la recherche des foyers de contagion, l'abandon de toute mesure disciplinaire à l'égard des soldats affectés de maladies vénériennes;

2° S'efforcer de combattre les progrès incessants de la prostitution clandestine en éclairant les soldats sur les dangers de cette prostitution et en réclamant le concours des autorités civiles pour l'assainissement de certains foyers de contamination, soit dans les villes (débits de vins), soit aux alentours des camps;

3° Assurer aux soldats syphilitiques, dont le traitement a commencé à l'hôpital, la possibilité de continuer à leur corps et sous la direction des médecins de leur régiment, le traitement ultérieur nécessaire à leur guérison;

4° En ce qui concerne la marine, il serait à désirer qu'à bord des bâtiments, une visite médicale de l'équipage fût faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient contaminés, toutes les fois que la durée de la traversée rendra cette mesure nécessaire;

5° Il est absolument essentiel que dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre ou de commerce, un service régulier et rigoureux soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées en vue de prévenir les contaminations que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche ou de débarquement, et que les filles reconnues malades soient traitées à l'hôpital jusqu'à complète guérison des accidents transmissibles.

Vaccination animale. — Le service municipal de la vaccine à Bordeaux, que M. le docteur *Layet* a fondé depuis 1881, a déjà fait 70 000 opérations, dont 1200 vaccinations en moyenne chaque année sur des enfants de zéro à six ans, soit 15 800 en tout, 20 000 revaccinations d'écoliers, 20 000 environ chez les adultes, 3000 revaccinations d'ouvriers des chantiers et des industries, 12 000 revaccinations sur les soldats, 1200 sur les hommes des équipages des Messageries maritimes, etc., etc. Le résultat obtenu par cet important service est que Bordeaux, bien que se trouvant en rapports constants avec des pays où sévit la variole, est devenue aujourd'hui une sorte de terrain de résistance à cette maladie; les organismes d'enfants qui prennent si facilement le virus variolique le plus atténué pour le rendre à l'état virulent, préparant ainsi les expansions épidémiques de la maladie, y sont constamment maintenus par les soins du service municipal de la vaccine en état d'immunité complète.

Parmi les nombreux faits recueillis dans ce service M. Layet a reconnu : que la moyenne générale des succès obtenus dans une première vaccination est de 95 pour 100; les insuccès soumis à une seconde tentative d'inoculation fournissent une moyenne générale de 80 pour 100 de succès nouveaux; enfin, une troisième tentative donne encore 80 pour 100 de succès, de sorte qu'il n'y aurait pour ainsi dire pas d'organisme humain réfractaire au vaccin de génisse. Celui-ci est à son minimum de virulence active, le cinquième jour plein de son évolution; le quatrième jour, surtout en été, et le cinquième jour, surtout en hiver, le vaccin peut donner également de très bons résultats. Il ne conserve son activité parfaite qu'à la condition d'être transmis de génisse à génisse tous les cinquièmes jours de son évolution. Il peut diminuer en activité : 1° suivant la saison, en été, aux mois de juin et juillet, il y a chaque année comme une dégénérescence momentanée du vaccin; 2° suivant le terrain de culture; il y a des génisses qui, par nature, portent préjudice au vaccin qu'on leur transmet; les génisses malades sont dans le même cas; 3° suivant le degré d'évolution; les vaccins des sixième, septième et huitième jours sont plus susceptibles que celui du cinquième jour de dégénérer pour peu que le terrain de culture où on les porte soit par lui-même peu favorable.

Après avoir donné un grand nombre de renseignements sur les détails les plus minutieux de la pratique de la vaccination, M. Layet estime que l'avenir de la vaccination animale, et par suite de la prophylaxie de la variole, est dans la généralisation des inoculations de génisse à bras. Un service permanent de vaccine régional, chargé de la culture et de l'entretien du vaccin animal, suffirait pour l'inoculation des génisses destinées à des vaccinations publiques dans la région et pour l'envoi de lymphe vaccinale fraîche destinée à inoculer sur place d'autres génisses. D'ailleurs l'immunité que procure la vaccination animale n'est inférieure ni en puissance ni en durée à celle qui provient de la vaccination dite jennérienne. Et il est facile de renouveler le vaccin de culture; le horse-pox n'est pas très rare et quant à la description classique que l'on a faite jusqu'ici du cowpox, elle se rapporte au seul vaccin de culture, c'est-à-dire au vaccin transmis. — (Le mémoire de M. Layet est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Proust*, *Hervieux* et *Nocard*.)

Micro-organismes des eaux de Vichy. — Des recherches auxquelles s'est livré M. le docteur *Frémont*, il résulterait qu'il existe dans les eaux de diverses sources minérales de Vichy un certain nombre de micro-organismes, variable suivant les sources, et dont quelques-uns possèdent la propriété de dissoudre les aliments et de les transformer en peptones. — (Son mémoire est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Féréol*, *Constantin Paul* et *Cornil*.)

Galvanisation. — M. le docteur *Apostoli* communique une note sur la galvanisation en gynécologie et en particulier sur l'utilité et l'innocuité des hautes intensités.

Alcoolisme. — M. *Marambat* entretient l'Académie de diverses considérations sur les rapports entre l'alcoolisme et la criminalité.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

M. *Kirmisson* présente le malade dont il a parlé et chez lequel l'hystéro-traumatisme a simulé un mal de Pott.

— M. *le Président* annonce la mort de M. H. Blot et la séance est levée en signe de deuil.

SÉANCE DU 28 MARS 1888.

Hystéro-traumatisme : M. Terrier. — Arthrectomie du genou : M. Championnière, M. Segond. — Sarcocèle n'ayant pae récidivé : M. Jalaguier (M. Monod, rapportsur). — Léeions nsrveuses par fracturss : M. Hsydsnreich (de Nancy). — Rétractions consécutives aux contracturee : M. Terrillon. — Rétraction de l'aponévroee palmairs : MM. Terrillon, Championnière. — Fistules du einue maxillaire : MM. Quenu, Bsrger, Terrier. — Grefles épidermiquss : MM. Monod, Pozzi.

M. *Terrier*, à propos de l'hystéro-traumatisme, insiste sur les *troubles nerveux consécutifs aux accidents de chemin de fer*. Ils ont été étudiés d'abord par Erichsen, puis par les Américains, puis par les Allemands. On a parlé successivement de lésions médullaires, puis cérébro-médullaires. Les Allemands en ont fait une entité morbide mal définie. En réalité, c'est M. Charcot qui a bien montré qu'il s'agit là d'hystéro-traumatisme. Récemment à Berlin, Oppenheim et Bernhardt ont adopté cette théorie. Théorie bien française, qu'on s'étonne de voir passer sous silence dans une étude récente faite, au point de vue médico-légal, par un médecin légiste français.

— M. *Lucas-Championnière* revient sur l'*arthrectomie du genou* et s'en déclare peu partisan. Quoi qu'on en dise, cette opération sera forcément incomplète pour les parties molles. D'autre part, quoi qu'en ait dit M. Kirmisson, M. Lannelongue a absolument raison de penser qu'il y a toujours des lésions osseuses. La résection n'est pas plus grave, puisque M. Championnière n'a pas un décès sur vingt et un cas, et c'est une opération complète. On lui reproche de donner un membre raccourci. C'est un avantage : on ne marche bien avec une jambe ankylosée que si elle est raccourcie. Le résultat est acquis beaucoup plus vite que par l'arthrectomie. M. Ollier, d'ailleurs, a dit à M. Championnière être également opposé à l'arthrectomie. Enfin M. Championnière pense que par l'ablation totale du foyer ostéo-articulaire l'état général du sujet est toujours amélioré.

M. *Segond* est adversaire de l'arthrectomie. Il l'a faite deux fois, et les deux fois a dû en arriver à l'amputation de la cuisse.

— M. *Monod* lit un rapport sur une observation de M. *Jalaguier: Tumeur testiculaire; castration; pas de récidive au bout de trois ans*. La tumeur s'était développée en deux ans, sur un homme de soixante ans. Le cordon n'était pas envahi. Est-ce une survie définitive? On n'en saurait rien dire. Mais trois ans d'arrêt sont déjà un résultat rare, d'autant plus qu'ici l'examen histologique fait par M. Suchard a révélé un sarcome à cellules rondes, presque un lymphadénome. Les survies de ce genre ont été notées par Demarquay (trois ans); Volkmann (deux ans). MM. Monod et Guyon suivent depuis cinq ans un homme opéré pour un cancer encéphaloïde du testicule en ectopie. L'âge est un élément de pronostic important: chez l'enfant, la récidive avec généralisation est constante dans le cours de la première année.

— M. *Heydenreich* (de Nancy): *Deux cas de lésions nerveuses consécutives à des fractures*. Il s'agit d'abord d'une fracture humérale par cause directe; paralysie radiale motrice; sensibilité conservée. Puis d'une fracture de l'extrémité supérieure du péroné par arme à feu, avec parésie musculaire seulement tandis que l'anesthésie (avec crampes et crises douloureuses) s'étendait non seulement au territoire du tibial antérieur et du musculo-cutané, mais encore tendait à gagner sur celui du sciatique poplité interne. Dans un cas comme dans l'autre, le nerf n'était pas englobé dans le cal, mais lui adhérait seulement. La libération se fit donc sans opération osseuse, et la guérison s'ensuivit.

M. *Terrillon* lit un mémoire sur le *traitement des rétractions musculaires consécutives aux contractures*. Les contractures spasmodiques de cause variable (hystérie, pachyméningite cervicale) causent des déformations qui pour chaque segment de membre affectent un type unique. Le pied se met en varus équin avec flexion des orteils, la jambe se fléchit la cuisse se fléchit sur le bassin, avec adduction ou abduction (coxalgie hystérique). Au membre supérieur, flexion de tous les articles. Que la contracture vienne à cesser, et ordinairement les mouvements reviennent comme par enchantement. Mais il est des exceptions à cette règle heureuse : à la contracture peut faire suite de la rétraction. Rétraction expliquée pour Roth, pour Déjerine, par une transformation fibreuse de la fibre musculaire à la jonction avec la fibre tendineuse; pour Blocq, par une véritable cirrhose musculaire interstitielle. De là des muscles raccourcis et durs. A ces faits bien étudiés par Charcot et ses élèves, M. Terrillon ajoute la raideur, l'induration des tissus fibreux périarticulaires. Dans ces cas, il y a donc indication à faire la ténotomie pour faire le redressement, puis le massage. On obtient ainsi des succès thérapeutiques complets. Mais il est à cela certaines conditions. D'abord, et M. Charcot y insiste, il ne faut opérer qu'après cessation de toute contracture, sans quoi les antagonistes remplacent la difformité par une autre. Le diagnostic est facile, car la contracture cause une immobilité absolue, qui cesse complètement sous le chloroforme. En outre, il ne faut pas dépasser le but : les antagonistes en profiteraient pour créer une déviation. La méthode opératoire est donc importante. Elle peut se résumer en deux propositions: 1° redressement incomplet après une ténotomie; puis élongation de la cicatrice; 2° ténotomies successives pour les divers tendons. Soit un pied bot : on coupe le tendon d'Achille. et l'on ne corrige qu'à demi la difformité. Entre les deux bouts peu écartés se fait une cicatrice qu'un redressement complet allongera plus tard au degré voulu. Les doigts restent encore en griffe: de là des ténotomies successives, faites de même. Puis les muscles dont la contractilité est indemne, reprennent vite leur force si on les électrise, tandis que le massage a rapidement raison des raideurs périarticulaires.

— M. *Routier* lit un travail sur les *fistules sacro-coccygiennes congénitales*.

— M. *Terrillon* présente un malade atteint de *rétraction palmaire bilatérale* qu'il a traitée d'un côté par l'incision multiple de la bride; de l'autre par l'excision complète. Le résultat immédiat est bon des deux côtés. Pour chercher à le maintenir, M. Terrillon va faire faire un appareil à deux anneaux, avec traction élastique, à porter la nuit.

M. *Championnière* pense que malgré tout, la récidive est à peu près fatale. Elle peut cependant se faire avec une flexion moindre que celle de la lésion initiale, et cela peut suffire pour certaines professions. Mais ailleurs — pour user d'un marteau par exemple — la flexion est incompatible avec le métier du sujet. Dans un cas de ce genre, M. Championnière a amputé le cinquième doigt et le malade s'en félicite.

M. *Quénu* présente une malade à laquelle il a oblitéré par une autoplastie spéciale (adossement par leurs faces cruentées d'un lambeau palatin et d'un lambeau labial) une fistule buccale du sinus maxillaire contre laquelle il eût été classique de ne songer qu'à la seule prothèse. Cette fistule causait un courant d'air entre la bouche et le nez et de là, par refroidissement, des névralgies faciales. Elle résultait de la trépanation faite pour une hydropisie du sinus.

M. *Berger*, comme M. Magitot, ne croit guère à l'hydropisie du sinus. Il pense qu'il s'agit plutôt de kystes radiculaires ayant refoulé le sinus, dont, en opérant, M. Quénu aura crevé la paroi. D'autre part, les fistules maxillaires consécutives aux abcès de ce sinus ont une tendance fâcheuse à se fermer trop tôt, d'où des récidives.

M. *Quénu* ne parle pas d'abcès, mais bien de l'hydropisie contestée, mais à tort, car il en a vu un deuxième exemple et, là encore, une fistule datant aujourd'hui de quinze mois, a succédé à la trépanation.

M. *Terrier* constate d'abord que MM. Quénu et Berger parlent de choses essentiellement différentes. Pour les abcès, il confirme ce que dit M. Berger et cite le cas d'une dame qui, éloignée de Paris, a fini par succomber à des accidents septicémiques pour avoir négligé de dilater une fistule ainsi qu'elle en avait coutume.

M. *Monod* présente un malade auquel il a fait des *greffes épidermiques* sur un large ulcère de la cuisse. Ces greffes sont enlevées au rasoir et sont aussi longues et aussi larges que possible. On les applique sur la surface granuleuse avivée à la curette et on les y fixe par une lame de papier d'étain. Pansement antiseptique. M. Monod a opéré ainsi pour avoir vu Socin le faire à Bâle.

M. *Pozzi* a employé des greffes dermo-épidermiques en

longues bandelettes suivant un procédé qu'il a vu employer par Thiersch à Leipzig. Il faut racler bien les bourgeons charnus et éviter les antiseptiques. Mieux vaut réunir par première intention la plaie créée par la prise du lambeau.

M. *Monod* déclare que c'est impossible si, avec Socin, on n'a créé qu'une simple excoriation, au rasoir.

A. Broca.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Teinture de Sigesbeckia contre la teigne tondante : M. Hallopeau (Discussion : MM. Féréol, E. Labbé, Bardet, P. Vigier, C. Paul, Grellety). — Antipyrine et saccharine dans le diabète : M. Dujardin-Beaumetz (Discussion : MM. Féréol, C. Paul, Hénocque, Bardet, Delpech). — De la phénacétine : M. Dujardin-Beaumetz. — Du laurier rose comme succédané du strophantus : M. Dujardin-Beaumetz (Discussion : MM. Blondel, Delpech). — Clarification du vin de gentiane : M. P. Vigier.

M. *Hallopeau* a expérimenté la méthode de Hutchison pour le traitement de la teigne tondante par les applications de teinture de Sigesbeckia; il a employé, chez trois malades, le mélange de teinture et de glycérine, *loco dolenti*, matin et soir, mais n'en a obtenu aucun effet appréciable. Aussi continue-t-il à se servir de la vaseline iodée au centième, préconisée par M. Lallier, et avec laquelle on badigeonne une ou deux fois par jour les surfaces malades. Il n'a pas pratiqué l'épilation, mais a fait raser les cheveux; plusieurs malades ont été guéris dans l'espace de cinq à six mois : un certain nombre d'autres cas se sont montrés plus rebelles.

M. *Féréol* est d'avis que l'on ne peut guère espérer obtenir une guérison plus rapide dans une affection aussi persistante. Peut-être pourrait-on substituer avec avantage la lanoline à la vaseline, en supposant que ses propriétés d'absorption n'aient pas été exagérées.

M. *E. Labbé* trouve la proportion d'iode bien faible dans la pommade employée. La teinture d'iode du Codex ou mieux encore l'iodol, d'un maniement si facile, ne donneraient-ils pas de meilleurs résultats par suite de leur activité plus grande?

M. *Hallopeau* fait observer que le danger à éviter consiste dans la dermite et que l'on a dû, pour cette raison, laisser de côté la teinture d'iode particulièrement irritante pour le cuir chevelu. Avec la vaseline iodée au centième on voit encore se produire des accidents inflammatoires dans un tiers des cas.

M. *Bardet* pense que les oléates seraient préférables à la lanoline. Celle-ci possède une odeur désagréable, tandis que les oléates n'offrent pas cet inconvénient, s'étalent plus aisément sur les parties malades, et constituent de véritables combinaisons avec le médicament actif.

M. *P. Vigier* rappelle que les phénomènes d'absorption présentent une intensité décroissante avec l'axonge, les huiles, la vaseline, et enfin la glycérine qui semble s'opposer à l'absorption cutanée. On peut s'assurer aisément avec l'iodure, par exemple, incorporé à la vaseline que l'absorption cutanée et l'élimination par les urines ne se produisent pas. Les oléates sont d'excellents véhicules; les oléates de morphine et de belladone devaient être inscrits au Codex en remplacement de l'huile de morphine ou de belladone, mais ils ont été omis dans la dernière édition par suite d'un oubli regrettable.

M. *Delpech* est d'avis que les savons médicamenteux, préconisés par Deschamps (d'Avallon), offrent d'assez grands avantages au point de vue de l'absorption et méritent d'être plus souvent employés.

M. *C. Paul* pense que la lanoline doit posséder, comme la laine en suint, des propriétés irritantes pouvant être nuisibles dans certains cas.

M. *Hallopeau* n'a pas d'expérience à cet égard; il rappelle que les auteurs allemands qui ont employé la lanoline ne font pas mention de ces propriétés irritantes : ils conseillent, d'ailleurs, de la mélanger à la vaseline.

M. *Grellety* fait observer que c'est un mélange de 15 à 20 grammes de vaseline pour 100 de lanoline dont se sert M. E. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis. L'absorption des médicaments incorporés est plus rapide que si l'on se sert de vaseline seule. Cette dernière ne doit donc pas être additionnée de lanoline lorsque l'on veut obtenir un topique destiné à la destruction locale des parasites cutanés.

M. *Féréol* a employé un onguent mercuriel, composé avec parties égales de vaseline et de lanoline, pour les frictions cutanées dans la syphilis; il en a été très satisfait. Il ne pense pas, d'ailleurs, que la lanoline soit irritante, car elle ne contient pas les sels de potasse et les autres principes irritants du suint. Contrairement à ce que l'on a prétendu, les pommades à la lanoline ne peuvent aisément se laver à l'eau simple; lorsqu'on veut en débarrasser la peau, il faut recourir au savonnage. En somme, la lanoline ne lui paraît pas offrir grand avantage sur l'axonge.

— M. *Dujardin-Beaumetz* a expérimenté l'action de l'antipyrine sur la polyurie des diabétiques. Dans trois cas, au moyen d'une dose quotidienne de 2 grammes d'antipyrine, il a obtenu l'abaissement de la quantité d'urine, de 5 à 6 litres, à 2 et 3 litres. La quantité totale de glycose pour les vingt-quatre heures s'est trouvée par le fait réduite dans les mêmes proportions. Cette médication ne semble d'ailleurs avoir aucun inconvénient.

M. *Féréol*, après avoir traité sans succès par tous les moyens ordinaires, pendant six semaines, un jeune homme de quinze ans, diabétique, urinant 6 à 7 litres par jour avec 2 à 300 grammes de sucre, lui a administré une dose quotidienne de 1gr,50 d'antipyrine. La diminution de la polyurie n'a été que de 300 grammes environ; mais le traitement a dû être interrompu à cause des maux d'estomac et de la perte de l'appétit. Un fait isolé ne saurait rien prouver, mais c'est un document d'attente.

M. *C. Paul.* On peut éviter parfois l'intolérance gastrique en donnant, avec l'antipyrine, du bicarbonate de soude.

M. *Hénocque* demande si l'on a, dans ces expériences, tenu compte de la quantité des sueurs produites par l'antipyrine; si elles sont abondantes, la quantité d'urine peut diminuer d'autant.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que l'antipyrine détermine des sueurs appréciables seulement chez les sujets atteints de fièvre, ce qui n'est pas le cas des diabétiques en question.

Il confirme les avantages marqués de la saccharine pour remplacer le sucre, ou ses succédanés, dans l'alimentation des diabétiques. Elle est très appréciée des malades qui lui trouvent une saveur identique à celle du sucre, dont elle n'a pas les inconvénients. Le prix de cette substance commence à s'abaisser, et comme son pouvoir édulcorant est deux cent quatre-vingts fois plus grand que celui du sucre, elle sera évidemment bientôt employée dans l'industrie. Elle ne paraît d'ailleurs avoir aucune action nocive, mais elle ne saurait être, comme le sucre, un aliment, car elle traverse l'économie et s'élimine par les urines sans être assimilée, ni transformée.

M. *Bardet* rappelle qu'on a pu faire prendre à des chiens, sans déterminer d'accidents, une dose quotidienne de 5 grammes de saccharine, ce qui correspond à une quantité

de sucre colossale. — Bien que la saccharine ait une saveur presque identique à celle du sucre, elle laisse néanmoins un arrière-goût assez peu agréable ; d'autre part il semble qu'elle fatigue légèrement l'estomac.

M. *C. Paul* pense que la saccharine est appelée surtout à remplacer avec avantage les sirops de glucose, souvent de qualité inférieure, employés dans l'industrie.

M. *Delpech* fait observer que la saccharine ne donne que l'*illusion* du sucre : ce n'est pas un aliment, elle ne possède nullement le moelleux du sirop de sucre et laisse un arrière-goût peu prononcé, mais qui rappelle celui du goudron.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente un échantillon de *phénacétine* ou *para-acét-phénétidine*. C'est un corps cristallin, blanc, plus insoluble encore que l'acétanilide. Il donne une coloration rouge avec le perchlorure de fer et verte avec le sulfate de cuivre. C'est un antithermique et un analgésique comme l'antipyrine ; à la dose de 30 centigrammes en cachets, il procure dans les pyrexies un abaissement de température de 3 degrés qui dure environ six à huit heures. Jusqu'alors ce médicament ne parait offrir aucun inconvénient ; on l'a employé à l'étranger, à la dose de 40 et 50 centigrammes. Ce corps vient d'Allemagne, mais, si l'on pouvait le préparer en France, on trouverait ainsi le moyen de se soustraire au monopole de l'antipyrine.

M. Dujardin-Beaumetz a, d'autre part, expérimenté l'extrait d'écorce des racines et de la tige du laurier rose comme succédané du strophantus. Ce médicament possède une action diurétique et tonique cardiaque analogue mais inférieure à celle du strophantus.

M. *Blondel* fait observer qu'il faut surtout s'adresser au laurier rose d'Algérie, qui est plus actif et contient plus d'oléandrine.

M. *Delpech* est d'avis que l'on devrait expérimenter des préparations autres que l'extrait, afin d'utiliser les principes volatiles qui possèdent sans doute une action appréciable.

— M. *P. Vigier* indique un moyen de clarifier le vin de gentiane (voy. le numéro du 13, p. 196).

— M. *Hénocque* présente, au nom de l'auteur, M. Nicolas, une brochure intitulée : *la Bourboule actuelle*.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

REVUE DES CONGRÈS

Congrès français de chirurgie.

(Suite. — Voyez les n°s 12 et 13.)

Gynécologie. — M. *Terrillon* (de Paris) : *Quinze hystérectomies abdominales pour fibromes utérins*. — Depuis cinq ans, M. Terrillon a observé 76 cas de myômes utérins. Il en a opéré 16 par l'hystérectomie abdominale ; 6 par la castration. Il en a vu mourir 6, non opérées, par le fait du fibrome ; on exagère donc la bénignité de cette affection, qui en réalité justifie des opérations sérieuses quand les accidents deviennent graves, ce qui était le cas pour les 16 opérées. Il s'agit d'amputations sus-cervicales. Deux fois, la suture de la surface de section a permis de réduire le moignon avec succès. Une autre fois l'hémorrhagie empêche d'en faire autant et alors, comme dans les 13 autres cas, le moignon fut lié et suturé à l'angle inférieur de la plaie. Ce pédicule tombe du quinzième au trentième jour. Résultat total : 11 guérisons et 5 morts. Les causes de mort sont : 2 chocs, sans lésions septicémiques ; 1 péritonite ; 1 infection purulente ; 1 par tumeur incluse dans le ligament large et mort rapide d'hémorrhagie. Sur les 6 castrations, 5 ont amené la cessation de l'hémorrhagie ; 1 des femmes est morte d'étranglement interne au soixantième jour. Elle avait depuis longtemps déjà de l'occlusion chronique par compression. C'est donc une bonne opération, mais il faut faire l'ablation complète de l'ovaire, ce qui n'est pas toujours facile. Dans tout ceci il ne s'agit que des fibromes qui proéminent dans l'abdomen et non dans le vagin. Les conclusions de M. Terrillon sont les suivantes :

L'hystérectomie abdominale est une opération grave. Elle doit être réservée aux fibromes développés du côté de l'abdomen, volumineux, suffisamment mobiles et causant des hémorrhagies rebelles et continues ou des troubles dus à la compression des organes voisins. On doit lui préférer l'ablation des ovaires et des trompes, dans les cas de fibromes petits, ou de moyen volume et capables de compromettre l'existence surtout par hémorrhagies. Un grand nombre de fibromes abdominaux provoquent des accidents pendant une période variable de la vie. Ces accidents peuvent être mortels ; aussi, quand ils deviennent menaçants, il est nécessaire de pratiquer une des deux opérations : *Hystérectomie abdominale, ablation des ovaires.* Si ces accidents ne sont pas assez graves pour mettre la vie en danger, on peut, par des moyens médicaux divers, les atténuer et même les arrêter, jusqu'à la fin de la période dangereuse, qui peut se prolonger souvent au delà de cinquante et cinquante-cinq ans. Les malades jouissent alors d'une guérison apparente, mais qui rend la vie normale ou du moins supportable. Les seuls fibromes qui font le sujet de ce travail, sont ceux qui occupent le segment supérieur de l'utérus et qui font saillie dans l'abdomen, sans proéminer du côté du col de l'utérus ou du vagin. Les fibromes qui ont une tendance à se développer du côté de la cavité utérine ou vers le col, se prêtent à d'autres considérations et réclament des opérations différentes.

— M. *Doléris* (de Paris) : *Traitement des déplacements utérins*. — Les causes de ces déplacements tiennent à la fois aux ligaments utérins, au périnée, au tissu utérin. Aussi faut-il leur opposer des opérations multiples et combiner les opérations plastiques avec le raccourcissement des ligaments ronds. Il faut en même temps soigner la métrite.

— M. *Berrut : Propositions paradoxales sur la situation de l'utérus ; rétroversion de l'utérus*. — La réduction de la rétroversion par la position génu-cubitale s'expliquerait parce que nous descendons de quadrupèdes. La rétroversion vient de l'instabilité de l'utérus dans la position bipède. Heureuse position cependant, dit M. Berrut. Nos ancêtres quadrupèdes coïtaient *more canino ;* dans nos femmes, la fente vulvaire s'est peu à peu projetée en avant et de là le « précieux privilège de l'accouplement face à face » (?).

Os et articulations. — M. *Ollier* (de Lyon) : *Résection du poignet pour ankylose avec création d'une articulation mobile*. — La résection du poignet est celle qui est restée le plus en retard. En 1870, Folet n'en réunit que 70 cas ; dix ans plus tard, un Américain n'en réunissait que 170. Depuis, les faits se sont multipliés, mais il ne sera question ici que de la résection pour ankylose ; celle-là n'a pu être étudiée que depuis l'antisepsie. Auparavant, une bonne ankylose était en effet le meilleur résultat cherché quand on réséquait le poignet. Langenbeck avait sans doute essayé d'opérer en cas d'ankylose, mais avait eu, sur deux cas, une pyohémie et un retour de l'ankylose. Aujourd'hui, on a des résultats orthopédiques et fonctionnels tout différents. Lister, dès 1865, avait perfectionné le procédé opératoire et fournissait à ses malades des mains utiles. Mais il faut analyser exactement les résultats. Il faut obtenir une articulation énergiquement auto-mobile. Au début, on croyait ne pouvoir opérer qu'en sacrifiant au moins partie des tendons dorsaux externes du poignet ; on sait maintenant qu'on peut les conserver tous. Au point de vue fonctionnel, d'ailleurs, il suffit d'avoir des mouvements d'une amplitude modérée. Entre les surfaces réséquées se fait un tissu fibreux, souple, avec des interstices synoviformes ; cela permet les mouvements. M. Ollier a vérifié cela dans deux autopsies tardives. Mais restent les mouvements des doigts ; maintenant, ils sont à peu près conservés, car des adhérences inflammatoires ne viennent plus immobiliser les tendons. Et ces articulations sont solides, et les doigts sont forts : tel malade de M. Ollier maniait des haltères de 15 à 20 kilogrammes. On récupère à peu près la moitié de la force normale. Il y a loin de là à la page d'écriture, qui servait naguère de criterium. Dès lors, il n'est plus permis d'abandonner à elle-même l'ankylose du poignet ; aussi M. Ollier a-t-il pratiqué récemment (il y a quatre ans et il y a un an) la résec-

tion purement orthopédique du poignet. Dans ces cas, la plaie n'étant pas infectée à l'avance, l'évolution a été absolument apyrétique. Une malade (déjà opérée auparavant pour ankylose bilatérale du coude) peut jouer agréablement du piano. Il faut aborder la jointure par des incions intertendineuses et procéder avec lenteur de façon à ménager scrupuleusement toute la gaine périphérique et fibreuse.

M. *Duzea* (de Lyon): *Résection du coude dans les cas d'ankylose.* — Il faut absolument créer une articulation mobile. Or une simple section osseuse linéaire y est impuissante. Il faut, de toute nécessité, faire une large résection, sans cela on n'évitera pas le retour de l'ankylose.

M. *Ollier*, à l'instigation duquel a été entrepris ce travail, appuie les conclusions de l'auteur.

— M. *Kirmisson: Résection du squelette pour remédier à des pertes de substance des parties molles.* — Cette opération a été pratiquée par M. Kirmisson à l'avant-bras (résection du radius et du cubitus) et au cou-de-pied (résection tibio-tarsienne) pour des ulcères et des cicatrices vicieuses consécutifs à des brûlures. Ces observations sont analogues à d'autres faits de Martel (de Saint-Malo); de Lœbke, de Hamilton, Parinski, etc. Au total, huit faits. Il y a là une méthode appelée à rendre des services réels.

— M. *Redard* (de Paris): *Ostéotomie pour cal vicieux.* — Il s'agit d'une fracture vicieusement consolidée, redressée avec succès par une résection plutôt que par une ostéotomie. Le point le plus remarquable est la guérison, malgré l'âge avancé de la malade, vieille femme de soixante-quinze ans.

— M. *Dianou* (de Paris): *Traitement des tumeurs blanches par l'électricité* (courants faradiques).

— M. *Championnière* (de Paris): *Sur une opération pour remédier à la luxation ancienne de la rotule.* — Un homme de vingt-neuf ans avait une luxation ancienne en dehors, réductible, mais incoercible et empêchant la marche. M. Championnière a creusé à la gorge une gouttière sur la face antérieure du fémur et y a amené la rotule. Lavage phéniqué de l'articulation; drainage; réunion immédiate.

Traitement des fractures du coude chez les enfants et les adolescents par l'immobilisation en extension et en supination. — Les fractures du coude sont toutes celles qui pénètrent dans l'articulation; les recherches de Larozenne et Sesary ont prouvé que chez l'enfant les fractures sus-condyliennes sont elles aussi intra-articulaires.

M. *Berthomier* (de Moulins) a consacré au traitement de ces fractures sa thèse inaugurale, dont il vient maintenir aujourd'hui les conclusions. Lorsque, en effet, l'on traite par la flexion ou la demi-flexion les fractures du coude chez les enfants, il se produit les deux phénomènes suivants: 1° la flexion se produit dans le foyer de fracture et non pas dans l'articulation; 2° le fragment inférieur subit un mouvement de translation en avant avec saillie de l'épitrochlée si l'enfant est tombé le bras écarté du corps, saillie de l'épicondyle si la chute a eu lieu le bras rapproché du corps. De sorte que l'ankylose ou la raideur articulaire que l'on observe fréquemment dans ce cas tiennent au défaut de réduction ou de coaptation des fragments et non pas à l'arthrite consécutive à une fracture articulaire. Si l'on met le bras dans l'extension après une traction légère, la coaptation est parfaite, les fragments sont maintenus en arrière par l'olécrâne, en avant par le périoste qui est toujours décollé et qui, chez les enfants, présente une épaisseur beaucoup plus grande que chez l'adulte. Cette méthode est appliquée à Lyon par MM. Larozenne et Vincent. En somme, M. Berthomier a une série de 70 observations avec intégrité des mouvements du coude. M. Vincent ne maintient l'extension que pendant seize jours, puis il immobilise pendant dix jours en flexion et commence alors les mouvements communiqués.

— M. *Jeannel* (de Toulouse): *De l'ostéotomie longitudinale.* — Dans le rachitisme les os sont à la fois incurvés et raccourcis. Or l'ostéotomie transversale ou trochléiforme ne donne aucun allongement. Il faut faire, avec M. Ollier, une véritable ostéotomie en bec de flûte et M. Jeannel a obtenu ainsi deux succès. M. *Ollier* a opéré ainsi deux fois. Il faut savoir que c'est une opération difficile. Elle exige, pour obtenir un allongement, des débridements notables des parties molles (tendon d'Achille surtout).

Pseudarthroses. — M. *Tillaux* (de Paris) s'est occupé du *traitement chirurgical de la pseudarthrose du fémur.* En général, lorsqu'une pseudarthrose est rebelle aux moyens ordinaires, on a recours à la résection et à la suture. Or on a un cinquième de morts, et des survivants, la moitié seulement bénéficie du succès. Récemment, M. Berger a préconisé la section cunéiforme et la suture avec des fils de platine spéciaux. Il y a à faire mieux et plus simple. La gravité de l'opération vient de la résection et de la suture. Or l'avivement simple par grattage peut suppléer à la résection. D'autre part, la suture ne sert à rien; le succès constant de l'extension continue, sans autre appareil immobilisant, dans les fractures récentes, prouve qu'il n'est pas besoin d'une contention rigoureuse. Mais le fait capital est de bien savoir que, par le fémur et par l'humérus, os engainés de muscles s'y insérant, la cause ordinaire des pseudarthroses est l'interposition d'une languette musculaire qui devient bride fibreuse et arrête la consolidation. Il suffit de mettre à nu le foyer, d'exciser cette bride, de gratter les surfaces et d'appliquer l'extension continue. M. Tillaux relate un succès obtenu ainsi.

M. *Le Fort* (de Paris) a recours volontiers à l'électrolyse, qu'il a eu l'idée d'employer comme perfectionnement de l'acupuncture imaginée par Malgaigne en 1837. Il a enregistré ainsi plusieurs succès. Les séances doivent être courtes et assez espacées. M. *Labbe*, sur les indications de M. Le Fort, a employé cette méthode et a obtenu la consolidation.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

OBSTÉTRIQUE

Laparotomie et tuberculose péritonéale, par M. Van der Warker. — Van der Warker ayant à soigner une femme atteinte d'une affection abdominale, compliquée d'ascite, après l'avoir longtemps surveillée et aussi après une ponction arriva au diagnostic de kyste ovarique, compliqué d'hydropisie péritonéale. La laparotomie, suivie de l'ovariotomie, fut décidée. Au lieu du kyste supposé on tomba sur une tuberculose péritonéale. Au lieu de l'ovariotomie on fit simplement une toilette soignée de la cavité péritonéale et un lavage avec une solution de sublimé corrosif: 1:5000. La plaie abdominale fut fermée et suturée. Pendant les jours suivants, il n'y eut aucune complication locale et par contre une grande amélioration dans l'état général. En trois mois, elle reprit de la force, redevint une femme vigoureuse.

L'opération fut faite en juin 1886. En juin 1887, elle paraît guérie.

Comment expliquer ce cas de guérison presque complète d'une péritonite tuberculeuse par une simple laparatomie? Le fait clinique est là, avec son éloquente brutalité, mais le mode d'action de l'intervention ne peut être encore donné d'une façon satisfaisante. La laparotomie semble agir comme simple pansement. L'amélioration qu'elle amène est due à l'évacuation du liquide ascitique, chargé lui-même des microbes de la tuberculose, véritable bouillon de culture qui entretient les éléments de la tuberculose et en fait un foyer d'infection pour l'économie. L'ouverture de l'abdomen produirait ici une amélioration analogue à celle amenée par le raclage de l'utérus dans les cas de cancer ou dans une maladie différente d'allures par son acuité, la septicémie puerpérale.

Dans ces différents cas, c'est toujours un nettoyage, un véritable balayage que l'on opère, c'est un combat qu'on livre aux microbes, la victoire est complète ou incomplète, mais à la suite de cette lutte il y a toujours un moment de répit; c'est ce moment de répit que donne la laparotomie dans la tuberculose péritonéale.

Le cas de Van der Warker est d'ailleurs loin d'être unique, il en existe plusieurs autres où à la suite d'une erreur de diagnostic comme précédemment, pareille intervention a été faite. Olshausen, Saexinger, Frommel, Hegar, ont publié différents cas favorables à ce mode d'intervention. Battlehner a obtenu

l'amélioration d'une tuberculose péritonéale par une simple ponction. Jamais encore la laparotomie n'a été faite de propos délibéré pour améliorer une tuberculose péritonéale. Les différents cas en question appartiennent à des erreurs de diagnostic faciles en pareille circonstance.

Ces différents faits autorisent-ils une conclusion thérapeutique formelle? L'auteur n'est pas catégorique à ce sujet. Avec Kaulich il divise les cas de tuberculose péritonéale en trois classes; la forme aiguë ne peut en aucune façon demander la laparotomie. La forme chronique, quand la tuberculose est localisée au péritoine et n'a envahi aucun autre organe, peut être notablement améliorée par cette opération, et c'est alors qu'après un diagnostic attentif et mûri on pourrait la tenter. Dans un nouvelle série de faits nous trouvons la forme mixte où la chronicité succède à l'acuité et l'on pourrait encore tenter l'intervention si le tubercule est localisé à l'abdomen.

Une simple mention pour les cas spéciaux où les tubercules ont englobé l'ovaire, le ligament large et la trompe et les ont transformés en une masse distincte, énucléable. Hegar a tenté cette énucléation dans quatre cas, un suivi de mort immédiate; dans les trois autres cas il y eut infection secondaire du poumon. Ces résultats sont peu encourageants. (*American Journal of obstetrics*, 1887, p. 932.)

Placenta prævia et segment inférieur de l'utérus, par M. Berry Hart. — Une femme enceinte de sept à huit mois meurt à la suite d'une hémorrhagie causée par une insertion vicieuse de placenta; l'autopsie révèle plusieurs points intéressants bien mis en lumière par Berry Hart.

Le placenta est inséré à 1 centimètre 1/2 de l'orifice interne de l'utérus. La section antéro-postérieure de l'utérus montre nettement trois zones. Une supérieure, épaisse ou segment supérieur, une moyenne mince, s'étendant de la précédente, dont elle est séparée par l'anneau de Bandl ou anneau de contraction jusqu'à l'orifice interne, c'est le segment inférieur de l'utérus, et enfin une troisième, qui n'est autre que le col et allant de l'orifice interne à l'orifice externe. Au niveau de l'anneau de Bandl, dans l'épaisseur du tissu musculaire, la section montre une veine volumineuse; c'est le sinus circulaire ou veine de l'anneau de contraction.

Le placenta étant prævia se trouve inséré à la fois sur les segments supérieur et inférieur de l'utérus. Or le décollement se fait au niveau du segment inférieur parce que dans les derniers temps de la grossesse et pendant le travail, ce segment, tout en s'amincissant, prend un développement considérable.

Le péritoine à la surface externe de l'utérus se décolle de même que le placenta à sa face interne et pour la même raison. Le cul-de-sac vésico-utérin remonte et se trouve au niveau de l'anneau de Bandl. De telle sorte, fait très important, que la veine à la fin de la grossesse se trouve relativement en rapport avec une bien plus grande étendue de l'utérus qu'à l'état de vacuité.

Par conséquent, d'une part, le péritoine, d'autre part, le placenta, se décolle jusqu'au niveau de l'anneau de Bandl. Le placenta pourra donc être considéré comme prævia toutes les fois que son bord inférieur se trouvera au-dessous de cet anneau. Telle est la définition dont parle Berry Hart à l'insertion vicieuse du placenta.

Or l'anneau de Bandl se trouve environ à 11 centimètres de l'orifice externe, de telle sorte que Berry Hart en donnant ce point de repère anatomique est à peu près d'accord avec la plupart des auteurs et en particulier avec M. Auvard qui, dans sa thèse d'agrégation (1886), dit que le placenta est prævia quand il s'insère de 1 à 8 centimètres de l'orifice interne, ce qui avec les 3 centimètres du col environ représente les 11 centimètres de Berry Hart. (*Edinburgh medical Journal*, juillet 1887, p. 9.)

Mécanisme de la séparation du placenta, par M. Berry Hart. — Dans les cas d'insertion vicieuse la partie du placenta adhérente au segment inférieur se décolle alors que l'expansion externe est trop considérable à ce niveau. Le placenta ne peut suivre la paroi musculaire dans son extension.

Se basant sur cette pathogénie, Berry Hart propose une nouvelle et assez singulière théorie de décollement du placenta normalement inséré. Il pense que ce n'est pas la rétraction ou la contraction utérine qui amène ce développement, mais au contraire l'expansion de la matrice. Voici comment il explique cette expansion : l'utérus revenu sur lui-même, le placenta diminue de volume proportionnellement, mais sans se décoller. Alors l'utérus se contracte, puis ne tarde pas à se relâcher; c'est pendant ce relâchement que la surface utérine augmenterait d'étendue et que se produirait le décollement. Nous doutons fort que cette nouvelle explication satisfasse l'esprit des accoucheurs. (*Edinburg medical Journal*, juillet 1887.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'antisepsie chirurgicale, par M. le docteur Paul Troisfontaines, ancien assistant à l'Université de Liège, chirurgien adjoint des Hospice civils. — Paris. G. Steinheil, 1888.

La technique des pansements est en voie d'évolution constante. Au début de l'antisepsie, on n'admettait que le *pansement de Lister*, et il fut un temps où l'on osait à peine le modifier. Aujourd'hui, son auteur tout le premier y a renoncé et sa description, donnée en quelques mots dans le manuel dont nous avons à rendre compte, tend à n'avoir plus guère qu'un intérêt historique. C'est que maintenant on est mieux pénétré des principes généraux de la méthode, et l'on sait que les substances les plus variées donnent des résultats également bons. Chaque chirurgien en use un peu à sa manière.

M. Troisfontaines ne cache pas ses préférences pour le pansement sec à l'iodoforme; pour les lavages avec des solutions de sublimé. Avec ces deux substances on peut aborder à peu près toutes les opérations. L'acide phénique « n'a plus sa raison d'être que pour la désinfection des instruments ». Mais l'auteur ne tient pas spécialement à la technique qu'il emploie, qu'il trouve la plus commode, et il ne se perd pas en détails inutiles sur le pansement idéal. Son but est tout autre : il se propose de résumer sous un petit volume les connaissances que doivent avoir tous les praticiens.

Il étudie les substances antiseptiques et la manière de préparer avec elle les matériaux de pansement, de ligature, de drainage. Il montre dans quelles conditions de propreté on doit opérer, tant pour le chirurgien lui-même que pour ses aides. Nous voilà ainsi arrivés à plus de la moitié du livre. Puis viennent quelques pages sur l'application générale des pansements : et M. Troisfontaines n'a garde de se perdre en minuties. Les détails viennent plus loin, à propos des pansements spéciaux requis par telle ou telle maladie. Cette manière de procéder est certainement des plus pratiques : tout médecin doit être à même de faire une kélotomie, par exemple, et de trouver résumée en quelques lignes la manière de panser convenablement la plaie opératoire.

Le livre de M. Troisfontaines est donc utile. Il est clair et bref, sans être incomplet. En l'ouvrant, nous avions une appréhension. Nous craignions qu'avec M. von Winiwarter (dont le récent traité de pathologie générale a bien marqué les tendances) la gallophobie ne se fût introduite à la clinique chirurgicale de Liège. Nos craintes ont été heureusement déçues, et nous avons vu avec plaisir que l'auteur, ancien assistant de ce professeur, rend néanmoins justice à Pasteur, à A. Guérin, à Lucas-Championnière, etc.

A. Broca.

Leçons du mardi a la Salpêtrière : professeur Charcot. Policlinique de 1888. Notes du cours, par MM. Charcot fils, Blin et Colin, élèves du service. — Paris, bureaux du *Progrès médical*.

Quelques élèves de M. Charcot ont eu l'idée de faire paraître chaque semaine un fascicule d'une vingtaine de pages environ, dans lequel on trouve une série de leçons très intéressantes faites au hasard de la *policlinique* sur les malades nombreux qui suivent la consultation externe de la Salpêtrière.

Pour se faire une idée de l'intérêt d'une semblable publication, il faut se rapporter à la statistique de cette consultation faite autrefois dans le *Progrès médical* par le docteur Marie et savoir que c'est au nombre de 100 ou 150, souvent plus, que les malades se rendent chaque semaine au grand Institut neuro-pathologique.

Que de cas intéressants ne tomberont pas dans l'oubli, grâce aux jeunes gens qui ont pris l'initiative de cette revue nouvelle...!

Tous les fascicules (déjà au nombre de 15) fourniront à la fin de l'année un beau volume autographié de 4 ou 500 pages dans lequel on trouvera en même temps que des données théoriques, des observations suivies pendant plusieurs mois et une foule d'applications scientifiques au point de vue de la thérapeutique des affections nerveuses.

Guide des mères et des nourrices, par M. le docteur Peire. 2e édit., in-18 de 200 pages. — Paris, 1887, J.-B. Baillière.

Le Guide maternel ou hygiène de la première enfance, par M. le docteur Selle. In-18 de 80 pages. — Paris, 1887, O. Doin.

Hygiène de l'enfance. Conseils aux mères, par M. le docteur Cruard. In-18 de 115 pages, 1887.

Quel que soit l'intérêt du sujet, on doit avouer qu'il justifie médiocrement l'abondance de ces petits traités qui se ressemblent tous et se répètent à l'envi.

Le plan est le même pour tous et les conseils qu'ils offrent aux parents, puisés aux mêmes sources, sont tous également judicieux.

L'écueil pour certains d'entre eux consiste dans les règles de conduite qu'on croit devoir dicter aux mères dans les cas d'indisposition des enfants. Il suffirait d'indiquer quelles sont en pareils cas les précautions à prendre avant l'arrivée du médecin. Quand on dépasse cette limite et qu'on en arrive à indiquer des remèdes pour la grippe, la fièvre, les diarrhées, les accidents de dentition, etc., on s'expose à faire plus de mal que de bien.

VARIÉTÉS

Académie royale de médecine de Belgique (*Programme des concours*). — 1886-1888 : Étudier les mesures d'hygiène publique et privée qui sont de nature à prévenir le développement et la propagation de la tuberculose en Belgique. Prix : 500 francs. Clôture du concours : 31 décembre 1888.

1880-1889 : Établir et discuter les moyens de diagnostic différentiel des tumeurs du ventre. Prix : 600 francs. Clôture du concours : 15 mars 1889.

Faire l'étude de l'érysipèle charbonneux ou rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses manifestations, de ses lésions, de sa prophylaxie et de son traitement ; établir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériennes. Prix : 600 francs. Clôture du concours : 15 mars 1889.

Prix fondé par un anonyme. — Élucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie. Prix : 8000 francs. Clôture du concours : 31 décembre 1888.

Des encouragements de 300 à 1000 francs pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 25000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 13 avril). — *Ordre du jour :* M. Brocq : Nouvelle communication sur la destruction des poils par l'électrolyse. — M. Millard : Sur un cas d'hémoglobinurie *a frigore*. — M. d'Heilly : Tubage du larynx. — M. Albert Robin : Hémoglobinurie provoquée par la marche.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. le professeur Planchon (de Montpellier). Notre savant et laborieux confrère était depuis très longtemps professeur à l'École de pharmacie et à la Faculté des sciences de Montpellier, et la Faculté de médecine le comptait depuis plusieurs années parmi ses maîtres les plus aimés. Comme directeur du Jardin des Plantes où il succéda à M. Martins et comme président ou membre actif de toutes les Sociétés scientifiques de Montpellier, M. Planchon avait rendu à ses concitoyens les plus signalés services. Ses études sur le phylloxéra ont été particulièrement remarquées. Il était correspondant de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

— M. le docteur Rodet, médecin-major de 2e classe au 2e régiment étranger, vient de succomber à Saïda, victime de son devoir professionnel.

Mortalité a Paris (11e semaine, du 11 au 17 mars 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 6. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 42. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs : cancéreuses, 40 ; autres, 4. — Méningite, 36. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 57. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 55. — Bronchite aiguë, 30. — Bronchite chronique, 52. — Bronchopneumonie, 42. — Pneumonie, 85. — Gastro-entérite : sein, 14 ; biberon, 41 ; autres, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 35. — Suicides, 20. — Autres morts violentes, 17. — Autres causes de mort, 237. — Causes inconnues, 10. — Total : 1155.

Mortalité a Paris (12e semaine, du 18 au 24 mars 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 6. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 13. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 40. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 200. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs : cancéreuses, 46 ; autres, 5. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 52. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 61. — Bronchite aiguë, 36. — Bronchite chronique, 56. — Bronchopneumonie, 34. — Pneumonie, 103. — Gastro-entérite : sein, 17. biberon, 37 ; autres, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 5. — Débilité congénitale, 39. — Sénilité, 34. — Suicides, 9. — Autres morts violentes, 8. — Autres causes de mort, 197. — Causes inconnues, 4. — Total : 1120.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Fièvres de surmenage, par M. le docteur Rendon. 1 vol. in-8°. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions du grisou par M. P. Gaudin. 1 vol. in-8°. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr

Du catarrhe chronique hypertrophique et atrophique des fosses nasales, de l'ozène, obstruction catarrhale des trompes d'Eustache, végétations adénoïdes du pharynx, traitement par la galvanocaustique chimique, par M. le docteur Garrigou-Désarènes. 1 vol. in-8°, avec 34 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

14669. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 11 avril 1888.

Académie de médecine : **Le strongle paradoxal. Prophylaxie de la syphilis.— La saccharine.**

La séance de l'Académie a été occupée par une série de communications aussi intéressantes que variées. En présentant à la Compagnie un *strongle paradoxal* observé chez l'homme, M. J. Chatin a insisté sur les accidents que pourrait causer l'introduction de cet helminthe dans les voies respiratoires et sur les dangers que crée sa reproduction si facile. L'embryon de ce strongle peut demeurer dans l'eau pendant plusieurs mois sans subir aucune altération; après un an de dessiccation, il revient à la vie dès qu'on l'humecte. Aussi y a-t-il là, comme l'a si bien dit M. J. Chatin, une cause de dangers multiples pour l'hygiène publique et privée, intéressante à connaître et utile à signaler.

M. Diday est venu ensuite apporter à l'Académie le concours de sa grande expérience et ajouter aux résolutions votées par la commission qui vient de s'occuper de la prophylaxie de la syphilis un chapitre destiné à faire réglementer par les lois déjà existantes certaines formes de la prostitution et à mieux assurer les visites médicales. Nous publions *in extenso* (p. 229) le travail de notre éminent confrère qui a été écouté avec la déférence et l'attention sympathique qu'il méritait.

Une discussion très intéressante a été soulevée ensuite par la lecture d'un travail de M. J. Worms sur les effets produits par la saccharine. On sait que ce produit antifermentescible tend à remplacer le sucre et M. Worms a rappelé qu'en Allemagne plusieurs médecins ont affirmé son innocuité. Il en est aujourd'hui de la saccharine comme il en était jadis de l'acide salicylique. Le produit est relativement peu cher. Les commerçants le trouvent très avantageux et trop souvent les médecins l'adoptent sans contrôle. Or les recherches de M. Worme lui ont montré que la saccharine administrée aux diabétiques déterminait de l'inappétence, une sensation de barre épigastrique, etc. Il convient dès lors de se méfier de ce produit que les fabricants de confitures tendent à employer de préférence au sucre. Sans doute, comme l'ont dit MM. Dujardin-Beaumetz et C. Paul, les accidents déterminés par la saccharine ont été assez rarement observés ; mais ici, comme dans bien des cas analogues, la question hygiénique prime la question thérapeutique. M. Dujardin-Beaumetz l'a fait remarquer en rappelant que la saccharine était éliminée par les reins sans subir aucune modification de l'organisme. C'est une raison nouvelle de croire que, pour ce produit comme pour tant d'autres aliments ou médicaments, la tolérance de l'organisme est en rapport direct avec la perméabilité du filtre rénal. Quoi qu'il en soit il convient de remettre à l'étude cette question des usages alimentaires de la saccharine et de ne pas laisser, au grand détriment de nos industries nationales aussi bien que de la santé publique, s'introduire en France un produit dont il est très difficile de vérifier la pureté et d'affirmer l'innocuité.

MÉDECINE LÉGALE ET NEURO-PATHOLOGIE

Des effets produits par les accidents de chemin de fer.

Il arrive souvent, en médecine, que l'on découvre et décrive, sous un nom nouveau, une maladie déjà fort anciennement connue. Plus fréquemment encore divers symptômes, de nature identique, mais rapportés tantôt à une cause pathogénique scientifiquement établie, tantôt à l'accident immédiat qui paraît en avoir provoqué l'explosion, sont décrits par divers auteurs dont les derniers venus ignorent parfois ou semblent ne pas connaître les œuvres de leurs devanciers. Le rôle du critique est dès lors de montrer l'analogie, sinon l'identité des manifestations morbides ainsi décrites et de chercher à établir les droits de priorité de celui qui, se plaçant à un point de vue exclusivement scientifique, a su non seulement décrire les symptômes observés, mais encore les rapporter à la maladie dont ils dépendent et non à la cause accidentelle qui les a fait

éclater. C'est ce que nous allons essayer de faire à l'occasion d'une étude médico-légale, d'ailleurs fort intéressante, que M. le docteur Vibert vient de publier.

Ce travail, qui dénote chez l'auteur un esprit d'observation très développé, en même temps qu'un grand sens clinique, nous a paru mériter un étude spéciale. M. le docteur Vibert, après un historique sur la brièveté duquel nous nous proposons de revenir, déclare que les accidents de chemin de fer créent chez les gens qui en sont victimes « *un état morbide qui s'adapte mal aux cadres de la pathologie classique. Cela est surtout frappant pour les désordres cérébraux que l'on voit quelquefois apparaître sous cette influence; par leur nature, leur mode de développement, leur évolution, ils représentent, en effet, une affection presque autonome, qui mérite, en tous cas, une place à part dans la pathologie des centres nerveux....* »

Nous voilà donc en présence d'une maladie nouvelle dont M. Vibert va nous donner la description, avec observations à l'appui. C'est l'épouvantable accident de Charenton qui lui a fourni les matériaux de son travail. Après une description ou plutôt une énumération assez rapide des blessures le plus fréquemment rencontrées, l'auteur consacre un chapitre aux *troubles de la santé générale sans relations directes avec les blessures.*

C'est le système nerveux qui est le plus atteint..... Sous l'influence de l'émotion, de la terreur ressentie par les victimes, il se développe un état mental spécial qui fait que les patients, *même ceux qui n'ont que des blessures légères ou même ceux qui ne sont pas blessés du tout*, sont pris de tremblements musculaires, de maux de tête, d'émotivité exagérée. Aussitôt après l'accident on les voit sombres, taciturnes, se réfugier loin du bruit, dans des pièces obscures, pour éviter la lumière et toute conversation ayant trait à l'accident. Ils restent dans une sorte d'hébétude, de demi-inconscience. Ils s'abandonnent à l'automatisme le plus complet. Un homme emprisonné dans un wagon brisé est délivré, il n'est pas blessé et se dirige vers Paris en suivant les rails et sans plus s'occuper des blessés qu'il laisse derrière lui ; il a marché comme un somnambule sans adresser la parole à personne.

Une autre personne, légèrement blessée, voyage presque tout un jour en chemin de fer et en voiture, paye son cocher et accomplit tous ces actes d'une façon, en quelque sorte, automatique.

A un degré plus ou moins accentué, dit M. Vibert, cet état est toujours décrit identiquement par les blessés, quand on les interroge sur ce point, en ayant soin de les laisser s'expliquer seuls...

Ces troubles durent environ quinze jours et se dissipent graduellement.

M. Vibert se demande alors si la violente impression psychique qui représente une sorte de *traumatisme moral* n'est pas quelquefois la *cause*, ou tout au moins ne joue pas un rôle dans le développement des graves désordres cérébraux que l'on observe après les accidents de chemin de fer.

Au bout d'un temps d'incubation variable apparaissent des troubles plus fixes sur la gravité et la durée desquels le médecin légiste est appelé à se prononcer.

Du côté de l'intelligence, on remarque : des amnésies pouvant remonter assez haut dans le passé : les malades oublient les faits récents, les menus événements de la journée, ils sont obligés d'*écrire sur un carnet tout ce qui concerne leur travail pour éviter des omissions perpétuelles ;* parfois ils oublient l'âge de leurs enfants, la date des principaux événements de la vie, etc. On doit signaler aussi l'amnésie verbale, la perte de l'attention, l'impossibilité de lire, d'écrire ou de suivre une conversation. Le caractère devient sombre, monotone, triste au possible ; les malades refusant de répondre aux questions ont l'aspect de vrais mélancoliques.

Du côté de la sensibilité, on note une céphalalgie parfois constante, entretenue ou augmentée par les efforts intellectuels, l'insomnie et les cauchemars *qui souvent ont trait à l'accident ;* du délire parfois et de véritables accès de manie. Les sens sont affectés; du côté de l'œil, photophobie, paresse de l'accommodation, amblyopie. L'ouïe est affaiblie, mais en général cette diminution ne s'observe que d'un seul côté. Le goût et l'odorat sont abolis ou pervertis. Dans les membres : fourmillements, engourdissement, pas d'anesthésie. Mais hyperesthésies plus ou moins généralisées, surtout le long de la colonne vertébrale.

Du côté du mouvement, on trouve du tremblement, des soubresauts de tendons, *quelquefois des contractures et des mouvements convulsifs des muscles de la face* (obs. IX).

La force est amoindrie dans les quatre membres, les malades se traînent..., il y a de véritables paraplégies (obs. II). Un des malades, dont parle M. Vibert, était dans l'*impossibilité absolue d'exécuter le plus léger mouvement des membres inférieurs...*, il éprouvait dans les membres une sensation de froid glacial, mais il ne put dire si la sensibilité avait été abolie. Jamais on n'a noté de paralysie des sphincters du rectum et de la vessie.

Quand les paralysies persistent (obs. XI, hémiplégie et hémianesthésie gauches), il survient fréquemment de l'amyotrophie ; la plupart du temps les muscles en masse sont mous, pâteux et diminués de volume.

Du côté de la moelle, les *traumatisés* de M. Vibert sont aussi intéressants : le rachis est douloureux à la pression, à la percussion, à l'application de l'éponge chaude ; cette hyperesthésie est plus marquée en deux ou trois points qui sont la région cervicale supérieure, le milieu de la région dorsale et la région lombaire. L'engourdissement peut être limité à une portion de membre ou envahir un ou plusieurs membres dans toute leur étendue.

Le refroidissement des extrémités est fréquent. Devant les symptômes spinaux observés, M. Vibert se demande avec Erichsen si ces symptômes ne sont pas exclusivement d'origine encéphalique. Nous arrêtons là l'analyse du travail de notre confrère, nous bornant à signaler les symptômes pulmonaires et digestifs fréquemment observés chez les blessés.

Ce que nous venons d'en dire suffira, ce nous semble, pour faire comprendre, à ceux qui suivent d'un peu près les travaux de l'école neuro-pathologique française, que M. le docteur Vibert, en déclarant que les symptômes qu'il analyse semblent constituer une maladie presque autonome, oublie ou ignore que cette maladie a déjà trouvé une place dans le cadre nosologique... Dans une série de leçons traduites dans toutes les langues et vulgarisées dans tous les pays, M. le professeur Charcot a rapproché de l'hystérie les faits dont il vient d'être question, il leur a donné le nom d'accidents *hystéro-traumatiques* et il en a formulé la théorie avec tant d'évidence et tant d'éclat que la doctrine nouvelle est admise aujourd'hui un peu partout. Les Alle-

mands seuls se sont montrés réfractaires; malgré des preuves sans nombre, malgré des exemples pris dans leur propre littérature, quelques-uns de leurs maîtres les plus autorisés continuent à professer une doctrine contraire à celle de notre école française. Le temps aidant, nous pensons, avec quelque raison, que l'accord sera unanime à cet égard.

Une affirmation platonique n'a pas grande portée, produisons des textes:

Dans une leçon recueillie par Guinon et publiée dans le *Progrès médical* du 2 mai 1885, M. Charcot expose la relation de *six cas d'hystérie chez l'homme* et à l'historique de la question il cite entre autres Putnam et Walton, qui se sont principalement occupés des hystéries engendrées par le traumatisme et surtout des hystéries survenues *après des accidents de chemin de fer*.

Ces auteurs, dit M. Charcot, ont reconnu avec Page que « beaucoup de ces accidents nerveux désignés sous le nom de Railway-Spine et qui, d'après eux, seraient mieux appelés Railway-Brain sont, en somme, qu'il s'agisse de l'homme ou de la femme, simplement des manifestations hystériques ».

M. Charcot insiste, dès ce moment, sur l'intérêt pratique d'une semblable constatation; il parle comme M. Vibert lui-même des dommages et intérêts réclamés par les victimes. Citons ses propres paroles: « Ces états nerveux, graves et tenaces qui se présentent à la suite des *collisions* de ce genre et qui mettent les victimes dans l'impossibilité de se rendre à leur travail ou de se livrer à leurs occupations pendant des périodes de plusieurs mois ou de plusieurs années, ne sont souvent que l'hystérie et rien que l'hystérie..... » et encore: « Les troubles nerveux se produisent souvent en dehors de toute lésion traumatique et simplement à la suite de l'ébranlement nerveux psychique qui résulte de l'accident. Fréquemment ils ne débutent pas immédiatement après l'accident, » etc... (voy. *Progrès médical*, 1885, p. 348).

Dans la même leçon (p. 349) nous voyons qu'Oppenheim et Thomsen (*Arch. de Westphal.*, Bd XV, Heft. 2 et 3), à Berlin, ont observé des hémianesthésies sensitives et sensorielles en tout semblables à celles des hystériques, et cela chez des chauffeurs, des mécaniciens à la suite d'accidents de chemin de fer ou bien chez des ouvriers à la suite d'une violente commotion.

Le premier des six hystériques mâles qui font le sujet de la leçon est un nommé R... pourvu d'une hérédité déplorable (circonstance absolument oubliée dans les observations de M. Vibert) qui reste deux mois asthénique et cachectique pour s'être coupé au doigt et qui, en 1882, après avoir failli être écrasé par un tonneau, dans l'escalier d'une cave, est presque complètement paraplégique (sans aucune autre lésion qu'un pouce abîmé), a des cauchemars où il revoit la scène terrifiante de l'accident, et enfin a sa première crise d'hystéro-épilepsie et bientôt après tous les stigmates sensitifs et moteurs de l'hystérie la plus confirmée.

Rig..., à la Salpêtrière, est comme les *blessés* de M. Vibert, triste et anxieux, il ne s'intéresse plus à rien et s'ennuie continuellement.

Le second des six hystériques a vu son affection se développer à la suite d'un coup de couteau dans la région pariétale droite; il a eu, lui, cette céphalalgie chère à M. Vibert, de plus il lui est impossible de se livrer à aucun travail continu, de lui-même et avec quelque suite. Ce malade-là avait tout le tableau de l'hystérie classique.

Arrivons à la deuxième leçon de M. Charcot (*Progrès médical*, 1885, p. 454). Le maître décrit la céphalée dont se plaignent tous ses hystériques traumatisés ou non, il l'a rattachée à la céphalée neurasthénique de Beard; il montre, d'après Beard, que la neurasthénie est souvent une conséquence du *shock*, *en particulier dans les accidents de chemin de fer*.

Le troisième malade de M. Charcot voit se développer, après une chute d'un troisième étage (sans aucune lésion apparente), des cauchemars terrifiants, des hallucinations hypnagogiques, des *attaques d'hystérie*, des coliques abdominales, des troubles digestifs, des points hystérogènes, des spasmes pharyngiens, des vertiges et de l'oppression. Il a en plus du tremblement qui augmente dans les émotions comme les malades de M. Vibert. Ce tremblement lui-même est minutieusement étudié.

Un quatrième malade (*Progrès médical*, 8 août 1885, p. 87) change de caractère, a des cauchemars affreux, des vertiges à la suite d'une attaque nocturne où il ne lui est fait aucun mal; au bout de quinze jours, il a des attaques de nerfs et l'on trouve chez lui tous les stigmates hystériques.

Un cinquième malade, au cours d'une discussion violente avec son père, manque recevoir une pierre lancée sur lui: c'en est assez pour le rendre hébété, triste, faible, déprimé et hystérique.

Le sixième malade, P..., sans attaque aucune, dont l'hystérie se dissimulait, présentait une belle monoplégie du membre supérieur gauche. C'est nous-même qui avons conduit ce malade à M. Charcot qui porta le diagnostic d'hystérie et de monoplégie hystéro-traumatique. Le jeune patient avait reçu une poutre sur l'épaule et sa frayeur avait été vive.

Cette monoplégie a même été l'occasion d'une intéressante discussion diagnostique entre les affections organiques capables de produire une pareille symptomatologie et les monoplégies hystériques.

Ce sujet était hypnotisable. M. Charcot eut l'idée de lu paralyser de nouveau par suggestion le bras qui s'étai débarrassé de son impotence motrice et sensitive. L'expérience réussit à souhait, et le caractère psychique des paralysies en apparence, dues au traumatisme, fut établi.

Dans une autre leçon (*Progrès médical*, 22 août 1885, p. 131), *sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique de cause traumatique chez l'homme*, M. Charcot étudie soigneusement la paralysie hystéro-traumatique, il en établit la nature fonctionnelle et en montre les caractères tranchés.

Si l'on veut se reporter à la page 230 (*Progrès médical* du 26 septembre 1885), on pourra voir s'établir la doctrine des paralysies hystéro-traumatiques, l'action du traumatisme se réduira à peu de chose: l'idée sera tout.

M. Charcot cite Russel Reynold (*Remarks on paralysis and other disorders of motion and sensation dependant of idea* in *Brit. med. J.*, novembre 1869), sa leçon est traduite en italien par Miliotti (*Sulle paralisis psichiche*, Milano, 1885).

Dans cette leçon M. Charcot réalise la paralysie hystéro-traumatique; chez une hypnotique il réalise jusqu'au traumatisme figuré par un coup de poing léger sur l'épaule ou la jambe. Notre maître insiste sur les troubles de la sensibilité et du mouvement que l'on trouve en même temps

que les gros symptômes tels que les monoplégies ou les hémiplégies ; il nous apprend à découvrir les stigmates... hystériques.

Nous n'en finirions pas dans nos revendications : signalons encore l'exposition et l'explication du shock nerveux (*Progrès médical*, 1886, p. 854). Rappelons la thèse d'agrégation de Lober faite sous l'inspiration de M. Charcot : De nouvelles leçons sur de nouveaux cas d'hystéro-traumatisme en 1886. Enfin notre thèse (1887) dans laquelle nous avons réuni tous les cas actuellement connus d'hystéro-traumatisme.

Je ne chercherai pas à discuter pied à pied, symptôme par symptôme, chacun des faits avancés par M. Vibert. Je relève seulement l'anesthésie sensitivo-sensorielle à une moitié du corps, l'engourdissement (?) d'un membre ou d'un segment de membre, des hyperesthésies rachidiennes exquises, la céphalalgie neurasthénique des traumatismes nerveux.

Nous reconnaissons ces symptômes psychiques qui suivent le *choc* nerveux : cet abattement, cette prostration, cette tristesse. Nous reconnaissons aussi ces dyspnées paroxystiques, ces angoisses, ces amnésies, ces spasmes du visage ; il n'est pas dans ces symptômes jusqu'à l'absence des troubles des sphincters qui ne nous soit familière.

Tout cela c'est de l'hystéro-traumatisme. Nous voilà loin des mémoires de Tardieu, d'Erichsen et de Page, seuls auteurs qui, au dire de M. Vibert, aient écrit sur ce sujet.

L'hystérie masculine et l'hystéro-traumatisme qui n'en est du reste qu'une des modalités les plus fréquentes ont été reconnus et étudiés en France. L'hystérie nous appartient en propre. Après des attaques et des critiques passionnées il se fait un revirement : maintenant que grâce au chef de l'École de la Salpêtrière le jour s'est fait sur cette importante question, chacun tient à honneur de découvrir ce qui se trouve tout au long dans les leçons du maître.

Nous sera-t-il permis d'ajouter dès lors qu'on est péniblement surpris de ne pas voir, à l'historique, citer, à l'exception de Tardieu toutefois, un seul auteur français dans un travail fait par un de nos compatriotes, sur un sujet aussi essentiellemen français?

Dr Paul Berbez.

L'article qu'on vient de lire, soulevant une question de priorité des plus sérieuses, et mettant personnellement en cause M. le docteur Vibert, nous avons pensé devoir, avec l'assentiment de notre collaborateur M. le docteur Berbez, le communiquer à notre honorable confrère qui nous adresse à ce sujet la réponse suivante : (N. D. L. R.)

L'article de M. Berbez me fournit l'occasion de dire combien je regrette l'omission que j'ai commise dans mon travail intitulé : *Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer*. M. le professeur Charcot a montré ce qu'était la paralysie hystérique, et dans quelles conditions elle pouvait survenir. Il a montré également que des hystériques mâles pouvaient présenter, à la suite notamment d'une forte émotion, des troubles psychiques, et aussi d'autres symptômes, analogues sur bien des points à ceux que présentent souvent les victimes des accidents de chemin de fer. Ce sont là des données très importantes pour le sujet que j'ai traité. Si je les ai passées sous silence, c'est que je ne les connaissais pas à ce moment. J'en adresse toutes mes excuses à M. Charcot, et mes regrets aux lecteurs de ma brochure.

Mais, ceci dit, je trouve que la sévérité de M. Berbez à mon égard est fort exagérée, et je tiens à le montrer aux lecteurs de la *Gazette*. Mon mémoire a paru à la fin de l'année 1887. Le livre de M. Charcot, qui contient les leçons sur l'hystéro-traumatisme, est également de 1887. Il est vrai que ces leçons avaient paru antérieurement dans le *Progrès médical* pendant l'année 1885. Mais faut-il donc être abonné au *Progrès* sous peine d'être excommunié, et taxé d'ignorance impardonnable? Il me semble que tout ce qu'on peut demander à un médecin qui ne fait pas de la neuro-pathologie l'objet spécial de ses études, c'est d'acheter les livres de M. Charcot à mesure qu'ils paraissent. C'est ce que j'ai fait, et mon seul tort, c'est d'avoir été en retard de quelques mois. D'ailleurs, si j'ai commis une faute aussi grave que le croit M. Berbez, c'est en bonne compagnie : avec des membres de l'Académie de médecine, des professeurs à la Faculté, des médecins des hôpitaux. Que M. Berbez veuille bien lire mes observations; il verra qu'elles ont été prises presque toutes en collaboration avec ces Messieurs. Je lui recommande notamment l'observation XII. Il s'agit d'un blessé qui a été vu successivement par des médecins dont les noms et les titres sont, à bon droit, des plus estimés ; les uns tenaient le plaignant pour un simulateur, les autres pour un vrai malade; ils ont motivé leurs opinions opposées sur des arguments divers, mais pas un n'a invoqué l'hystérie.

Je n'ai pas attendu l'article de M. Berbez pour compléter mon mémoire. Dans la séance du 12 mars 1888 de la Société de médecine légale, j'ai lu une analyse détaillée des travaux des auteurs américains et allemands sur la question, et de la polémique qui s'est engagée à ce sujet entre ces derniers et M. Charcot. Cette analyse a été publiée dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, numéro d'avril.

M. Berbez croit que l'état que j'ai décrit, après Erichsen et les auteurs allemands, dont je ne connaissais pas les travaux, est purement et simplement de l'hystérie. Si telle était l'opinion de M. Charcot, je m'inclinerais devant cette haute autorité. Mais il n'en est rien, et M. Berbez est plus royaliste que le roi. Voici en effet ce que dit M. Charcot, après avoir donné l'observation du nommé Lelogeais (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1887, p. 456) : « On remarquera que ces divers phénomènes rappellent de tous points les troubles psychiques qui, *avec ou sans l'accompagnement de manifestations hystériques*, se montrent fréquemment en conséquence d'un choc nerveux, plus particulièrement quand le choc a été précédé ou suivi d'une commotion cérébrale physique... L'existence de la *psychose traumatique* vient ajouter encore à la gravité du pronostic. » Il est donc permis, n'en déplaise à M. Berbez, d'étudier les conséquences des accidents de chemin de fer sans manquer au respect qui est dû à M. Charcot. C'est pourquoi je me propose de prendre part à la discussion qui est engagée à ce sujet à la Société de médecine légale, et au cours de laquelle il n'est pas douteux qu'on ne tire grand parti des enseignements de l'illustre chef de l'Ecole de la Salpêtrière.

Ch. Vibert.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hygiène publique.

Assainissement méthodique de la prostitution; par M. Diday.

Je ne viens pas agiter, à mon tour, les questions fondamentales litigieuses que vous avez discutées avec tant de compétence. Mon but est seulement de vous dire comment quelques-unes de ces difficultés me semblent être solubles à l'aide des ressources que nous possédons, sans demander aux pouvoirs publics de nouvelles armes. De nouvelles armes! certes, je n'en ferais pas fi. Et je m'associe pleinement au plan de prophylaxie légale si méthodiquement ordonné, si bien justifié sous tous les rapports, que M. Fournier vous avait soumis. Mais, puisque vous n'avez pas jugé à propos d'entrer dans cette voie, faute de loi, devons-nous rester dans le *statu quo?...* Si personne ne le pense, vous, Académie, vous que votre grandeur attache au rivage, veuillez tendre une main bienveillante à celui qui hasarde un pas dans cette voie que vous n'avez jamais eu l'intention de fermer. La transformation de nos mœurs, de nos habitudes sociales, en créant de nouveaux besoins, devait, par cela même, susciter une nouvelle organisation des moyens destinés à y satisfaire. Comme de beaucoup d'autres, il en est ainsi du milieu prostitutionnel. Jadis, cette industrie n'avait que deux genres, ne s'exerçait que de deux manières, régulièrement dans les maisons de tolérance, clandestinement un peu partout : prostitution fermée, prostitution ouverte. Il faut, aujourd'hui, compter avec une troisième : prostitution *entr'ouverte*, celle qui a pour théâtre les brasseries, débit de boissons et autres établissements desservis par des filles.

Vous la connaissez, messieurs, cette nouvelle venue qui réclame sa *place au gaz*, et l'occupe déjà si largement. Elle a inspiré de saisissantes, de navrantes peintures, elle a fait pousser de généreux cris d'horreur. Mais elle attend encore sa législation : disons plutôt sa police, car, jusqu'ici envers ce genre spécial d'exploitation, on n'a proposé que ce qui s'applique aux deux autres, l'*inscription*.

Or l'*inscription*, mesure excellente pour les anciens modes, me semble contre-indiquée dans l'espèce, et contre-indiquée à un double titre :

1° Comme allant à l'encontre du rôle de sauvegarde sociale que remplit la prostitution.

2° Comme exposant indirectement, mais positivement, à accroître le péril vénérien qui résulte de l'acte prostitutionnel.

Pour expliquer ceci, pour faire passer ces paradoxes à l'état de vérité, j'avoue, et vous m'accorderez, je l'espère, que quelques développements sont nécessaires.

Justement flétrie au nom de la morale, la prostitution est tolérée comme seul moyen, dans l'état civilisé, de prévenir les troubles, discordes, scandales, délits et crimes, nés des obstacles que notre organisation sociale apporte à la satisfaction de l'un des moins réfrénables besoins de la nature humaine.

Et il faut qu'il en soit ainsi, il faut bien qu'on soit forcé de supporter cette industrie, pour que non seulement on dispense ses excès de la qualification et de la pénalité dont l'article 330 du Code les frappe expressément, mais pour qu'on ait pris soin d'en régir l'exercice administrativement.

Or, puisqu'on le juge indispensable, il est logique de faire en sorte que le rouage fonctionne, et fonctionne dans la mesure où il a à servir. En agissant autrement vous auriez le scandale sans avoir le profit. Donc, autant au moins que pour tout autre, l'autorité doit veiller à ce que ce commerce soit abordable.

Je ne dis pas attrayant, je ne dis que *abordable;* mais ce mot signifie capable de retenir l'espèce de gens qu'il importe de voir s'en contenter; ceux que la Société a intérêt à détourner par là des entreprises galantes fatales à la paix des ménages.

Tout commerce implique *offre* et *demande*. Voyons comment l'un et l'autre facteurs se comportent dans nos divers comptoirs mondains. Mais éliminons d'abord l'une des trois espèces, la vraie prostitution clandestine. Elle a du casuel, pas ou peu de clientèle. Marchandise d'occasion qui s'achète comme elle se livre, au hasard, lorsqu'on peut la prendre sur le fait. Tout ce que j'ai à dire de sa répression, c'est que la plus rigoureuse est la meilleure.

Étant écarté ce groupe, non pas négligeable certes, mais jusqu'ici réfractaire à toute systématisation, que reste-t-il? Les maisons de tolérance, et les brasseries à filles. Eh bien, entre ces deux sortes d'établissements absolument identiques, quant à leur *approvisionnement féminin*, quelle différence y a-t-il quant à leur *achalandage masculin?*

Que demandent les hommes aux prostituées?... Toujours la même chose! C'est entendu, c'est compris. Mais cette chose, pourquoi vont-ils la demander, je ne dis pas tantôt à la maison de tolérance, tantôt à la brasserie; non, je dis les uns à la première, les autres à la seconde : car chacune a sa clientèle spéciale, chacune a et garde ses habitués. Donc, outre la satisfaction du besoin matériel, quel attrait supplémentaire les dirige ici ou là?...Je dépouille mes notes, bien sûr de les trouver pareilles aux vôtres :

A la prostitution fermée, aux maisons de tolérance, appartiennent plus spécialement (et pour des motifs si divers qu'ils seraient fort surpris de s'y rencontrer) certaines classes de gens qui, moralement, soit presque indifférents, soit simplement curieux, soit honteux, soit timorés, en ce qui concerne l'acte du coït, veulent avant tout que la chose s'expédie le plus secrètement, le plus promptement, le plus sûrement possible.

D'autre part, quels motifs font préférer les brasseries?... Eh! mon Dieu! la multitude de ces établissements — à chaque pas, ils crèvent les yeux, - - la commodité de l'accès, —au rez-de-chaussée!--vis-à-vis d'autrui comme de soi-même, le prétexte d'un bock à vider en compagnie des camarades. Puis toutes les libertés qu'on ne trouve que là : liberté d'attendre, d'examiner, de préparer son choix, enfin liberté de toutes la plus prisée, quoique la plus rarement utilisée, liberté de s'abstenir. Mais il y a plus, et ceux qui ont fouillé les bas-fonds du cœur masculin le signalent à l'envi. Même dans cette fange, le sentiment peut germer et tient sa place. A part la jouissance matérielle, les habitués des brasseries demandent plus à ce milieu, et pour la plupart, de bonne foi, croient l'y trouver!... Ecoutez seulement les confidences de vos clients, chers collègues spécialistes, et dites si pour deux ou trois d'entre eux uniquement poussés là par l'appétit sensuel, vous n'en comptez pas six ou huit qui ne doivent leur mésaventure qu'à ce qu'ils se sont crus sur la piste d'une aventure?

Vous pressentez par où cette ingrate analyse se rattache à la thèse que je défends. Faire praticables, accessibles ces deux sortes de marchés, c'est le rôle de l'Administration. Les assainir, c'est le nôtre. Et pour les premiers, pour les maisons de tolérance, avec deux petites additions, que j'indiquerai tout à l'heure, rien n'est plus aisé que de concilier cette double exigence.

Mais quant aux marchés *entr'ouverts*, quant aux brasseries à filles, une difficulté se présente, difficulté capitale. Essayez de leur appliquer la règle commune; parvenez, je le suppose, à y établir l'inscription... Dès qu'on saura que le personnel de ces établissements est soumis à la visite policière, ce qui devait faire leur sécurité fera leur discrédit. Le charme est rompu. Notoirement inscrite, une femme n'est plus la *femme*, l'être doué du charmant pouvoir d'atti-

ser le désir par l'attente ou le refus. C'est une marchandise étalée, livrable à réquisition. Et vous savez à quel point elle devient ainsi répulsive aux clients de ma seconde catégorie; à ceux-là justement pour qui la société exige le plus instamment qu'il y ait un déversoir exutoire ouvert.

Et les *vendeuses* ainsi chassées du temple, que deviendront-elles ? .. Crainte de l'inscription, elles ont fui. Est-ce donc pour cesser leur métier? Sûrement non : c'est pour l'exercer ailleurs. Mais où? Le savez-vous? Pouvez-vous le prévoir? Fermez ces salles éclairées à *giorno*, il s'ouvrira des antres où nul rayon ne pénètre.

Aussi dans la multiplication, dans la vogue croissante de ces brasseries si justement honnies, l'hygiéniste, lui, ne tient compte que d'une chose, c'est qu'il a là, venues d'elles-mêmes, rassemblées sous sa main, une part notable de celles sur lesquelles sa surveillance doit s'exercer, qu'il lui fallait traquer à travers mille obstacles, au risque de résistances, de scandales sur la voie publique, aussi compromettants pour l'autorité que pénibles pour ses agents.

Si jusqu'à présent on était désarmé devant la clandestinité, n'y a-t-il pas, sous ce rapport, à se féliciter de ce changement du goût public qui met son personnel de plus en plus à notre portée ?

Mais plus libres de les atteindre, ne touchons à celles-là qu'avec certains ménagements. Leurs clients, ne l'oublions pas, ne sont point ceux des maisons de tolérance. Sous le voile qui couvre leur *idéal*, le plus intrépide a-t-il soupçonné l'estampille municipale ? La découvre-t-il ? Avec l'ours de la fable,

« C'est, dit-il, un cadavre; ôtons-nous, car il sent ».

Il y a bien là de quoi mettre en fuite les plus intrépides. Et, vous le savez, ne pas les effaroucher s'impose avec la force d'une loi de salut public!

L'inscription étant difficilement praticable et, selon moi, inopportune dans cette catégorie de filles, comment s'y prendre pour l'assainir? Voici :

A Lyon, en 1877, le préfet Ducros édicta un arrêté interdisant aux débitants de boissons d'employer des femmes au service de leurs établissements. L'arrêté fut exécuté, et je tiens à le constater pour prouver que, en le prenant, notre premier magistat n'avait pas excédé ses pouvoirs. Malgré de bruyantes et d'influentes réclamations, l'interdiction fut observée tant que dura ce qu'on a appelé le *proconsulat* de Ducros.

A sa chute, son successeur, mieux édifié sans doute sur les motifs d'ordre social qui peuvent plaider pour une atténuation de cette rigueur, leva l'interdiction, mais il la remplaça par une obligation de laquelle je vous prie de ne pas trop sourire. Il prit, lui, un arrêté en vertu duquel aucune fille ne peut servir dans l'un de ces établissements si elle n'est pas porteur d'un certificat de *bonne vie et mœurs!*

C'est bien peu, vous semble-t-il, est-ce réellement quelque chose, me demanderez-vous, qu'une telle formalité, qu'une pièce qu'on ne refuse à personne, qu'on délivre au premier venu, sans autre condition que la virginité de son casier judiciaire? Pourtant cette berquinade administrative est moins inoffensive qu'elle ne paraît, tant il est vrai que, en fait de texte légal, tout est dans la manière de l'appliquer, et voici, à l'usage, le parti que chez nous on en a tiré. Remarquons que pour être valable, ce certificat doit dater de moins de trois mois.

En conséquence:

1° Toute fille trouvée dans un de ces établissements, non munie du certificat en règle, est citée devant le tribunal de simple police, qui la condamne à l'amende; en cas de récidive, la peine peut être portée à cinq jours de prison. Les patrons sont responsables de l'amende.

2° Si la fille a été dénoncée, ce qui est fréquent, comme ayant transmis une maladie vénérienne, elle est amenée au *bureau des mœurs*. Là, elle subit la visite médicale ; et si elle est reconnue malade, on l'envoie à l'hospice de l'Antiquaille.

Il pêche sans doute par insuffisance ce système répressif qui ne prévoit et n'atteint que les cas exceptionnels, comme il péchait par excès de rigueur l'autre système, celui de Ducros qui, pour en prévenir les écarts, supprimait la fonction. Mais tout imparfaits qu'ils sont, ces essais fournissent sa base au système que je propose ; car ils établissent :

1° Le droit d'interdire par simple arrêté administratif le service des filles dans les débits de boissons;

2° Le droit d'astreindre celles qui y servent à produire un certificat ;

3° La responsabilité des patrons.

Sur ces données acquises, et pour tenir lieu de *l'inscription*, dont cette classe de filles doit être dispensée par raison d'ordre social, voici la garantie sanitaire que je crois aisé d'obtenir d'elles. Elle est formulée dans ce simple article.

Toute fille de brasserie devra, à réquisition, produire un certificat de santé à elle délivré par un docteur en médecine, et dater d'un laps de temps dont la durée est à fixer. En cas d'inexécution, il pourrait être temporairement ou définitivement interdit à son patron d'avoir un service de filles dans son établissement. Nul patron n'ayant aucun intérêt, et tout au contraire, à employer des femmes malades, que trouverait-il de vexatoire dans cette mesure?

Passons maintenant aux maisons de tolérance. Le goût public s'en détache de plus en plus ; mais on l'y ramènerait en réalisant ce qui se peut, dans leur personnel féminin, les conditions d'une sécurité sanitaire absolue.

En l'état actuel, cette sécurité n'existe pas ; trop de faits indéniables le prouvent chaque jour. A qui la faute ? A la police ou aux médecins visiteurs ? En présence d'un résultat défectueux, toute explication, toute accusation reconventionnelle est admissible, et j'ajoute volontiers toute erreur est humainement excusable. Pesons donc à part les deux responsabilités en cause, et, ce qui vaut mieux, cherchons si, pour l'une comme pour l'autre, il n'existe pas quelque moyen de les alléger.

La police doit livrer à l'examen du médecin toutes les filles composant le personnel effectif de la maison, toutes sans omission, ni substitution. C'est son office, c'est son affaire exclusivement à elle.

Mais elle doit les livrer dans un état tel que leurs lésions contagieuses, s'il en existe, soient visibles. Or en est-il ainsi pour l'une des maladies les plus fréquentes et le plus aisément transmissibles, pour la blennorrhagie? Restant contagieuse, même après que toute inflammation a cessé, elle ne se manifeste, à cette période, que par les caractères de sa sécrétion. C'est ce que savent les médecins. Mais ne le savent-elles pas mieux encore, celles qui sont directement intéressées à cacher ce que nous sommes, nous, intéressés à découvrir ? Aussi, que d'ingénieux procédés pour enlever par lavage, par abstersion, cette goutte accusatrice? Et ne les aide-t-on pas dans cette fraude, lorsqu'on les fait passer à la visite aussitôt après qu'elles ont pu se livrer à ces précautions dissimulatrices? Aussi ai-je déjà proposé et profitai-je de la présente occasion pour redemander :

Qu'aucune fille ne soit examinée qu'après avoir attendu deux heures, sous une surveillance vigilante et expérimentée ;

Que dans le trajet de cette salle d'attente jusqu'au cabinet, et jusqu'au fauteuil même de la visite, elle ne soit pas, une seule minute, laissée hors de cette surveillance.

A vous, enfin, chers confrères visiteurs, à faire votre examen de conscience. Et le temps pressant, laissez-moi vous y aider. Je vous sais tous assidus, dévoués autant qu'experts et loyaux. Tous, vous avez conscience de la responsabilité qui vous incombe envers la société ; et le sentiment de cette responsabilité vous a profondément pénétrés ; il vous est pré-

sent, il vous soutient à chaque minute de votre laborieuse besogne, et pourtant... *errare humanum est.* Encore si vous n'étiez que hommes! Mais quoi! fonctionnaires vous êtes, ne vous étonnez donc pas d'être traités en fonctionnaires.

Mettez-vous en garde, chers confrères, non contre vous-mêmes, mais contre le soupçon, et acceptez ce qui se fait dans toutes les administrations, ce dont le besoin s'impose avec une si progressive insistance, qu'on vient de le proposer même envers les commandants de corps d'armée. Acceptez un inspecteur. Voici comment j'appliquerais la mesure.

Deux ou trois fois l'an, à époques absolument indéterminées, un spécialiste de haute notoriété et de faculté visuelle indiscutablement conservée, ferait sa tournée dans toutes les villes d'une circonscription régionale dans lesquelles il existe un service sanitaire. Arrivé là, il se ferait remettre le registre de visites, recommencerait la visite faite le plus récemment (la veille ou l'avant-veille). Et si sur l'une des filles qui ont été marquées saines, il découvrait quelque lésion contagieuse dont le début lui parût évidemment remonter à plus de vingt-cinq ou quarante-huit heures, il en prendrait note et ferait son rapport en conséquence. Il s'assurerait en même temps de l'appropriation des locaux de visite à leur destination, notamment de l'éclairage, ainsi que de l'état des appareils instrumentaux, particulièrement de ceux destinés à la recherche du gonococcus.

Ai-je rempli la modeste tâche que je m'étais assignée? Je l'espère, Messieurs. Je me flatte même, — l'oserai-je dire, — de susciter, par mon initiative, quelque imitateur qui me dépassera dans la voie tracée. Que de ressources, en effet, ne nous dévoile pas une semblable analyse des secrets, des vrais mobiles qui poussent l'homme et par lesquels on peut le diriger.

D'ailleurs, en attendant la loi!... que pouvons-nous mieux faire que de préparer le terrain au législateur, en décrivant le milieu spécial sur lequel il aura à opérer, et que seuls nous connaissons? Cette tâche est assez méritoire pour suffire à notre ambition: plus nous nous y renfermerons, plus nous serons écoutés et utiles. « Les bonnes mœurs font les bonnes lois, » a dit l'un de mes illustres compatriotes. Je crois traduire la pensée de Servan en complétant ainsi sa maxime: « Les mœurs bien étudiées font les lois efficaces. »

CORRESPONDANCE

Recherches sur le traitement de la diphthérie, par le perchlorure de fer et le lait.

Les conclusions que j'ai formulées à la suite de mon premier article sur le traitement de la diphthérie par le perchlorure de fer et le lait, ne sont pas de nature à rendre cette médication absolument infaillible. J'ai voulu dire que la méthode, qui compte à son actif de nombreuses et légitimes guérisons, mérite d'attirer l'attention du public médical et de prendre rang parmi les médications dites spécifiques, à la seule condition d'être administrée dès le début de la maladie avec une régularité scrupuleuse.

Comme dans toute maladie à traitement spécifique, il y a des succès et des revers. Ne rencontre-t-on pas, d'ailleurs, des fièvres intermittentes absolument rebelles à la puissante action du sulfate de quinine?

J'ai cité dix-huit observations de diphthéries pharyngiennes ou pharyngiennes-laryngées sur lesquelles j'ai obtenu dix-sept guérisons.

J'ai également fait connaître des cas dans lesquels des malades n'ayant pas été soignés par cette médication ont tous succombé. D'autres observateurs ont cité aussi de nombreuses guérisons, non moins évidentes, obtenues par le perchlorure de fer et le lait.

A côté de ces guérisons remarquables il peut certainement exister des formes de diphthérie dans lesquelles la médication de M. Aubrun peut échouer; mais ici, je le crois, tout doit dépendre de la qualité du terrain: une organisation délicate viciée ou entachée de diathèse, résiste moins et conséquemment reste beaucoup plus exposée aux complications — nombreuses dans cette maladie — qu'une constitution saine et robuste.

Je n'ai pas eu de croup pur à soigner par cette méthode, mais je pense que dans ce cas la guérison est plus difficilement obtenue que lorsqu'il y a seulement de l'angine ou que celle-ci prédomine, très probablement à cause de la délicatesse des tissus et de l'étroitesse du larynx. Je suis cependant convaincu que l'administration hâtive du perchlorure de fer et du lait arrête de la façon la plus nette la maladie dans sa marche, la cantonne et l'empêche de se propager dans les organes voisins.

La gravité de la diphthérie est de beaucoup supérieure à celle des autres maladies à médicaments spécifiques; lorsque cette cruelle affection atteint un être aimé, les parents s'affectent et perdent tout sang-froid; ils écoutent les matrones et les rebouteurs qui, à la première nouvelle de la maladie, n'accourent que pour donner les conseils les plus funestes; le plus souvent le médecin n'est appelé qu'en dernier lieu et quelquefois lorsqu'il ne reste plus rien à faire. Celui-ci, après avoir vu le malade, formulé son ordonnance et réitéré ses conseils, se retire; mais aussitôt les divagations du charlatanisme reprennent le dessus pour faire abandonner le traitement le plus rationnel. On perd ainsi un temps précieux, et la maladie, qui malheureusement n'attend pas, marche avec rapidité et tue le malade. Après cette funeste terminaison, les mauvais conseillers s'envolent, et le tout est mis sur le compte du médecin et du traitement qu'il a ordonné.

En thérapeutique, pour juger sainement de la valeur réelle d'une médication, il ne suffit pas d'ordonner le remède, de recommander aux parents de le donner régulièrement et de ne revenir que vingt-quatre heures après; il importe, au contraire, de surveiller l'administration de ce remède, de s'assurer par soi-même s'il est administré exactement comme il a été prescrit, et de revoir souvent le malade sans compter sur le zèle des parents ou sur la vigilance des infirmiers.

Je sais que ces préceptes sont assez difficiles à suivre à l'hôpital et dans la clientèle de la ville; mais dans un village où le médecin a des heures de loisir, cela est facile et constitue un passe-temps utile pour lui. L'important est de trouver des parents intelligents et courageux, capables de fermer les oreilles à tous les conseils malfaisants émanant des personnes étrangères à la médecine. C'est en tenant compte de ces considérations que j'ai voulu avoir le cœur net sur l'efficacité de la méthode de M. Aubrun. Je me suis conformé en tous points à sa manière de voir, qui m'a conduit à cette conclusion: que, le plus souvent, l'insuccès résulte de l'aveuglement des parents influencés n'ayant pas tenu compte des prescriptions absolues du médecin. L'observation suivante que je vais relater dans tous ses détails en est une preuve:

Mon petit malade est un enfant de vingt mois, maigre, pâle et de constitution délicate. Il a eu, le 11 juillet dernier, une extinction de voix presque complète, pour laquelle je l'ai soigné, et qui a cédé à un vomitif et à quelques précautions hygiéniques. Il est malade depuis deux jours, et il vient de passer une mauvaise nuit, lorsqu'on me fait appeler le 22 octobre 1887. Je constate alors que cet enfant a la voix rauque, la respiration difficile et une fièvre assez forte; les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux. L'examen de la bouche révèle que les amygdales sont grosses, rouges et parsemées çà et là, ainsi que le reste de la gorge, de fausses membranes blanchâtres.

Traitement. — Le malade ayant déjà vomi hier, je n'ai pas cru nécessaire de le fatiguer par un nouveau vomitif. En conséquence je prescris 30 gouttes de perchlorure de fer dans un verre d'eau, et 1 litre de lait; puis je recommande aux parents de faire prendre à l'enfant, toutes les cinq minutes, une cuillerée à bouche de chacun de ces médicaments. Le pinceau en charpie chargé de la solution concentrée de perchlorure de fer, introduit dans la gorge trois fois dans la journée, a ramené plusieurs fausses membranes, et a légèrement cautérisé la muqueuse sous-jacente.

Le 23, au matin, la voix est plus claire, l'enfant est allé du corps, mais il est plus abattu et plus fatigué. La mère m'avoue que pendant la nuit elle a cessé le traitement pour faire prendre au malade de l'ail pilé, mélangé d'huile, sous prétexte que son enfant n'avait que des vers qui lui montaient à la gorge. « Cette

mixture lui avait été conseillée par une vieille femme qui se connaissait beaucoup dans la médecine !... » ajouta-t-elle.

Je rétablis le traitement et je recommandai énergiquement au père et à la mère de ne pas s'en écarter ; mais à quatre heures de l'après-midi, je remarque que la solution de perchlorure de fer est grisâtre et laisse voir un dépôt noir au fond du bol. A ma demande d'explications, la mère me répond que la vieille matrone lui avait conseillé de chauffer le remède, parce que sous cette forme il agirait mieux qu'à froid !

La fièvre est plus forte, l'enfant est plus pâle et le tirage permanent est établi.

A huit heures du soir, l'agitation est extrême, la voix éteinte, le pouls petit, irrégulier et la face bleuâtre annoncent la période d'asphyxie. L'enfant meurt le lendemain 24, à sept heures et demie du matin.

Le 5 décembre suivant, à la suite de quatre jours de pluie continue et d'humidité, quatre enfants furent atteints d'angine diphthérique presque simultanément.

Un de ces malades, une fille de six ans, qui avait été soignée par ses parents, et auprès de laquelle je n'ai été appelé que le sixième jour, alors qu'il était trop tard, mourut le lendemain de ma visite, à huit heures du matin.

Les trois autres malades auprès desquels j'ai été appelé dès le début, furent soignés par le perchlorure de fer et le lait.

Le premier de ces enfants est mort d'une autre maladie après sa guérison.

Le douxième, âgé de dix-huit mois, fort et vigoureux, que j'ai déjà soigné de la même affection au mois de juin 1887, n'a pas eu, à la vérité, de fausses membranes. Sur lui je n'ai constaté qu'un peu de rougeur du pharynx et une énorme tuméfaction des amygdales. Cet enfant prit le traitement pendant trois jours, et au bout de ce temps tout rentra dans l'ordre.

Le troisième est un enfant de trois ans et demi, gros et de constitution lymphatique. Il a des fausses membranes dans les fosses nasales et dans le pharynx; les ganglions sous-maxillaires sont gros et douloureux. Les fausses membranes, qui le premier jour étaient blanchâtres et épaisses, sont devenues, sous l'influence du traitement, grisâtres, ratatinées et peu adhérentes, de sorte que le pinceau les enlevait avec la plus grande facilité. Le mal ne s'est pas propagé; il est resté limité au pharynx. La guérison a eu lieu au bout de huit jours.

Pendant la convalescence, ce malade a eu un petit abcès dans la région parotidienne gauche, abcès qui, une fois ouvert, s'est très vite cicatrisé. Aujourd'hui cet enfant est frais, rose et bien portant.

Il n'y a pas eu d'autres malades dans le village.

Ces observations montrent encore une fois de plus la spécificité du perchlorure de fer dans la diphthérie, ainsi que toutes les conséquences qu'entraînent l'intervention de personnes étrangères à la médecine et la mauvaise foi de parents peu intelligents.

Un des cinq malades n'ayant pas suivi le traitement dans toute sa rigueur, a succombé. L'enfant qui a été traitée par ses parents est également morte. Enfin les trois enfants qui ont pris le traitement dès le début de la maladie ont guéri.

Il est donc inutile d'insister davantage sur une méthode de traitement qui a fait ses preuves, et dont les bienfaits ne peuvent être contestés, pour peu qu'on l'ait essayée conformément aux règles posées par l'auteur.

Je rappelle seulement ici, que pour réussir, il faut constituer la médication dès le début de la maladie ; l'organisation doit être saturée de bonne heure par le perchlorure de fer, c'est-à-dire, avant l'explosion des phénomènes d'intoxication et d'asphyxie.

On sait que, dans la plus grande majorité des cas, la diphthérie commence par le pharynx pour se propager de là au larynx et aux bronches. C'est ce qui constitue toute la gravité de la maladie et fait qu'elle est presque toujours mortelle. Or, le perchlorure de fer par ses propriétés toniques, antiseptiques et astringentes, arrête la maladie dans sa marche envahissante et en détruit le germe. Les faits répondent à l'observation clinique (1).

Inkermann, le 28 décembre 1887.

Dr Mohamed Ben Nekkach,
médecin de colonisation.

(1) Nous avons cru devoir, pour mettre sous les yeux du lecteur tous les arguments favorables à la méthode préconisée par notre confrère, reproduire cette nouvelle communication qui nous a été adressée il y a plusieurs mois déjà et qui vient d'être consignée dans un travail lu au Congrès d'Oran. Nous persistons d'ailleurs à faire à cet égard les réserves que nous avait déjà inspirées la première lettre de M. le docteur Mohamed Ben Nekkach. N. D. L. R.

Non-identité du germe de la variole et de celui de la varicelle.

Montpellier, le 8 avril 1888.

Monsieur le rédacteur en chef,

L'intéressant article de M. Blachez et la lettre de M. Comby, contiennent des preuves irréfutables de la non-identité du germe de la variole et de celui de la varicelle. Elles confirment la thèse que j'ai soutenue moi-même dans la *Gazette hebdomadaire*, en l'appuyant par des faits analogues à ceux de mes très distingués confrères (1er octobre 1886, p. 649). Me sera-t-il permis d'ajouter que, dans ce numéro de la *Gazette*, j'ai aussi émis un argument absolument nouveau en faveur de mon opinion : le traitement éthéré-opiacé de Du Castel, tout-puissant contre le germe varioleux, lorsqu'il est employé de bonne heure, échoue complètement à enrayer le court processus de la varicelle.

Au mois d'août 1886, j'ai soigné, pendant la même semaine et par le même traitement éthéré-opiacé, un sujet chez lequel une varioloïde, très intense au début, est restée papuleuse et avait absolument avorté au septième jour; et une malade atteinte de varicelle qui, à ce septième jour, montrait encore sur le dos de chaque poignet cinq ou six boutons ronds de la grosseur d'un plomb n° 2, tendus par une sérosité légèrement lactescente.

Le contraste était frappant.

Agréez, etc.

G. Pécholier,
de Montpellier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

De l'influence des substances antipyrétiques, et en particulier, de l'antipyrine sur la teneur du foie en glycogène. Note de MM. *R. Lépine* et *Porteret*.—Les expériences ont été faites sur le cobaye. Tout d'abord on a déterminé la quantité de glycogène existant normalement dans le foie de cet animal, et constaté que cette quantité, assez variable, est non seulement en rapport avec l'âge de l'animal, la nature de son alimentation, etc., mais encore qu'elle diffère d'une manière visible chez des animaux de même poids et de la même portée, paraissant dans des conditions semblables d'alimentation. Puis, soumettant un certain nombre de ces animaux à l'action des antipyrétiques et notamment de l'antipyrine, les autres servant de témoins, MM. Lépine et Porteret ont trouvé au moins un cinquième en plus de glycogène hépatique par kilogramme d'animal chez les sujets antipyrétisés, tandis que la proportion relative au sucre hépatique était un peu diminuée. Ils ont aussi constaté, par une autre expérience, que cet arrêt de la transformation du glycogène en sucre était *en partie* le résultat d'une action directe sur la cellule hépatique.

Expériences sur les fonctions motrices du cerveau. Note de M. *Eugène Dupuy*. — De ces expériences il résulte que la section cruciale et le renversement des lambeaux de la dure-mère qui couvre la partie pariétale, surtout, du cerveau chez le lapin et le chien, donnent lieu à un état bien marqué de parésie dans les membres du côté opposé et quelquefois du côté correspondant au siège de la lésion expérimentale, mais constamment dans les muscles de la face du côté même de la lésion. C'est à la face surtout que ce trouble moteur est bien marqué. De plus, la sensibilité paraît accrue dans le côté de la face aussi bien que dans

les autres parties du corps qui sont paralysées. Cet état peut persister; mais il cesse cependant assez rapidement lorsqu'on irrite, à l'aide d'un courant induit relativement faible, la dure-mère dans une partie quelconque du siège de la lésion. Il arrive aussi qu'une seconde opération pareille à la première, mais faite sur la dure-mère de l'autre hémisphère cérébral, a le même résultat que l'irritation faradique, c'est-à-dire qu'elle fait disparaître les troubles moteurs qui ont suivi la première section.

Pseudo-tuberculose bacillaire. Note de M. *L. Dor*. — C'est à la suite de cas spontanés de pseudo-tuberculose bacillaire, survenus d'avril à juillet 1887, et sans avoir eu connaissance des expériences de MM. Charrin et Roger, que M. L. Dor a entrepris ses recherches sur cette affection, recherches desquelles il résulte qu'il s'agit bien d'une maladie infectieuse à rapprocher de la tuberculose et de l'infection purulente et caractérisée par de nombreuses granulations métastatiques constituées par une agglomération de leucocytes ayant subi une fermentation de nature spéciale.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Sur le sphincter du trou ovale. Note de M. *P. Duroziez*.—L'auteur trouve, dans les conditions anatomiques du trou ovale, une application de cette loi : « Le sang est empêché de revenir sur ses pas par des valvules et des sphincters, et ces derniers ont un rôle important. » En effet, dit-il, le trou ovale est muni d'un sphincter et d'une valvule chez le fœtus. Le sphincter n'agit que pendant la présystole, pendant la période active de l'oreillette. Il se contracte et ferme l'orifice ; le sang de l'oreillette gauche ne peut reculer dans la veine cave inférieure. Dès que l'oreillette gauche ne se contracte plus, le sang y afflue de la veine cave inférieure.

Pendant la présystole, l'oreillette droite ne peut envoyer du sang que dans le ventricule droit ; le passage est fermé du côté de la veine cave inférieure. La valvule du trou ovale contribue à l'occlusion.

Chez l'adulte, les deux valves se collent plus ou moins complètement et se transforment en un septum en partie musculeux. Le sphincter n'a plus qu'un rôle accessoire. Chez l'adulte, il est encore utile que l'oreillette droite ne chasse pas en arrière, pendant la présystole, contre les valves du trou ovale, du sang qui parviendrait à les décoller ; un sphincter pourvoit à cette tâche.

En terminant sa communication, M. Duroziez rappelle que l'on retrouve dans les auteurs du siècle dernier la notion de ce sphincter et cite certains passages de plusieurs d'entre eux.

E. Rivière.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Duguet* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

MM. les docteurs *Beauregard* et *Yvon* demandent à être portés sur la liste des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. *Leloir* présente : 1° au nom de M. le docteur *de Bonnière*, sa thèse inaugurale sur *les gangrènes dites foudroyantes spontanées des organes génitaux externes de l'homme* ; 2° de la part de M. *Tavernier*, deux mémoires sur *les fractures dites spontanées survenant chez les syphilitiques* et sur *trois cas de syphilis acquise observés chez des sujets porteurs de stigmates de la syphilis héréditaire dite tardive*.

M. *Sappey* dépose un grand nombre d'ouvrages de M. le docteur *Magitot* sur divers sujets d'anthropologie, d'anatomie et de médecine dentaire.

M. *Marjolin* fait hommage du 19e annuaire de la Société protectrice de l'enfance.

M. *Laborde* dépose le 1er fascicule des *Annales du laboratoire de l'hospice des Quinze-Vingts*, renfermant des recherches sur *l'anatomie et l'histologie normales et pathologiques de l'œil*, par MM. les docteurs *Fienzal* et *Haensel*.

M. *Marty* présente un *Rapport* de M. *Balland*, pharmacien-major de 1re classe, sur *les eaux consommées par les troupes du 2e corps d'armée*.

M. *Léon Le Fort* dépose une note de M. le docteur *Krassowski* sur *les opérations césariennes qu'il a faites à la Maternité de Saint-Pétersbourg de* 1885 à 1887.

M. *Lagneau* fait hommage de son *Rapport sur les maladies épidémiques dans le département de la Seine en* 1886.

M. *Brouardel* dépose un dispositif pour les lavages antiseptiques et une sonde à double courant, imaginés par M. le docteur *Grange*.

M. *Guéniot* présente un bout-de-sein artificiel imaginé par M. le docteur *Auvard*.

Assainissement de la prostitution. — M. le docteur *P. Diday*, correspondant national, lit sur ce sujet un important mémoire. (Voy. p. 229.)

Strongle paradoxal chez l'homme. — A propos de l'envoi qui lui a été fait d'un helminthe observé chez un malade atteint de troubles gastro-intestinaux, M. *Joannès Chatin* expose que cet helminthe est un petit strongle paradoxal (*Strongylus paradoxus*, Mehlis), dont il a pu rétablir et déterminer toutes les particularités. Il fait à ce propos l'historique de la découverte de ces parasites et montre que, communs chez le porc, ils n'avaient encore été signalés qu'une fois chez l'homme. D'ailleurs, tant qu'ils sont dans le tube digestif, leur expulsion avec les fèces les rend peu dangereux ; il n'en serait pas de même de leur pénétration dans les organes respiratoires, en raison de leur facilité de pullulation. Le fait si rare que rapporte M. Chatin n'est peut-être pas aussi isolé que la lecture des auteurs permet de le croire jusqu'ici ; c'est une raison de plus pour éviter la souillure des eaux d'alimentation par les déjections des animaux.

Saccharine. — M. *Worms*, après avoir passé en revue la découverte de cette substance, due à Falberg, en 1879, son extraction du goudron de houille et sa dénomination chimique (acide ortho-sulfamino-benzoïque ou sulfinide-benzoïque) rappelle qu'il se présente sous la forme d'une poudre blanche, cristallisable, à peine soluble dans l'eau froide (0gr,15 pour 100 grammes), soluble dans l'eau bouillante, dans l'alcool et dans l'éther, qu'il a une puissance édulcorante égale à 280 fois celle du sucre ; la présence d'un gramme de saccharine donne un goût sucré appréciable à 70 litres d'eau distillée.

Parmi les applications de cette substance à la médecine, une des plus intéressantes était la perspective de rendre aux diabétiques la possibilité de prendre des aliments et des liquides sucrés sans crainte d'augmenter la glycosurie ; la saccharine, en effet, n'est pas un sucre ; elle n'en a pas les réactions et passe, pour ainsi dire, sans modification aucune à travers l'organisme. Elle a été employée dans ce but avec un succès reconnu par les expérimentateurs, mais malgré les expériences faites sur les animaux et dans les laboratoires de chimie la question de savoir si la saccharine est indigeste ou non, restait en suspens. Les résultats des expériences qu'a faites M. Worms ne sont pas encourageants ; il a administré la saccharine sous diverses formes à la dose de 0gr,10 par jour à quatre personnes atteintes de diabète à divers degrés ; une seule, qui en prend depuis deux mois, n'en a éprouvé aucun inconvénient ; les trois autres ont dû y renoncer au bout de quinze jours, en raison de ce que leur appétit diminuait, et qu'il était survenu des troubles sérieux de la digestion, un sentiment de pression pénible à l'estomac, qui n'ont disparu que huit jours après la cessation de l'administration de la saccharine. Sur l'une de ces trois personnes, son emploi a été repris au bout d'un mois et a provoqué des troubles identiques au bout de dix jours. Il y a donc certainement un risque à admettre la saccharine dans l'alimentation des diabétiques et on doit le faire avec les plus grandes précautions.

On peut inférer de ce résultat que l'emploi de la saccha-

rine dans l'alimentation en général, en y introduisant une substance indigeste pour un certain nombre de personnes, pourra avoir des conséquences fâcheuses pour la santé publique. Il se fait en ce moment de grands efforts pour opérer la substitution de la saccharine au sucre dans une foule d'usage, tels que l'adoucissement des vins aigres, l'édulcoration de la glycose, la fabrication des sirops, etc. Les propriétaires des brevets pour l'exploitation de la saccharine, dont l'usine est en Prusse, la livrent actuellement au commerce au prix de 130 francs le kilogramme. Etant donné qu'un gramme de saccharine a un pouvoir édulcorant égal à 280 grammes de sucre, la dépense pour édulcorer 280 grammes de liquide serait de 28 centimes par le sucre, au prix de 1 franc le kilogramme, tandis qu'elle serait que de 13 centimes par la saccharine, soit 50 pour 100 moins cher. En raison de cette économie pour le consommateur, l'usage de cette substance, si elle est inoffensive, remplacera le sucre de canne et de betteraves à bref délai, et d'autant plus sûrement que son prix de revient peut s'abaisser notablement; toute la question est donc de savoir si elle est digestible ou indigeste. M. Worms incline à penser qu'elle est indigeste et par conséquent nuisible. Il appartient donc à l'hygiéniste d'établir dans quelle mesure la santé publique n'est pas menacée par l'introduction et par la propagation de ce nouveau produit. De plus, il y a lieu de tenir compte du préjudice causé à notre industrie sucrière par un produit qui n'est pas frappé de droits de douanes.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'a pas observé de troubles digestifs chez les malades auxquels il a administré la saccharine, non plus que M. *Constantin Paul;* mais il n'en faut pas moins prendre garde à la pureté plus ou moins grande du produit et à la tolérance que le filtre rénal peut permettre à son égard; de plus, son pouvoir est assez antifermentescible pour entraver l'action du suc gastrique. Au point de vue de l'hygiène, il y a lieu d'y prendre garde, car la saccharine permet aux fabricants de ne plus mettre du sucre dans les confitures où ils avaient déjà trouvé le moyen de remplacer les fruits par divers produits chimiques.

Eaux minérales. — M. le docteur *Tardieu* lit un mémoire sur la présence du fluor dans les eaux thermales du Mont-Dore.

Rage. — Les nouvelles recherches de M. le docteur *Peyraud* (de Libourne) confirment celles qu'il a déjà publiées sur les rapports qu'il a découverts entre la rage tanacétique et la rage virulente ou vraie rage. Ce n'est pas seulement l'essence de tanaisie qui produit l'action perturbatrice qu'il a signalée, de trop fortes doses de chloral agissent dans le même sens et accélèrent le mouvement rabique; d'ailleurs il en est de même avec toute impression morbide interne ou externe. Un lapin guéri depuis onze mois a succombé à un état probablement rabique à la suite d'une castration et autres lésions chirurgicales faites par ses camarades. En revanche, si des perturbations de l'organisme peuvent produire de pareils résultats, de simples états physiologiques peuvent retarder l'évolution rabique; c'est ainsi qu'une lapine, inoculée depuis trois mois par la conjonctive, n'est pas encore devenue enragée, tandis que chez ses petits la virulence du bulbe a pu être prouvée par l'inoculation à des animaux. D'autre part, il arrive que les lapins guéris ont à un moment donné une rage frustre cachée, se manifestant seulement par la virulence de leur bulbe au moment même où les témoins meurent; c'est alors qu'il faut que le poison puisse tuer le ferment qui le produit sans détruire l'organisme du malade. — Le mémoire de M. Peyraud est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Dujardin-Beaumetz*, *A. Gautier* et *Trasbot*.)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Fistule du sinus maxillaire : MM. Desprée, Quénu. — Plaie du larynx : M. Du Cazal (M. Chauvel, rapporteur ; discussion : M. Desprès). — Plaie de l'estomac et de l'intestin : M. Berger (Discussion : MM. Terrier, Chauvel, Reclus, Championnière, Trélat). — Amputation de Chopart : M. Polaillon.

M. *Desprès*, à propos du travail de M. Quénu sur les *fistule du sinus maxillaire*, cite un cas où Demarquay a fait une autoplastie réussie. Mais cela a été suivi d'une récidive de l'abcès et de l'ozène. Il a fallu refaire la ponction et entretenir l'orifice avec un petit appareil spécial. M. *Quénu* continue à constater que la discussion continue à rouler sur des faits essentiellement différents du sien.

— M. *Du Cazal* a envoyé une observation qu'il intitule : *Plaie du larynx; mort rapide.* Il croit qu'un sous-officier aurait avalé, sans s'en apercevoir, un petit morceau de verre qui, rejeté dans une expiration non moins inconsciente, aurait causé une plaie de la face inférieure d'une corde vocale. Le lendemain, suffocation; pas d'examen laryngoscopique. Le malade entre à l'hôpital et semble aller mieux; puis brusquement il est pris d'une suffocation et meurt d'une syncope, d'après M. Du Cazal, sans avoir été trachéotomisé. M. *Chauvel*, rapporteur, croit peu à l'hypothèse du morceau de verre et ne formule d'abord aucune conclusion. Mais, M. *Desprès* ayant émis l'opinion d'un abcès ouvert spontanément, il a dit qu'il pensait plutôt à une plaie faite lors de l'autopsie, car une plaie sur le vivant eût donné du sang; un abcès eût donné du pus. Il semble donc qu'il s'agisse d'un œdème de la glotte de cause obscure, non diagnostiqué et non traité.

— M. *Berger* communique une observation de *Plaie de l'abdomen par coup de couteau*, avec lésion de l'estomac, de l'intestin grêle, du mésentère. La femme, apportée douze heures après l'accident, fut laparotomisée à cause de phénomènes indiquant une hémorrhagie interne sérieuse: en effet, du sang en abondance venait d'un vaisseau qui fut lié dans l'angle iléo-colique. Puis l'intestin fut exploré et M. Berger y trouva deux perforations arrondies qu'oblitérait un bouchon de muqueuse: suture de Lembert. Trois plaies du mésentère furent suturées. A signaler une lésion rare : un thrombus chyleux, coagulé, du mésentère. La malade, opérée alors qu'elle avait déjà perdu un litre et demi de sang, mourut dans le collapsus. L'autopsie a fait trouver une double perforation de l'estomac. Ces plaies étaient spontanément oblitérées par un véritable glissement de la musculeuse sur la muqueuse, d'où cessation du parallélisme des lèvres de la plaie. La plaie siégeant vers l'ombilic, MM. Berger, Périer et Peyrot n'avaient pas songé à examiner l'estomac. M. Berger insiste sur ces oblitérations spontanées par bouchon de muqueuse ou par glissement des tuniques et conclut à n'intervenir qu'en présence de symptômes péritonéaux ou de phénomènes hémorrhagiques. Dans l'espèce, d'ailleurs, il y avait une indication formelle.

La discussion engagée sur ce fait a réédité les arguments développés l'an dernier à la Société et il y a quelques jours au Congrès. M. *Reclus* a constaté avec plaisir l'efficacité de ce bouchon muqueux, dont il a souvent vu le rôle chez le chien (quoique quelques gouttes de pus puissent se collecter sur les adhérences), mais dont M. Trélat avait douté chez l'homme. Il insiste surtout sur la guérison spontanée des plaies de l'estomac. Il rappelle ses deux observations personnelles et en ajoute une inédite du professeur Socin (de Bâle) par balle de chassepot (autopsie plusieurs mois après). M. *Terrier* sait que le rôle du bouchon muqueux,

du glissement des tuniques, est absolument certain. Reste à savoir quelle confiance cela doit inspirer. Confiance nulle, pour M. Terrier, car ce bouchon renversé est septique : à preuve les petits abcès dont parle M. Reclus. Le péritoine du chien les tolère : en est-il de même pour celui de l'homme, dont on connaît la plus grande susceptibilité? En outre, vienne une contraction un peu forte, et le pertuis central laissera, pendant quelques heures, passer sinon les fèces, tout au moins des gaz. Or l'opérée de M. Berger, rendue demi-syncopale par une hémorrhagie abondante, était peu disposée à des contractions énergiques. Donc M. Terrier est pour la laparotomie dès qu'un phénomène anormal accompagne une plaie de l'abdomen. C'est absolument l'avis de MM. *Chauvel*, *Championnière*, *Trélat*. M. *Chauvel* a insisté sur ce fait qu'il s'agit d'une plaie par coup de couteau : or jusqu'à présent on a discuté sur les armes à feu, et les balles causent toujours des pertes de substance. M. *Trélat* l'a absolument constaté dans les deux cas qu'il a recueillis, et il glisse de plus en plus sur la pente américaine. En somme, on a écarté de la discussion les plaies de l'estomac. Tout le monde y est d'accord sur l'efficacité possible de la thérapeutique médicale. Pour l'intestin grêle le désaccord théorique est assez grand entre M. Reclus et ses contradicteurs. Mais, malgré la théorie, M. Reclus a fait remarquer que personne ne préconise la laparotomie dès que l'on est en présence d'une plaie pénétrante. Or il y a alors 97 chances sur 100 pour que l'intestin soit lésé. Tout le monde reconnaît qu'il faut attendre un phénomène anormal. Donc, on est d'accord en pratique.

C'est déjà un progrès, a répondu M. *Trélat* : pour l'affirmer, on n'a qu'à se reporter à la discussion première. Il n'y a plus de désaccord que pour les cas limite. Là, M. Reclus penchera sans doute vers l'abstention. M. Trélat pense, au contraire, que l'abstention cause, au total, une mortalité plus grande que la laparotomie. M. *Reclus* se fonde surtout sur les dangers spéciaux de cette laparotomie longue et pénible. Malgré cela M. Championnière a affirmé ses croyances par une allusion à une phrase célèbre : « Mieux vaut vingt-cinq laparotomies inutiles... vous savez le reste. »

— M. *Polaillon* présente un malade qui a subi l'*amputation de Chopart*.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 7 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Sur l'origine de la faune des lacs : M. Pouchet. — Des bactéries contenues dans les eaux de Vichy : M. Frémont. — De l'assimilation chez le mulet, le cheval et l'âne : MM. Duclerc et Sanson. — Lésion cérébrale sans troubles moteurs : M. Dumontpallier. — Appareil extenseur de l'aile des oiseaux : M. Buchet. — Troubles moteurs consécutifs à un eczéma du conduit auditif chez un lapin : M. Magnan. — Un nouvel ophthalmomètre : MM. Dubois et Leroy. — Sur la phosphorescence des pholades : M. Dubois. — Microbe de l'endocardite infectieuse : MM. Gilbert et Lion. — Reproduction des champignons par la photographie : M. Bourquelot.

M. *Pouchet*, à propos de la récente communication de M. de Guerne sur la faune des lacs des Açores, remarque que l'origine de cette faune ne doit pas être cherchée exclusivement dans le transport de germes variés par les oiseaux migrateurs, mais que le transport des germes par le vent est tout aussi certain. M. Pouchet cite quelques faits à l'appui de cette opinion.

— M. *Frémont* a trouvé dans les eaux de Vichy diverses espèces de micro-organismes, microcoques et bacilles, qui paraissent doués de propriétés différentes. Ce fait expliquerait peut-être les propriétés thérapeutiques différentes des diverses sources de Vichy, dont la composition chimique est presque la même.

— M. *Sanson* a étudié avec M. *Duclerc* le rapport qui existe entre l'alimentation et l'assimilation chez le mulet, le cheval et l'âne, en établissant très exactement le bilan des entrées et des sorties, la nourriture consistant en foin et avoine.

— M. *Dumontpallier*, à l'autopsie d'un malade atteint d'épilepsie limitée au côté gauche, a trouvé une lésion tuberculeuse localisée des hémisphères. Cependant le malade n'avait présenté aucun trouble paralytique.

— M. *Pouchet* présente une note de M. *Buchet* sur l'appareil extenseur de l'aile des oiseaux.

— M. *Magnan* rappelle quels étaient les troubles moteurs présentés par ce lapin atteint d'un eczéma du conduit auditif et qu'il a montré à la Société (nystagmus, roulement sur l'axe, etc.). A l'autopsie de cet animal, on a trouvé un kyste purulent dans la cavité tympanique, l'étrier était soudé à la fenêtre ovale, l'oreille interne était intacte, ainsi que les organes nerveux centraux.

— M. *Leroy* présente et décrit, en son nom et au nom de M. *Dubois*, un nouvel ophthalmomètre.

— M. *Dubois*, poursuivant ses recherches sur les animaux lumineux, a réussi à cultiver dans des bouillons contenant de la substance même de pholades, des colonies lumineuses de microbes recueillis sur des pholades vivantes. Il semble pourtant que la production de lumière ne puisse être attribuée uniquement à une action microbienne, puisque l'animal ne devient phosphorescent que sous l'influence d'une excitation. Cette lumière résulterait de deux facteurs. La pholade excitée sécréterait une substance qui, venant au contact de ces microbes ou des ferments qu'ils produisent, dégagerait de la lumière. Il y aurait là un fait de symbiose. La phosphorescence de la mer, dans certains cas, est peut-être due à un phénomène du même genre.

— M. *Gilbert* a cultivé avec M. *Lion* un microbe trouvé sur une malade morte d'endocardite infectieuse. Le sang et les végétations ont donné un seul et même bacille qui, inoculé au lapin, produit l'endocardite végétante sans lésion valvulaire préalable.

— M. *Bourquelot* présente une notice sur la reproduction des champignons au moyen de la photographie.

Société anatomique.

SÉANCE DU 30 MARS 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Mosny* montre une *perforation de l'œsophage par une plaque d'athérome aortique*, sans anévrisme. Sur une seconde pièce, l'œsophage était perforé par un ganglion tuberculeux. Le même sujet portait une *tuberculose cérébrale* avec phénomènes nets de localisation.

MM. *Cornil* et *Brault* font une communication sur la *tuberculose primitive* du col de l'utérus.

SÉANCE DU 6 AVRIL 1888.

M. *Thiéry* présente une *tumeur de la vessie*, avec absence d'un rein.

— M. *Albarran* montre une pièce de *distension de la vessie par affaiblissement primitif de ses parois*.

— MM. *Picqué* et *Pescher* font voir un *cancer du rein et du côlon descendant*.

— M. *Tuffier* décrit des *canaux inguinaux accessoires* et des hernies s'y faisant.

— M. *Vaquez* apporte un *caillot polypiforme du cœur*; embolie des fémorales et gangrène des jambes.

— M. *Hudelo* relate une *autopsie de goutte*.

REVUE DES CONGRÈS

Congrès français de chirurgie.

(Fin. — Voyez les nos 12, 13 et 14.)

Cou et tronc.— M. *Demons* (de Bordeaux) : *Extirpation du larynx pour cancer*. — L'extirpation du larynx a tous les défauts : difficulté, gravité extrême, récidive à peu près constante. Dans les cas les plus heureux, il reste une infirmité des plus difficiles à pallier. Mais, jusqu'à présent, l'ablation est le seul moyen connu d'attaquer le cancer, et il semble que quelques cancers du larynx soient justiciables de la chirurgie. La statistique en ce moment est déplorable : cela tient à ce que cette opération en est à ses débuts et a été appliquée à des cancers qu'il eût mieux valu laisser tranquilles. M. Demons l'a pratiquée deux fois. Un des malades avait été trachéotomisé d'abord, pendant un accès de suffocation. Le cancer atteignait la base de la langue et il y avait de l'adénopathie. Neuf mois sans récidive, puis récidive dans la base de la langue. C'est donc un succès relatif. L'autre opéré avait eu quelques années auparavant un polype enlevé par Krishaber. Puis il eut un cancer qui fut observé alors qu'il était encore bien limité à la cavité laryngienne. Après trachéotomie, la thyrotomie médiane assura le diagnostic et prouva que l'extirpation totale du mal était possible. Le périchondre du thyroïde et une partie du cricoïde furent conservés. Guérison sans incident. Après dix mois la santé est parfaite, sans trace de récidive, quoique l'examen histologique ait vérifié le diagnostic clinique. L'opéré a appris à chuchoter d'une manière compréhensible. Évidemment, on n'en peut encore rien conclure pour la cure radicale; mais, même comme palliatif, il est certain que ce résultat est incomparablement meilleur que celui de la trachéotomie la plus heureuse. Donc, il faut faire la laryngectomie dans les épithéliomas à marche lente, limités à la cavité du larynx. La question se pose, en somme, exactement comme pour l'extirpation de l'utérus.

M. *Dupont* (de Lausanne) a pratiqué il y a un an et demi une extirpation du larynx et le malade vit encore. Il veut surtout insister sur le moyen d'éviter le principal danger : l'introduction du sang dans la trachée. La canule tampon a des inconvénients. Il vaut mieux sectionner complètement la trachée et renverser le bout inférieur dans l'angle inférieur de la plaie.

M. *Mollière* (de Lyon) a fait une laryngectomie partielle et a eu à se louer de la canule de Trendelenburg qu'il a pu laisser en place pendant dix jours. Elle est même mieux supportée que la canule ordinaire, car elle est parfaitement immobile et très élastique. L'opération a été très facile. La guérison opératoire a été obtenue. M. Mollière se rallie aux conclusions de M. Demons.

M. *Vaslin* (d'Angers) : *Indication de l'ablation des tumeurs ganglionnaires du cou et de l'aisselle: technique opératoire*. — Cette opération ne doit être faite qu'après échec du traitement médical. M. Vaslin l'a faite dix-huit fois avec succès, dont une fois dans un cas d'adénopathie cervicale très volumineuse ayant tendance à entrer dans le thorax et comprimant les organes du cou.

M. *L.-H. Petit* (de Paris) : *Tumeurs gazeuses ou aérocèles du cou*. — Ces tumeurs, nées d'une communication du larynx ou de la trachée avec les espaces celluleux ou interaponévrotiques voisins, ont pour causes prédisposantes : des dispositions normales de la région : ventricules du larynx, membrane revêtant en arrière les espaces compris entre les extrémités des cartilages de la trachée, etc.; des anomalies de la région : dilatation, prolongements normaux des ventricules du larynx, persistance partielle des fentes branchiales, etc.; des dispositions pathologiques : ulcérations de la muqueuse, dilatation excessive des glandes de cette muqueuse, abcès de voisinage ouverts dans la trachée ou le larynx; altération syphilitique des cartilages de la trachée; rétrécissement de celle-ci: des conditions traumatiques : plaie de la trachée, rupture des espaces intercartilagineux. Les causes occasionnelles sont des efforts divers : accouchement, toux violente, quinteuse, répétée, prolongée; cris, chants, fardeaux pesants, etc.

Les aérocèles reconnaissent deux modes de formation : la hernie de la muqueuse trachéale ou laryngée après perforation ou rupture complète de la paroi du canal aérien; le passage de l'air dans les espaces celluleux du cou après rupture complète de la paroi; alors, tantôt l'air s'infiltre dans le tissu cellulaire, comme dans l'emphysème, tantôt il le refoule progressivement, de manière à former une cavité permanente.

Au point de vue clinique, ces tumeurs se présentent sous trois formes; dans la première, elles se développent brusquement, en une seule fois; dans la seconde, elles s'accroissent brusquement d'abord, puis en augmentant peu à peu; dans la troisième, elles vont en progressant dès le début.

Une fois développées, ces tumeurs sont assez consistantes lorsque leur communication avec la trachée se ferme vite; si au contraire elles restent en communication avec la trachée, elles sont molles, flasques, à l'état de repos; augmentent rapidement de volume par les efforts, la toux, l'expiration; diminuent de même par la compression, l'inspiration large, l'extension forcée de la tête; elles sont sonores à la percussion, indolentes à la palpation, s'accompagnent de diverses modifications de la voix (raucité, nasonnement, aphonie); la peau conserve ses caractères normaux.

Contrairement à l'opinion des auteurs, certaines de ces tumeurs sont susceptibles de diminution et même de guérison; ce sont celles qui ont apparu brusquement dans un effort non répété, sans affection chronique des voies respiratoires; les autres restent dans le *statu quo* ou vont en augmentant.

Contrairement à l'opinion des auteurs, ces tumeurs ne sont pas toujours incurables; on en a guéri quelques-unes par la compression et les narcotiques à l'intérieur. Peut-être pourrait-on à l'avenir pratiquer une opération analogue à celle de la cure chirurgicale des hernies abdominales.

M. *Bilhaut* (de Paris) : *Plusieurs cas de scoliose dus à un accroissement inégal des membres inférieurs*. — L'an dernier, M. Terrillon a publié dans le *Bulletin médical* une note sur plusieurs cas de ce genre. M. Bilhaut la confirme. Sur 10 scolioses, il en a trouvé 6 où le membre inférieur gauche était plus court que son congénère et que l'on redressait par le port d'une semelle supplémentaire. Après des considérations sur la physiologie pathologique de la lésion dorsale consécutive à l'inclinaison du bassin, M. Bilhaut conclut :

« Dans toute scoliose, surtout au début, il faut rechercher si les membres inférieurs sont d'égale longueur. Dans le cas où l'inégalité des membres inférieurs sera manifestement constatée, on devra attribuer la scoliose à cette cause, si toutefois d'autres causes ne peuvent être invoquées. Le traitement immédiat devra, dans ce cas, consister dans l'emploi de semelles supplémentaires disposées en dedans et en dehors de la chaussure; on rétablira ainsi l'équilibre. Les scoliotiques devraient suivre un traitement destiné à activer l'accroissement du membre inférieur incomplètement développé (exercices spéciaux). Les malades devraient être soumis au massage, aux exercices gymnastiques, quelquefois à l'électricité, à l'hydrothérapie, ces moyens permettront d'enrayer les déviations de la colonne vertébrale, et de les atténuer dans les limites du possible.

M. *Redard* (de Paris): *Technique des corsets orthopédiques*. — Il faut que ces corsets soient légers et amovibles. M. Redard les fait à l'aide de silicate ou de plâtre, après application d'un moule en une sorte de feutre. Il obtient des corsets remarquables par leur légèreté.

Observations diverses. — M. *Lannelongue* (de Paris) : *Résection du bord inférieur du thorax*. — L'an dernier, à l'Académie des sciences, M. Lannelongue a étudié la pathogénie des abcès périhépatiques et il en avait traité un par la résection du bord inférieur des côtes. Puis l'enfant est mort d'une tuberculose hépatique, remarquable d'ailleurs par une caséification étendue. Cette année, un fait analogue s'est présenté à lui : abcès périhépatique tuberculeux, ayant perforé le diaphragme et s'étant vidé par une vomique. Les accidents

étant graves, M. Lannelongue a réséqué le bord inférieur du thorax, après avoir fait dans un espace intercostal une incision guidée sur une aiguille de ponction exploratrice. Le lambeau cutané fut rabattu et l'ablation du fragment fut très facile, et dès qu'elle fut effectuée le passage de l'air par la plaie cessa. L'enfant est en assez bon état. En somme, cette résection du bord inférieur du thorax est facile; elle se fait aisément, sur le cadavre, sans ouvrir le péritoine. Cette opération pourra être très utile pour certaines interventions sur le foie. On pourrait faire la résection temporaire.

Le docteur *Leprévost* (du Havre) communique l'observation d'un garçon de seize ans, atteint à la suite d'une blessure par arme à feu, d'une *pseudarthrose de l'humérus gauche* et d'une *paralysie radiale*. La pseudarthrose guérit après l'avivement et la suture des fragments osseux, mais le bout central du nerf radial n'ayant pu, après deux tentatives infructueuses, être retrouvé au voisinage de la fracture, M. Leprévost se décida à l'aller chercher dans l'aisselle, et le suivit jusqu'à son implantation sur la face interne du col. La *suture nerveuse* put alors être pratiquée, et le lendemain la zone anesthésiée du radial avait recouvré une partie de sa sensibilité; malheureusement la mobilité n'est pas encore rétablie aujourd'hui, cinq mois après la suture. — La *découverte du radial dans l'aisselle* peut se faire facilement, quoi qu'en dise Chalot, si, au lieu de recourir à l'incision classique pour la ligature de l'artère axillaire, comme le conseille Letiévant, on a recours au procédé suivant qui est de mise pour la plupart des opérations praticables dans l'aisselle sur le tronc du radial : 1° incision parallèle au bord postérieur du creux de l'aisselle, depuis son milieu jusqu'à la face interne du bras; 2° découverte des tendons réunis des muscles grand rond et grand dorsal; 3° déchirure sur le point le plus déclive de la gaine celluleuse du paquet vasculo-nerveux; 4° isoler le premier nerf qui se présente à travers la déchirure de la gaine, c'est le nerf radial, aisément reconnaissable à son volume qui égale et surpasse même souvent celui du médian; 5° charger sur un écarteur le reste du paquet vasculo-nerveux, et le fixer, hors de l'atteinte du bistouri, contre la paroi antérieure de l'aisselle; 6° poursuivre, s'il y a lieu, le radial dans la gouttière de torsion.

M. *Poncet* (de Lyon) : *Pathogénie de l'ongle incarné*. — Gosselin a été vivement frappé par l'existence de l'onyxis latéral presque exclusivement sur le gros orteil de jeunes sujets. Il en a conclu que c'est une maladie de croissance et il a admis qu'il y a développement exagéré de l'ongle, sur lequel viennent dès lors se contondre les parties molles. M. Poncet admet le rôle de la croissance disproportionnée des diverses parties de l'orteil, mais des mensurations précises faites dans son service il conclut que l'ongle est trop petit et non trop grand ; qu'au contraire il y a hypertrophie évidente des parties molles, et même parfois du squelette. Les parties molles dépassent l'ongle latéralement, sont refoulées en haut et en dedans par le poids du corps et la chaussure et elles viennent, comme le disait Gosselin, se contondre sur l'ongle.

M. *Delorme : Opération complémentaire de l'ablation de l'extrémité inférieure du rectum*. — Après cette ablation ou a de l'incontinence des matières fécales. Les appareils prothétiques étant peu avantageux, M. Delorme a inventé une opération pour rétrécir l'orifice défectueux.

M. *Picqué* (de Paris) : *Anévrysme volumineux de l'artère fémorale au pli de l'aine; ligature de l'iliaque externe; guérison*. — La guérison a eu lieu malgré une suppuration, extérieure au sac il est vrai.

M. *Le Bec : Désarticulation de la hanche chez un homme de dix-neuf ans pour un ostéosarcome*. — Mort par généralisation.

M. *Jalaguier : Deux cas de hernies du cæcum étranglées; kélotomie: guérison*. — M. Jalaguier n'a rencontré que deux fois le cæcum sur vingt-quatre hernies étranglées. Les deux hernies sont inguinales droites, non congénitales. Le sac était une fois complet et une fois latéral. Les deux malades ont guéri.

M. *Reverdin* (de Genève) : *Sutures perdues dans quelques opérations plastiques*. — Les sutures perdues (il faut ajouter : *à étages*, a dit M. Pozzi) sont peu employées dans les opérations plastiques. M. Reverdin en a retiré grand bénéfice dans trois périnéorrhaphies. C'est, par excellence, la suture qui évite la tension exagérée des parties.

M. *Monod* (de Paris) : *Greffe tendineuse*. — Sur un malade auquel il était impossible de faire la suture tendineuse (fléchisseur du pouce), M. Monod a greffé un tendon de lapin. L'opéré, présenté au Congrès, a bénéficié d'un excellent résultat fonctionnel.

M. *Pollosson : De l'utilité des grandes incisions dans les œdèmes charbonneux à marche rapide*. — M. Pollosson a observé un ouvrier en cuirs qui prit une pustule maligne de la face suivie d'un œdème extrêmement rapide de la face et du cou, gênant la déglutition et la respiration. Après avoir excisé la pustule au thermocautère, M. Pollosson fit vingt-cinq incisions et une quantité de ponctions. L'œdème s'affaissa presque immédiatement et la guérison fut rapide. Ces incisions sont donc à recommander absolument et c'est peut-être comme elles, par dégorgement mécanique, qu'agissent les cautérisations souvent pratiquées.

Lymphangiome caverneux. — M. *Monod* (de Paris), à propos d'un cas de lymphangiome caverneux observé par lui, présente quelques remarques sur la définition et l'histoire des *lymphangiomes vrais*.

Il résume d'abord son observation. Petite fille de huit mois, portant depuis l'enfance sur l'épaule une tumeur qui, au moment de l'examen, avait acquis le volume d'un œuf de poule. Les caractères cliniques de cette tumeur étaient ceux d'un kyste à parois très épaisses.

On reconnut après l'ablation qu'il s'agissait d'un lymphangiome caverneux circonscrit, c'est-à-dire d'une production essentiellement constituée par des cavités cloisonnées, tapissées par un endothélium semblable à celui des vaisseaux lymphatiques et remplies par un liquide séreux. A l'œil nu la masse avait l'aspect spongieux des tumeurs caverneuses.

M. Monod part de ce fait pour montrer que l'on a trop souvent confondu jusqu'ici les *lymphangiectasies* avec les *lymphangiomes*.

Rappelant la définition reçue de l'angiome sanguin, à savoir, celle d'une tumeur dans la constitution de laquelle entrent des vaisseaux de formation nouvelle (Cornil et Ranvier) et appliquant cette conception au *lymphangiome*, il réserve cette dernière désignation aux tumeurs d'origine lymphatique, dans lesquelles on peut admettre ou démontrer la néoformation de vaisseaux ou de lacunes lymphatiques.

Appliquer le nom de lymphangiome aux simples dilatations lymphatiques équivaudrait à donner le nom d'angiome aux dilatations des veines (varices) ou des artères (anévrysmes), ce que personne ne voudrait soutenir. Le lymphangiome ainsi compris est une tumeur fort rare.

M. Monod n'a trouvé dans la littérature médicale que deux cas qui puissent être rapprochés du sien, l'un appartenant à Reichel et l'autre à Middeldorpf.

Il déduit de ces faits quelques considérations sur l'*anatomie pathologique*, les *symptômes* et le *pronostic* de ces tumeurs, et conclut, pour ce qui est du traitement, à leur extirpation, qui est sans danger.

Foie et vésicule biliaire. — M. *Thiriar* (de Bruxelles) a communiqué au premier Congrès français de chirurgie, trois observations de *cholécystectomie*. Depuis, il a pratiqué, pour calculs biliaires, une laparatomie dont il a entretenu la Société de chirurgie (voy. *Gaz. hebd.*, 1887, p.). En juillet 1887, enfin il a fait une quatrième cholécystectomie sur une femme de trente ans qui, depuis 1881, avait environ une colique tous les quinze jours, sans qu'aucun calcul eût été trouvé dans les selles tamisées. Les quatre opérés ont guéri et sont aujourd'hui en parfait état, débarrassés qu'ils sont de leurs coliques. La cholécystectomie n'est donc pas bien grave. Elle semble moins dangereuse que la cholécystotomie, car sa mortalité moyenne est de 13,65 pour 100, celle de la cholécystotomie étant de 60 pour 100 pour le procédé de Spencer Wells et de 18 pour 100 si l'on fait la suture à la paroi.

M. *Vincent* (de Lyon) a évacué, *chez un enfant*, une *vésicule biliaire* contenant 3 litres de liquide. Il avait fait l'incision classique : elle l'a conduit sur la face convexe du foie, toujours abaissé chez l'enfant. Or, au cinquième jour, l'enfant est mort d'une hémorrhagie intrapéritonéale ayant pour point de départ une érosion du foie écorché contre une suture de la plaie parié-

tale. Il faut donc faire l'incision non pas latérale, mais médiane, pour éviter le contact dangereux.

M. *Accolas* (de Rennes) a reçu un soldat de vingt-trois ans, revenant du Tonkin avec un *abcès dysentérique du foie*. Il l'a traité par l'incision directe, suivant la méthode de Little et a évacué 300 grammes de pus. Dès le sixième jour, il ne pouvait plus introduire de drain. Il a opéré sous le chloroforme, ce qui a été condamné par quelques auteurs qui craignent (et l'on en trouve des exemples dans le mémoire de Mahboux), que dans les efforts de vomissement, l'intestin et l'épiploon ne viennent sortir par la plaie.

A. Broca.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Propriétés et emploi du benzoate de bismuth, par M. Smith. — Ce produit a été l'objet de recherches chimiques de M. England, à la suite desquelles M. Smith en a fait l'essai thérapeutique.

Il l'a employé en poudre comme topique à la surface des ulcères soit seul, soit en mélange avec l'iodoforme pulvérisé à titre d'antiseptique. Ce pansement est douloureux, mais a pour avantage de modifier rapidement la surface de la plaie et de provoquer la formation des granulations.

M. Smith considère le benzoate de bismuth comme escharotique de faible puissance, mais dont l'action peut rendre des services en raison de sa lenteur et de sa continuité dans les cas où on redoute l'emploi plus énergique de l'acide nitrique. Il le recommande d'ailleurs particulièrement pour le traitement des ulcères de la jambe. (*Med. News*, 3 décembre 1887.)

Du traitement de la diathèse urique, par M. Burney Yeo. — La thérapeutique générale des maladies caractérisées par l'accumulation excessive de l'acide urique dans l'organisme doit tenir compte de ce fait que la diathèse urique a pour origine une assimilation imparfaite des aliments et une élimination défectueuse des substances albuminoïdes.

Le régime alimentaire et les habitudes du malade jouent dans la médication un rôle plus grand que les médications pharmaceutiques. On doit approprier le régime à chaque malade et tenir compte dans sa réglementation, de la nécessité d'éviter tout aliment imparfaitement digéré ou susceptible d'augmenter la quantité d'acide urique.

M. Yeo s'arrête longuement à l'usage des boissons fermentées, redoute l'alcool, autorise les vins légers de préférence aux vins de Bourgogne et au Champagne, et recommande l'ingestion abondante d'eau pure pour faciliter l'assimilation des aliments et favoriser l'élimination des matières excrémentitielles.

Parmi les agents pharmaceutiques il préfère la colchique qui, bien administrée, peut enrayer à propos les manifestations diathésiques. L'emploi des salicylates lui paraît indiqué seulement dans les cas où le rhumatisme s'associe à la diathèse urique.

Il rappelle que l'emploi des benzoates de lithium et de sodium et du gaïacol, malgré la recommandation de Garrod, est loin de satisfaire la majorité des observateurs; que la valeur thérapeutique de l'iodure de potassium n'est pas nettement établie sinon pour modifier les lésions chroniques des articulations, mais qu'employé pendant longtemps ce médicament retarde la marche des dégénérescences vasculaires d'origine goutteuse.

La médication alcaline est, de l'avis de M. Yeo, plus justifiée. Toutefois aux sels de lithine, si souvent préconisés, il préfère ceux de soude et surtout de potasse en raison des propriétés diurétiques de ses solutions. De là, le choix des eaux minéralisées par cette base alcaline.

La médication purgative est aussi indiquée, autant pour libérer l'intestin que pour modifier la composition du sérum. Parmi les purgatifs il adopte des pilules aux extraits de colchique et d'aloès, combinées avec l'ingestion quotidienne des sels de Carlsbrad. Enfin il prescrit autant que possible l'usage de l'opium et recommande celui des diaphorétiques et des diurétiques. (*Brit. med. Journal*, janvier 1888, p. 16 et 67.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie de guerre, par M. E. Delorme, médecin-major de 1re classe, professeur au Val-de-Grâce. T. Ier, 1888. — Paris, F. Alcan.

Depuis 1873, année où parut la seconde édition du livre classique de chirurgie d'armée de M. l'inspecteur Legouest, aucune œuvre complète sur les blessures de guerre n'avait été publiée en France. Notre collègue M. Delorme offre aujourd'hui au public médical le tome premier d'un important *Traité de chirurgie de guerre;* il nous promet, pour le commencement de 1889, la deuxième et dernière partie de l'ouvrage.

La bonne moitié du volume que nous avons entre les mains est consacrée à l'histoire de la Chirurgie militaire française depuis l'emploi de la poudre à canon jusqu'aux expéditions récentes de la Tunisie et du Tonkin. Dans cette période, longue de trois siècles, il n'est pas un ouvrage dont l'auteur ne nous donne l'analyse, pas un écrivain, un chirurgien d'armée, dont il ne nous trace le portrait. Entraîné par l'intérêt puissant qu'il a pris à ces recherches, à ces fouilles historiques, à cette étude des premiers débuts du corps de santé militaire, M. Delorme en est arrivé à se persuader que ses lecteurs ne pouvaient se soustraire au même enthousiasme. Je crains qu'il n'ait, sous cette influence, trop élargi son cadre. A des citations répétées, à des analyses étendues, à des appréciations parfois discutables sur les hommes et les choses de jadis et surtout d'aujourd'hui, je préfère, pour ma part, les aperçus, les revues d'ensemble qui gravent dans l'esprit, mieux que les longs chapitres, le caractère et les tendances d'une époque. Ces résumés, notre collègue excelle à les faire. Bien qu'il en soit, nous sommes obligé de reconnaître l'immense travail qu'a certainement exigé de lui la rédaction de cet historique, et nous ne pouvons que le féliciter d'avoir aussi consciencieusement rempli la tâche qu'il s'était imposée.

La partie vraiment scientifique de ce premier volume comprend huit chapitres, dont cinq consacrés à l'étude des plaies des parties molles par les projectiles et à leurs complications. Comme il est de règle, M. Delorme commence par la description des armes à feu, des projectiles; par des considérations sur la balistique, dont l'importance pour le chirurgien nous paraît être par lui un peu exagérée. Si cette importance était aussi considérable, tout Traité de Chirurgie de guerre serait à refaire quand paraissent des armes nouvelles, et le livre de notre collègue, publié avant la mise en œuvre des fusils de petit calibre, des balles à enveloppe résistante, des obus à la mélinite, serait à recommencer aujourd'hui. Nous croyons qu'il n'en est rien et que les blessures par les projectiles de 8 millimètres seront fort semblables à celles du fusil Gras. De même la très récente et très intéressante communication faite par notre collègue F. Poncet au dernier Congrès de chirurgie, prouve qu'il n'était pas juste d'escompter par avance, la diminution de gravité que semblait devoir amener dans les blessures, le morcellement plus considérable des obus.

Les études de M. Delorme sur les dimensions des orifices d'entrée et de sortie des sétons des parties molles par balles, sur les caractères de ces ouvertures, prouvent la valeur des recherches expérimentales qu'il a poursuivies avec une persévérance digne d'éloges. Mais nous ne pouvons admettre avec lui que les trajets intramusculaires sont toujours de

diamètre plus considérable que les trous de la peau, que leurs dimensions sont en rapport direct avec la vitesse du projectile. Nos expériences sont en contradiction avec ces opinions beaucoup trop absolues. En ce qui concerne le mode d'action des balles, peu précis pour l'explication des effets dits explosifs, notre collègue, sans rejeter l'action hydraulique, les effets de l'air comprimé, admet surtout l'*attrition*, soit directe, soit indirecte. Peut-être, dans la discussion de ces théories, eût-il pu tenir compte des expériences nouvelles de Réger, de Beck, etc., qui nous ont semblé très démonstratives.

Sous le nom de *complications immédiates* des blessures des parties molles sont successivement étudiées les lésions des vaisseaux, des nerfs; les corps étrangers, la gangrène traumatique. Cette classification n'est pas sans nous étonner. Elle conduit l'auteur à décrire dans ce chapitre le choc traumatique, la stupeur locale, la gangrène gazeuse foudroyante qui succèdent plus souvent aux coups de feu des os et des jointures qu'aux plaies des tissus mous. Disons tout de suite que ses recherches personnelles sur les plaies des artères et des nerfs sont pleines d'intérêt. Elles le conduisent, au reste, à une pratique déjà acceptée par tous les chirurgiens militaires depuis vingt ou trente ans, préconisée par M. Legouest : la ligature immédiate du vaisseau au-dessus et au-dessous de la lésion. Pour l'exploration, pour l'extraction des projectiles, des corps étrangers, M. Delorme adopte également l'opinion de ce maître : *ni trop, ni trop peu*.

Les *complications consécutives* des plaies des parties molles comprennent : les accidents inflammatoires, les hémorrhagies consécutives, le tétanos, les troubles de la motilité, de la sensibilité ; les troubles trophiques, les désordres nerveux centraux; enfin la pourriture d'hôpital. Peut-être la description de ces accidents, communs à toutes les plaies d'armes à feu, eût-elle gagné à être reportée à la fin de leur étude; peut-être certains sont-ils un peu longuement décrits. Tout au contraire, l'influence considérable que les pansements antiseptiques sont appelés à exercer sur la marche des traumatismes de guerre, demandait à être mise davantage en relief. Il importe peu, en somme, de savoir que les suppuratifs, l'eau, le cérat, les cataplasmes, ont fait successivement la base du traitement ordinaire des coups de feu. Ce qu'il faut dire, ce qu'il faut répéter sans cesse, c'est qu'avec l'antisepsie toutes les complications putrides, infectieuses des plaies, peuvent être supprimées ou atténuées dans une proportion énorme. Ce qu'il faut graver dans l'esprit des chirurgiens militaires, c'est la nécessité absolue de rechercher, d'atteindre dans la mesure du possible ce desideratum de l'avenir : *l'antisepsie en campagne*.

Ces quelques critiques ne sont pas pour amoindrir la valeur de l'œuvre importante de notre distingué collègue du Val-de-Grâce. Nous sommes persuadés que le second volume montrera, mieux encore que celui dont nous venons de rendre compte, les grandes qualités de l'auteur et l'intérêt de ses recherches personnelles.

J. Chauvel.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

Association générale des médecins de France (29e réunion).

Les nombreux médecins qui étaient venus dimanche dernier assister à la 29e session de notre grande fédération médicale ont accueilli par d'unanimes et chaleureux applaudissements le discours de M. le président H. Roger. Il était difficile, en effet, d'exprimer dans un langage plus noble, plus digne, plus éloquent, les sentiments de regrets que laissent après eux trois des plus zélés dignitaires de l'Association : Gosselin, Foville, Martineau. Il était impossible d'indiquer avec plus de tact et d'esprit ce qu'il est dû de gratitude aux bienfaiteurs de la caisse des pensions de retraite. Depuis plusieurs années, quelques médecins, qui ne laissent après eux aucun héritier direct, — le nombre en est grand dans notre famille médicale — ont eu la louable pensée de donner à l'Association la nue propriété de leur fortune. C'est ce que vient de faire Martineau, qui en laisse l'usufruit à sa mère. C'est ce que, dans un codicille de son testament, dicté d'une voix mourante à son cher président, a décidé Foville. On ne saurait trop louer cette tendance, qui peu à peu enrichira l'Association générale de legs importants. Plus nombreux encore devraient être les donateurs annuels qui, à l'occasion d'un succès obtenu dans une élection ou dans un concours, tiennent à marquer leur joie en envoyant aux déshérités de la profession un souvenir et une offrande. « Faire du bien aux autres c'est s'en faire à soi-même, » a dit M. Roger, qui sait chaque année trouver une expression heureuse pouvant servir de devise à la Société charitable à laquelle nous devons rester unis « par les liens de cette noble et douce confraternité qui nous protège et nous grandit les uns les autres ».

Après M. H. Roger, M. Brun a donné lecture de son rapport financier. Le trésorier de l'Association constate sa prospérité croissante. Elle compte cette année près de trois cents membres nouveaux. La caisse générale disposait d'une somme de 31 742 fr. 31 sur lesquels il a été employé 27 742 fr. 72 pour frais divers. La caisse des pensions de retraite possède un capital de 1 104 724 fr. 66. L'accroissement de cette somme (85 827 francs) est dû aux legs de MM. Roth et Oulmont, et aux dons généreux de Mme Gosselin et de MM. Vidal, Péan, Lannelongue, René Marjolin, Royer, Ricord, Cazeneuve, Horteloup, Abadie, etc.

— En demandant à l'Association d'approuver les comptes qui lui étaient soumis, M. G. Richelot, membre du Conseil général, a su en termes excellents rappeler la distinction récemment accordée à M. Brun et demander à ses confrères de voter de nouveaux remerciements à leur trésorier.

— C'est à M. le docteur Riant qu'avait été confiée la mission de remplacer le secrétaire général, M. Foville, enlevé subitement à l'affection de ses collègues, et de lire un compte rendu détaillé des travaux de l'Association. M. Riant s'est acquitté avec talent de cette tâche difficile. C'est en termes émus qu'il a parlé des membres que l'Association a perdus l'année dernière et c'est avec compétence et clarté qu'il a discuté les diverses questions soumises durant l'année dernière aux délibérations du Conseil général. Parmi les *desiderata* multiples de notre profession médicale, il en est dont la solution pourrait être relativement facile si tous ceux qui souffrent non seulement de la loi qui régit l'exercice de la médecine, mais encore et surtout des usages locaux, des habitudes prises par certains clients vis-à-vis de leurs médecins, pouvaient s'entendre pour obtenir justice. Dans les grandes villes, à Paris surtout, on ignore les déboires dont pâtissent si cruellement nos confrères de la province et surtout les médecins de campagne. L'un des buts de l'Association est d'étudier sérieusement par quels moyens il serait possible d'adoucir la situation trop souvent précaire des médecins qui ont à lutter tout à la fois contre l'exercice illégal des charlatans et contre les prétentions arbitraires des Sociétés de secours mutuels ou des Associations dites charitables qui réduisent à un salaire dérisoire ce que l'on est convenu d'appeler « les honoraires » du médecin.

Le rapport de M. Riant a cité quelques faits à ce point de vue très dignes de la méditation du Conseil général de l'Association et des Sociétés locales. Nous aurons à y revenir prochainement en examinant, au moment où il sera discuté, le nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine dont M. Chevandier a été le rapporteur et dont les principales dispositions ont été, dans les colonnes de ce journal, l'objet d'un examen attentif. M. le docteur Riant a rendu hommage aux efforts tentés dans ce but. Il a insisté surtout, c'était son droit et son devoir, sur les résultats déjà obtenus par l'Association générale. Mais aujourd'hui que les Sociétés de bienfaisance, créées en vue d'améliorer par la création de caisses de pensions de retraite, de Sociétés d'assurances contre la maladie, etc., etc., la situation des médecins nécessiteux se multiplient et aspirent à prospérer, n'est-il pas permis de demander qu'avant de chercher, en dehors de l'Association générale qui a fait ses preuves, qui affirme sa

vitalité par les bienfaits qu'elle répand autour d'elle, qui est avant tout et surtout une Société charitable, c'est-à-dire destinée à soulager les infortunes des deshérités de la profession, les nouvelles Sociétés se demandent sincèrement si elles n'arriveraient plus aisément au but qu'elles prétendent atteindre en demandant leur agrégation à l'Association générale. Celle-ci est assez puissante et assez honorée pour pouvoir se montrer généreuse et accepter, de quelque côté qu'elles lui viennent, les idées généreuses qui peuvent améliorer les conditions dans lesquelles vivent tant de médecins. M. H. Roger a adressé un éloquent appel à la concorde, à l'union de toutes les Sociétés ocales. Nous nous unissons à lui pour demander, qu'au lieu d'éparpiller leurs efforts et leurs ressources, tous les médecins s'unissent pour assurer, dans les meilleures conditions possibles, ce qu'il faut souhaiter avant tout et surtout: le respect, la considération et les moyens d'existence assurés à tout médecin aborieux et honnête.

— Le bilan des diverses caisses de l'Association peut être, d'après le rapport de M. Riant, établi de la manière suivante :

Capitaux de la caisse générale............	85669 fr. 59
Caisse des pensions viagères............	1104724 fr. 66
La Société centrale et les Sociétés locales...	916186 fr. 94
Total.........	2106581 fr. 19

En outre, les rentes, qui appartiennent à ces différentes caisses en supposant qu'elles fussent capitalisées à 4 pour 100, représenteraient un total d'environ 200000 francs, ce qui porterait l'ensemble des capitaux de l'Association à 2306581 fr. 40.

D'autre part, voici la liste des secours donnés sous différentes formes, par l'Association dans le dernier exercice :

La Caisse des pensions viagères a servi 70 pensions de 600 francs, et une pension de 300 francs, soit..........	42300 fr. »
La Société centrale et les Sociétés locales ont accordé à 58 sociétaires..........	15202 fr. »
Elles ont réparti entre 174 veuves, fils ou filles de sociétaires..........	41384 fr. »
Elles ont donné à 45 personnes étrangères à l'Association..........	1629 fr. »
Total........	100515 fr. »

M. le docteur Vidal avait accepté la tâche toujours ingrate de faire un rapport au nom de la Commission des pensions viagères. Il s'en est acquitté avec la distinction et la conscience qu'il apporte à tout ce qu'il fait. La première partie de ce rapport, la seule que nous ayons pu entendre nous apprend que 80 médecins sont actuellement pensionnaires de l'Association. Une difficulté qu'il importe de rendre publique a été signalée par M. Vidal. Le bureau, dit-il, a reçu, il y a deux jours, deux propositions bien tardives et qui ne pourront par suite être discutées qu'en 1889. D'après le règlement, en effet, les demandes doivent être transmises avant le 31 décembre. D'ailleurs pour constituer une pension de 600 francs à 4 pour 100, il faut verser à la Caisse des dépôts et consignations la somme de 15000 francs, et comme il ne reste dans la caisse qu'une somme de 8000 francs, l'Association se trouve dans l'impossibilité de servir les deux nouvelles pensions demandées. Jusqu'à l'an prochain les confrères qui ont fait l'objet de ces demandes peuvent obtenir des secours de leur société locale, qui elle-même peut avoir recours à la caisse générale.

La caisse des pensions viagères, dit en terminant M. Vidal, est encore dans la période difficile et il en sera ainsi jusqu'à l'époque où le nombre des décès sera à peu près égal à celui des nouvelles demandes. Il n'est donc pas possible d'élever le chiffre des pensions au-dessus de 600 francs et d'atteindre le chiffre de 1200 francs comme il serait si désirable ; mais tout permet d'espérer que dans un avenir prochain on arrivera à assurer aux médecins nécessiteux une pension qui sera plus et mieux qu'une aumône.

— Dans la séance du lundi 9 avril les conclusions du rapport de M. Vidal ont été adoptées et quinze pensions nouvelles ont été accordées.

Puis sont venues en discussion les propositions discutées par le Conseil général et les vœux émis par les Sociétés locales. M. Brun a demandé que l'on informât plus exactement le Conseil général du décès des titulaires de pension. On y arriverait aisément si, comme l'a proposé M. Vidal, le président et le trésorier de chaque Société locale étaient tenus d'indiquer chaque année au trésorier de l'Association l'état dans lequel se trouvent les médecins pensionnés.

L'assemblée a adopté les conclusions du rapport de M. Horteloup qui demandait que l'on ne changeât pas en 1889 la date de la réunion de l'assemblée et celle du rapport de M. de Ranse qui repoussait le vote cumulatif des Sociétés locales. Elle a adopté aussi un vœu de la société de l'Orne demandant que les résolutions votées par l'Association soient prises à la majorité des membres de l'Association et non à la majorité des Sociétés et un vœu de la Société du Rhône relatif à la mise au concours de toutes les places de médecin d'hôpital. Ce dernier vœu a été défendu par M. Diday.

Au cours de la séance l'Association a élu : *Secrétaire général:* M. Riant; *vice-secrétaire :* M. Richelot; *membres de la Commission des pensions :* MM. Passant, Richelot, Thomas (de Tours); *membres du Conseil général :* MM. Bucquoy, Duménil (de la Seine-Inférieure), Jaccoud, Laennec (de la Loire-Inférieure), Marquez (du Haut-Rhin), Motet et J. Worms.

Faculté de médecine. — M. le professeur J. Straus fera sa leçon d'ouverture le mardi 17 avril 1888. (Voy. p. 2 de la couverture.)

Nécrologie. — On annonce la mort de deux vétérans de la profession médicale : M. le docteur Martin-Saint-Ange et M. le docteur Robert de Latour.

Mortalité a Paris (13e semaine, du 25 au 31 mars 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 4. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 46. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 218. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs: cancéreuses, 33 ; autres, 8. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 63. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 17.— Maladies organiques du cœur, 75. — Bronchite aiguë, 38.— Bronchique chronique, 51.— Broncho-pneumonie, 29. — Pneumonie, 84. — Gastro-entérite: sein, 15. biberon, 42. — Autres diarrhées, 3.— Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 37. — Suicides, 22. — Autres morts violentes, 14. — Autres causes de mort, 196. — Causes inconnues, 8. — Total: 1122.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Œuvres complètes (anatomie, physiologie, chirurgie) de Jean Méry, chirurgien de la reine, réunies et publiées par M. le docteur L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint de la Faculté de médecine de Paris, précédées d'une Introduction de M. le professeur Verneuil, avec trois planches et un portrait de Méry, tirés hors texte. 1 vol. in-8°. Paris, F. Alcan. 16 fr.

La variole et le croup à Montluçon, par M. le docteur P.-M. Dechaux (de Montluçon). 1 vol. in-16 de 141 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

La seconde enfance, guide hygiénique des mères et des personnes appelées à diriger l'éducation de la jeunesse, par M. le docteur E. Périer. 1 vol. in-16 de 236 pages (*Petite bibliothèque médicale*). Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

Variations de la personnalité, par MM. les docteurs H. Bourru et P. Burot. 1 vol. in-16 de 316 pages avec 15 photogravures (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Les frontières de la folie, par M. le docteur A. Cullerre. 1 vol. in-16 de 360 p. (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Chirurgie du pied, par M. le docteur A. Blum, avec une préface de M. le professeur Richet. 1 vol. in-8° de 416 pages, illustré de 145 figures intercalées dans le texte. Paris, Asselin et Houzeau. 8 fr.

Tuberculose vertébrale. Mal de Pott, mal vertébral postérieur, mal sous-occipital, tuberculose sacro-iliaque, tuberculose du sacrum et du coccyx. Leçons faites à la Faculté de médecine par M. le professeur Lannelongue, recueillies par M. le docteur V. Ménard. 1 vol. grand in-8° de 418 pages, avec 36 figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie. Paris, Asselin et Houzeau. 12 fr.

Éléments de pathologie chirurgicale générale, par M. le professeur Baudry, second et dernier fascicule. 1 vol. in-8°. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 7 fr.

De l'hystérie alcoolique, par M. le docteur Dreyfous. 1 vol. in-8°. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

14283. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr **L. LEREBOULLET**, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 18 avril 1888.

Académie des sciences : **Le microbe de la dysenterie épidémique.** — *Société médicale des hôpitaux :* **Hémoglobinurie.**

Les communications relatives aux nouvelles découvertes microbiologiques ont un double intérêt. Elles apportent à la science anatomo-pathologique des faits nouveaux permettant quelquefois de préciser la nature et d'expliquer le mode de formation des lésions observées. Elles provoquent presque toujours la discussion, car il est bien difficile de ne pas chercher à expliquer par contagion la genèse des maladies qui ont pour origine un être animé. C'est ce qu'ont très nettement fait ressortir MM. Le Roy de Méricourt et Rochard dans leurs réponses à la communication que M. Cornil apportait à l'Académie au nom de MM. Chantemesse et Fernand Widal.

Il est, dans cette discussion, un point spécial qu'il importe de bien retenir : la dysenterie des pays chauds, a dit M. Le Roy de Méricourt, n'est pas contagieuse et le seul traitement qui lui convienne est la diète lactée. Plusieurs affections diverses, a ajouté M. Rochard, sont confondues sous ce nom de dysenterie, ou tout au moins la dysenterie dans les pays chauds se présente sous des formes si diverses qu'il est vraiment difficile d'admettre l'existence d'un microbe pathogène unique. D'autre part, M. Le Roy de Méricourt n'a point manqué de montrer une fois de plus combien il reste difficile en nosologie et en clinique d'attribuer aux microbes dits pathogènes un rôle aussi prédominant. Mais aucun des savants qui ont pris part à cette discussion n'a contesté la valeur des recherches si ingénieusement poursuivies par MM. Chantemesse et Widal. La dysenterie du Tonkin mérite en effet d'être étudiée avec le plus grand soin. Comme celle de Cochinchine, qui paraît plus grave et à évolution plus rapide, comme celle du Mexique que nous avons pu observer en 1864 et 1865, elle détermine rapidement des lésions irrémédiables et une diarrhée chronique résistant à toutes les médications. Mais, au début, alors que les altérations de la muqueuse intestinale, si bien étudiées autrefois par notre ami M. Kelsch,

FEUILLETON

Réflexions sur les origines et la destinée des mots du vocabulaire médical.

En publiant, il y a quatre années dans le *Dictionnaire usuel des sciences médicales*, et tout récemment dans le *Dictionnaire de Dechambre* (1), un article sur la formation étymologique des néologismes médicaux, je ne m'étais préoccupé que du côté purement grammatical de cette étude. Sous la direction et avec l'assistance de linguistes autorisés, je m'étais appliqué à formuler un certain nombre de règles techniques pouvant servir de guide aux naturalistes et aux médecins désireux de créer des mots nouveaux sans altérer notre langue ou rendre incompréhensible aux savants étrangers notre vocabulaire médical.

C'était n'envisager qu'à un point de vue spécial et restreint une question que les lois historiques et philosophiques qui président à la formation des mots peuvent éclairer et rendent plus intéressante. Il m'a donc paru nécessaire de compléter ces premières études en recherchant comment naissent, et en montrant ce que deviennent le plus souvent les néologismes médicaux. Ce me sera une occasion de préciser les analogies et les différences qui paraissent exister entre le langage populaire et la langue scientifique et d'affirmer qu'en protestant contre certains abus du néologisme on ne songe ni à épurer la langue, en bannissant les termes que le *bel usage* n'a pas consacrés, ni surtout à dénier aux médecins le droit de former des mots nouveaux.

(1) Lorsque, il y a dix ans, je commençai la rédaction du *Dictionnaire usuel des sciences médicales*, mon beau-père, M. Egger, voulut bien m'aider de ses conseils pour établir plus correctement qu'on ne le fait d'ordinaire l'étymologie des termes scientifiques. C'est à l'occasion de ce travail de revision grammaticale qu'il eut l'idée d'écrire, pour le *Dictionnaire encyclopédique*, un article resté inachevé, dont j'ai donné les principales conclusions dans la préface du *Dictionnaire usuel* et que, avec l'assistance de M. A. Darmesteter, j'ai pu terminer cette année.

ne sont point encore définitives, un traitement rationnel dont le lait constitue la base, arrive souvent à enrayer les accidents. Nous avons il y a quelques années signalé les effets favorables que l'on obtient au Mexique et à l'île Maurice à l'aide de la poudre d'*Anderjoa*. Nous avons pu nous convaincre dans ces derniers mois de l'efficacité réelle de ce médicament qui devrait bien être essayé dans nos colonies où la dysenterie épidémique cause encore de si grands ravages.

— La discussion, soulevée devant la *Société médicale des hôpitaux* par une intéressante observation due à M. Hayem, remet en question la pathogénie d'une maladie très difficile à classer au point de vue nosologique. On n'a pas oublié que le 10 février dernier (voy. *Gaz. hebd.*, p. 108) M. Hayem affirmait que, chez la malade qu'il avait eue à traiter, le sérum sanguin n'était pas plus coloré qu'à l'état normal et ne renfermait pas d'hémoglobine dissoute. Comme d'autre part l'urine de cette malade ne dissolvait pas les globules sanguins qu'on y mélangeait, il fallait admettre que la cause de la dissolution de l'hémoglobine était due, non à une altération primitive du sang, mais bien à une lésion rénale, avec poussées congestives au moment desquelles le sang passait dissous dans les reins, à la suite d'un processus encore inconnu.

M. Bucquoy, qui rappelait une observation analogue, et M. A. Robin qui avait constaté lui-même deux cas à peu près semblables à celui que venait de faire connaître M. Hayem, ont, dans la même séance, insisté sur les caractères cliniques qui permettent de croire à l'existence d'une lésion rénale transitoire, c'est-à-dire d'un processus congestif localisé et non d'une *hémoglobinhémie* primitive. Or voici que, malgré les objections présentées à ce sujet par MM. Lépine et Salle, de nouvelles et très intéressantes observations nous feraient croire, si elles étaient confirmées, que le plus souvent il s'agit bien, dans les cas d'hémoglobinurie *a frigore*, d'un processus rénal. Aux assertions de M. Lépine qui déclarait que très souvent le sang des malades était coloré en rouge, et de M. Salle qui, plus catégorique encore, affirme que le sang est *toujours* coloré par l'hémoglobine, M. Hayem et M. A. Robin, dont la compétence et l'autorité en pareille matière sont incontestées, répondent en prouvant que le sérum sanguin peut rester absolument normal ou tout au moins non coloré par l'hémoglobine. Ils sont, à ce point de vue, d'accord avec Rosenbach et Fleischer. Bien plus, ce n'est pas toujours le refroidissement qui provoque l'hémoglobinurie paroxystique. Comme le démontre si nettement l'observation citée par M. A. Robin, les causes les plus variées et en particulier une marche un peu fatigante suffisent à provoquer les accidents.

De son côté, M. Millard insiste sur la puissance et l'intensité des douleurs rénales accusées par la malade qui fait le sujet de l'observation qu'il a communiquée à la Société (p. 250). Il montre que ces douleurs ne peuvent être attribuées qu'à un état maladif du rein, et, avec sa grande expérience clinique, il ne manque pas d'ajouter qu'il est bien difficile d'admettre une altération générale de la masse du sang, se produisant et disparaissant avec la même facilité en quelques heures sans amener d'autres désordres dans l'organisme, tandis que tout s'explique si l'on attribue les accidents observés à une congestion passagère du rein.

Mais il y a plus. M. A. Robin, dont le travail si remarquable à tous égards mérite d'être lu *in extenso* dans le *Bulletin de la Société*, ne s'est pas borné à relever les particularités les plus intéressantes du cas pathologique qu'il a observé. Il s'est efforcé de préciser ce que peut apprendre sur l'état de la nutrition interstitielle chez les malades sujets à l'hémoglobinurie l'analyse attentive de leurs urines. Celles-ci sont surtout albumineuses au moment où la coloration rouge de l'urine tend à diminuer, c'est-à-dire quand la période rénale de l'hémoglobinurie touche à sa fin, puis l'albuminurie diminue rapidement et disparaît dans les vingt-quatre heures. Mais en même temps, et c'est là un fait nouveau et des plus remarquables à enregistrer, les *échanges interstitiels*, dit M. A. Robin, semblent aussi subir une certaine modification, l'excrétion des matériaux solides augmente, l'urée atteint des chiffres très élevés et « comme cette élévation du chiffre de l'urée ne comporte pas une augmentation parallèle du chiffre des chlorures, il en résulte qu'on a tout lieu de croire que cette urée ne provient pas d'une surcharge alimentaire, mais bien d'une destruction exagérée des matières albuminoïdes de l'organisme.

« On sait, en effet, qu'on ne rend de chlorures que ce qu'on en prend, parce que les tissus et les humeurs ne se dépouillent que lentement et comme à la dernière extrémité de leurs chlorures de constitution. Par conséquent, si l'on trouve dans une urine un excès d'urée coïncidant avec un excès des chlorures, on peut rapporter cette augmentation d'urée à une alimentation surabondante; si, au

---

Mon but sera atteint si j'arrive à démontrer que, quelle que soit l'origine des termes du langage médical, il n'appartient le plus souvent qu'aux anatomistes et aux médecins de les introduire dans la langue ou, lorsqu'ils paraissent inutiles, de hâter leur disparition.

Dans le langage populaire l'expression nouvelle (mot ou métaphore) lancée dans la circulation par un chansonnier, un poëte, un romancier ou un auteur dramatique acquiert son droit de cité et vit plus ou moins longtemps, qu'elle soit ou non correcte ou même utile. Il suffit, pour cela, que le mot, au moment où il est créé, paraisse éveiller avec plus de force ou de vivacité l'idée qu'il prétend représenter. C'est ainsi que dans le langage ordinaire, le nom donné à un objet n'a nullement pour fonction de le *définir*, d'en exprimer la nature intime. Pour qu'il soit accepté, il faut seulement qu'un rapport de convention existe entre le signe et la chose signifiée. Aussi voit-on les termes d'argot, les plus singuliers au point de vue strictement étymologique, s'introduire peu à peu dans la langue française, changer de signification et s'acclimater malgré les doléances des puristes qui, depuis Vaugelas jusqu'à nos jours, ont vainement protesté contre ces invasions populaires. Les anciens l'avaient reconnu: « Le peuple est en matière de langues un très excellent maître, » avait dit Platon; et Voltaire l'avait expressément regretté: « Il est triste, répondait-il, qu'en fait de langues comme en d'autres usages plus importants, ce soit la populace qui dirige les premiers d'une nation (1). »

Tout autre est la règle qui préside d'ordinaire à la constitution du langage scientifique. Tandis que, dans le langage populaire, le néologisme vient *d'en bas*, s'établit peu à peu et s'impose fréquemment, dans la langue scientifique et, en particulier, dans la langue médicale, c'est un maître, un novateur, anatomiste ou clinicien, qui, pour

(1) Voy. A. Darmesteter, *De la création actuelle des mots nouveaux dans la langue française*. Thèse de doctorat. Paris, 1877, p. 84.

contraire, un excès d'urée s'accompagne d'une diminution des chlorures, il est fort probable qu'on se trouve en présence d'une désassimilation plus grande des matières albuminoïdes qui entrent dans la constitution des divers tissus. Il en était probablement ainsi chez notre jeune homme, et cet état particulier de la nutrition devrait être invoqué comme l'une des conditions prédisposantes de l'hémoglobinurie, s'il était possible de déterminer le mécanisme qui le relie à cette maladie.

« En l'absence de cette détermination, il faut se borner à la simple constatation du fait, tout en insistant sur sa valeur. »

Il importait de citer textuellement les paroles de M. A. Robin avant d'énoncer la conclusion à laquelle il arrive et qui est la suivante :

« Nous ne connaissons pas, dit-il, la réaction intime qui détruit les globules rouges et met l'hémoglobine en liberté; nous avons certaines raisons plausibles de penser que cette réaction s'accomplit dans le rein lui-même sous l'influence de la fatigue provoquée par la marche; mais, d'un autre côté, nous soupçonnons que la marche serait impuissante à provoquer cette réaction si la désassimilation n'avait point été intéressée.

« Si vague que soit cette formule, elle me paraît éclairer la question si obscure de l'hémoglobinurie, où elle fait intervenir à côté d'un processus local déterminant, un état général prédisposant sans la combinaison desquels l'hémoglobinurie ne se produirait pas. »

On voit combien diffèrent les idées que font naître aujourd'hui les nouvelles observations d'hémoglobinurie. Faut-il admettre qu'un trouble nutritif unique ou plusieurs modifications des échanges peuvent servir de lien entre les états prédisposants et la cause efficiente de l'hémoglobinurie? M. A. Robin se borne à poser cette question qui reste insoluble dans l'état actuel de la science. Faut-il admettre au contraire que la maladie si bien définie au point de vue clinique dépend tantôt d'une altération préexistante du sang, tantôt au contraire d'une hypérémie rénale d'origine vaso-motrice? De nouvelles observations sont nécessaires pour élucider définitivement ce problème sur lequel il paraît nécessaire aujourd'hui d'appeler l'attention des observateurs.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Sur une variété d'ostéo-périostite albumineuse consécutive a une fracture spontanée du fémur, par M. le professeur Antonin Poncet (de Lyon).

J'ai publié, il y a quelques années dans ce journal (*Gazette hebdomadaire*, 1874), sous l'inspiration de mon maître Ollier, une étude sur une nouvelle forme de périostite que nous appelions, en raison de certains caractères, *périostite albumineuse*. Divers travaux ont depuis lors paru à l'étranger, et surtout en France. Les observateurs se sont divisés en deux camps; les uns ont vu avec nous dans l'ostéo-périostite albumineuse d'Ollier une entité morbide spéciale, une affection plutôt de nature rhumatismale, comme l'ont encore établi ultérieurement les observations de Terrier, de Duplay, qui pour mieux préciser sa nature, la dénomme *périostite rhumatismale externe* (Duplay, *Arch. méd.*, 1880); d'autres ont considéré cet épanchement séreux comme symptomatique de diverses affections du squelette : lésions inflammatoires, traumatiques, tuberculose osseuse, etc.; Verneuil, Lannelongue, Heydenreich, Schwartz, etc., adoptent cette opinion déjà soutenue par Nicaise dans un fort intéressant mémoire publié dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (1).

Les deux opinions nous paraissent fondées; elles répondent bien à la variété des faits et depuis notre premier travail nous avons eu l'occasion de rencontrer l'une et l'autre forme que l'on peut englober sous la rubrique générale d'*ostéo-périostite albumineuse, séreuse, exsudative*, expression qui ne préjuge rien, quant à la cause, que l'affection soit spontanée, traumatique ou d'origine microbienne, en dehors de la tuberculose, ainsi que Roser en a récemment rapporté un exemple (2). Il résulte de nombreuses observations cliniques que des causes différentes agissant sur le squelette peuvent produire les mêmes effets et qu'à côté de la forme de périostite albumineuse que nous avons décrite en premier lieu, forme plus rare, on peut rencontrer sous le périoste, à son voisinage, des collections séreuses, semblables à celles que l'on observe dans d'autres régions, dans le tissu cellulaire des membres par exemple et qui sont également dues à des irritations de nature diverse.

(1) Nicaise (*Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1879), *Des épanchements séreux inflammatoires dans le tissu cellulaire et de l'ostéo-périostite séreuse. Des abcès séreux.*

(2) *Zur Lehre von der Periostitis albuminosa* (*Centralblatt für chirurgie*, 10 décembre 1887). Il s'agit d'un malade qui présentait simultanément une ostéomyélite suppurée d'un fémur et de l'autre côté une ostéo-périostite albumineuse.

---

mieux caractériser le fait nouveau récemment découvert, imagine un mot jusqu'alors inconnu. Alors que, dans le langage populaire, le mot se crée par des emprunts faits aux langues vivantes étrangères ou à divers patois et que, une fois adopté, il n'existe plus par lui-même, mais bien pour les phrases dans lesquelles il entre; tandis qu'il se transforme ou disparaît sans grand dommage pour l'idée qu'il exprime; dans le langage scientifique, au contraire, le néologisme dure ou devrait durer aussi longtemps que sera reconnue exacte la découverte qu'il a prétendu caractériser. La signification précise de ce néologisme doit être aisément perçue de tous ceux qui commencent l'étude des sciences naturelles ; elle est indispensable à connaître toutes les fois que l'on veut traduire dans une langue étrangère nos œuvres nationales.

Le néologisme scientifique est donc consciemment imposé à la nomenclature par le savant qui l'a créé. Il relève dès lors de la critique et celui qui l'inscrit dans ses œuvres devrait pouvoir justifier de son initiative en prouvant que le mot qu'il a introduit dans la langue était nécessaire, en s'arrangeant de manière que ce mot soit bien formé pour pouvoir être compris et ne soit pas d'une facture trop rébarbative afin de pouvoir vivre longtemps.

Or la langue médicale participe tout à la fois aux deux modes de formation que je viens d'exposer aussi succinctement que me le permet la nature de cette étude. C'est elle qui, la première, a emprunté au vocabulaire hellénique et introduit dans la langue française un grand nombre de néologismes grecs ou latinisés. La terminologie des dictionnaires du seizième et du dix-septième siècle est mi-partie grecque, mi-partie latine. Ambroise Paré, dont Malgaigne nous a fait connaître le lexique, est le premier qui au seizième siècle ait écrit ses œuvres en français. Encore celles-ci contiennent-elles un grand nombre de mots franchement grecs ou présentés comme mots latins lorsqu'ils sont reproduits sous la forme latine. Si le dictionnaire qui

Nous maintenons la dénomination d'*ostéo-périostite albumineuse*, dont nous nous étions d'abord servi, parce qu'elle entraîne mieux avec elle l'idée d'une affection spéciale qui a, en effet, dans certains cas, une physionomie bien distincte, notamment dans la forme rhumatismale.

D'autre part, quoique « la présence de l'albumine n'ajoute pas grand intérêt à la nature de la maladie, puisque, comme le dit E. Vincent, c'est un caractère commun à la plupart des liquides de l'économie (Poulet et Bousquet, *Traité de pathologie externe*, t. I, p. 710), il n'en est pas moins vrai que l'exsudat est parfois clair, peu coloré, légèrement visqueux, ressemblant ainsi à la substance albumineuse de l'œuf (1) et se différenciant d'autres exsudats inflammatoires par ses caractères objectifs.

Dans le fait que nous rapportons le liquide se présentait sous cet aspect albumineux, après avoir été laissé au repos dans un verre. Il était symptomatique d'une fracture spontanée d'un fémur, malade depuis longtemps, reconnaissant ainsi une double cause: un traumatisme et un état pathologique antérieur du squelette.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui nous fut envoyé à l'Hôtel-Dieu au mois de décembre 1887 avec le diagnostic de : vaste abcès de la cuisse gauche, consécutif à une ostéo-myélite prolongée, qui remontait à l'enfance.

La tuméfaction était si considérable, la fluctuation si nette que nos internes, jugeant une intervention immédiate nécessaire, avaient, avant la visite, fait placer le malade sur la table d'opération. Des cicatrices d'anciennes fistules siégeant au-dessus des condyles du fémur ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une ancienne ostéite juxta-épiphysaire.

En présence d'une vaste collection liquide faisant saillie surtout à la partie antéro-externe de la cuisse, je n'hésitai pas, partageant le diagnostic qui avait été fait, à inciser largement la tumeur. Au grand étonnement de tous les assistants, à la place du pus que l'on attendait, il s'écoula en abondance un liquide séreux, coloré en rose, de teinte sanguinolente. Sa quantité peut être évaluée de 250 à 300 grammes; la plus grande partie avait coulé au dehors, sur la table d'opération, lorsque je pus en recueillir un plein verre à champagne. Un drain fut placé au fond de la cavité et maintenu par un point de suture le fixant à une des lèvres de la plaie, qui fut recouverte de compresses de gaze iodoformée.

Le malade, interrogé avec soin, nous apprit alors que, trois semaines auparavant, en quittant son fauteuil, il était tombé et n'avait pu se relever. On le transporta sur un lit d'où il n'est pas sorti avant d'entrer à l'Hôtel-Dieu. Le diagnostic d'une fracture spontanée d'un os anciennement malade, devenait dès lors très probable, il fut confirmé par l'examen du membre fait immédiatement à ce point de vue. Nous avons constaté une mobilité anormale des plus nettes; malgré l'absence de crépitation, du reste fort naturelle en pareil cas, elle ne laissait aucun doute sur l'existence d'une fracture siégeant à la partie moyenne du fémur.

La plaie pansée antiseptiquement, le membre fut immobilisé. Pendant les trois premiers jours, il y eut un écoulement séreux abondant; le drain, pouvant être considéré comme une cause d'irritation, fut enlevé. Il nous sembla qu'il servait de porte ouverte à l'exsudat osseux qui, au lieu de se solidifier, s'échappait au dehors; le cal, pourrions-nous dire, venait imprégner les pièces du pansement. Peu de temps après l'hyperostose devint énorme, elle acquit un tel degré, alors que la mobilité persistait encore, que l'on put, pendant quelque temps, redouter un néoplasme développé dans un vieux foyer pathologique.

Quatre mois après l'opération, la consolidation était complète.

Voici, du reste, cette observation, dont les détails ont été recueillis chaque jour, mais que nous croyons devoir abréger, n'insistant que sur les faits principaux et mettant en relief les caractères de l'exsudat qui, par suite d'une erreur, n'a pu être analysé. Il eût été en effet particulièrement intéressant de connaître la composition de ce liquide que l'on pourrait considérer comme un véritable suc osseux et de voir s'il ne renfermait pas, en notable quantité, les substances inorganiques du squelette.

Joseph R..., cultivateur, âgé de quarante-cinq ans, est entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle Saint-Louis) le 2 décembre 1887. L'histoire pathologique de ce malade remonte à la première enfance. Vers l'âge de neuf ans, il fut atteint d'une ostéo-périostite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur gauche. Cette ostéite juxta-épiphysaire s'accompagna d'un abcès qui se fit jour au-dessus du condyle interne du fémur. Après six mois passés au lit, l'enfant put se lever et marcher, mais pendant les cinq années qui suivirent, un trajet fistuleux persista, des accidents inflammatoires survinrent de temps à autre, l'obligeant à garder un repos complet pendant quelques semaines. La cicatrisation de la fistule interne coïncida avec la formation d'un autre abcès puis d'une fistule dans le creux poplité; cette dernière persista jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans. L'articulation du genou était restée indemne, aussi la marche était-elle possible sans douleur, sans claudication; le membre inférieur gauche devait rendre les mêmes services que le droit, car le malade fit le siège de Paris comme mobile.

Cet homme était dans un état de santé aussi satisfaisant que possible, il pouvait se croire complètement guéri lorsque vers les premiers jours de novembre dernier, il éprouva des douleurs

(1) Frappé de son analogie avec les kystes du poignet, dont le contenu est souvent semblable à de la gelée de pomme ou de coing, Riedinger appelle la périostite albumineuse : *ganglion périostique* (Riedinger, *Ueber ganglion periosteale (periostitis albuminosa)*. Leipsig, 1887.

---

accompagne les œuvres de Thévenin et qui fut publié en 1658 (1), donne un commencement de terminologie française, il ne fournit que très exceptionnellement la traduction populaire des mots grecs ou latins servant à désigner des lésions anatomiques ou des maladies qui ont pu avoir un autre nom dans notre langue.

On trouvera dans la préface du *Dictionnaire usuel* et dans l'article Étymologie, la plupart de ces mots qui, comme *apoplexie*, *amaurose*, *ictère*, *néphrite*, *dysenterie*, *épiglotte*, *crâne*, *arthritis*, *tibia*, *fémur*, etc., etc., sont directement empruntés aux vocabulaires d'Hippocrate, d'Aristote, de Rufus, de Galien ou de Celse. C'est plus tard seulement que la langue médicale, en même temps qu'elle introduisait dans le langage populaire un grand nombre de mots qui y ont fait et y font encore brillante figure, se laissait à son tour imposer, par la langue ou les métaphores du peuple, un certain nombre d'expressions qui enrichissaient son vocabulaire. J'aurais voulu reproduire ici quelques exemples qui montreraient pourquoi et comment le langage scientifique s'est laissé pénétrer par la langue populaire. Un scrupule m'a retenu. Au moment même où, il y a quelques jours, j'achevais de rédiger cette étude, j'apprenais par mon ami, le docteur Brissaud, qu'il se préparait à publier un livre dont le but est précisément de bien faire ressortir l'intérêt que présentent, au point de vue historique, ces dénominations dites populaires des termes du langage médical. J'ai dû renoncer dès lors à m'aventurer sur un terrain que mon savant confrère avait si complètement et si ingénieusement défriché et j'ai préféré, laissant de côté les néologismes populaires, qui s'apprennent par la tradition orale, ne parler ici que des néologismes exclusivement scientifiques, imposés par l'autorité d'un maître qui, dans ses leçons ou dans ses livres, a voulu réveiller les esprits, remuer les idées et rendre ainsi

(1) Voy. A. Darmesteter, *loc. cit.*, p. 231.

dans la cuisse gauche; ces douleurs qui n'existaient d'abord que pendant la marche, devinrent bientôt continues; quinze jours après leur début, le malade était obligé de garder le lit. A ce moment aucun signe local n'avait appelé son attention.

Le 28 novembre, quatre jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade en quittant sa chaise pour gagner le lit que l'on venait de faire, tomba, sans savoir, dit-il, pourquoi et comment; on dut le relever, le transporter sur son lit; depuis lors, impotence complète du membre inférieur gauche.

A partir de la chute survint une tuméfaction lente, sans œdème, sans changement de coloration de la peau; le genou, la hanche, ne sont ni douloureux, ni tuméfiés. La cuisse est le siège d'un gonflement notable, mais, au lieu d'être cylindrique, elle est surtout augmentée de volume à sa partie antéro-externe où l'on constate une fluctuation des plus nettes. La pression est douloureuse à ce niveau ; douleurs spontanées à peu près nulles.

Etat général bon; pas de température appréciable à la main.

5 décembre. — Large ouverture avec le bistouri de la collection liquide à sa partie antéro-externe. Pour arriver à l'épanchement, on traverse une couche musculaire épaisse. Issue en abondance d'un liquide séreux, légèrement filant, d'une teinte rose foncé. Une certaine quantité, recueillie dans un verre à champagne, donne naissance, après vingt-quatre heures de repos, à trois couches distinctes : la première de 2 centimètres environ d'épaisseur, constituée par du sang; la deuxième séreuse, d'une teinte jaune verdâtre, occupe presque la totalié du verre; en contact avec elle se trouve une troisième et dernière couche de 2 à 3 millimètres de hauteur, d'aspect huileux et constituée, en effet, par des petites gouttes de graisse. On reconnaît la fracture du fémur.

Drainage en puits; antisepsie rigoureuse; immobilisation.

Pendant les trois premiers jours, écoulement séreux assez abondant; ablation du drain; pansement antiseptique avec nombreuses couches de gaze iodoformée et de coton boriqué, destiné à rester un certain temps en place.

21 décembre. — On renouvelle le pansement; la cuisse est le siège d'une tuméfaction considérable, la plaie est en voie de réparation, mais les bourgeons ont un aspect douteux, on pourrait croire à un ostéo-sarcome du fémur développé dans un vieux foyer pathologique.

Le côté malade mesure comme circonférence 6 centimètres de plus que le côté sain.

18 janvier. — La plaie est cicatrisée, la cuisse a diminué de volume; la différence entre les deux côtés n'est plus que de 45 millimètres.

A partir de ce moment, qui fut aussi celui de l'occlusion de la plaie, la consolidation parut marcher assez rapidement.

A la date du 2 février, les deux fragments étaient réunis par un cal suffisamment solide pour permettre au malade de soulever le membre inférieur gauche, de détacher le talon du lit.

27 mars. — La circonférence de la cuisse gauche au niveau du cal est de $0^m,55$; à droite, de $0^m,51$. Différence, 4 centimètres; le malade sent son membre de plus en plus solide. En essayant de refouler le pied avec la main on ne produit aucune douleur et le malade repousse vigoureusement la pression. Il quitte l'Hôtel-Dieu le 31 mars en s'appuyant sur des béquilles. On lui recommande de ne pas mettre le pied à terre avant, au moins, un mois, date à laquelle il devra se présenter pour savoir si la marche doit lui être permise avec un tuteur prenant un solide point d'appui sur l'ischion.

L'histoire de notre malade peut être résumée en quelques lignes :

Ancienne ostéite juxta-épiphysaire du fémur gauche remontant à l'âge de quinze ans, chez un homme de quarante-cinq ans. Poussées inflammatoires à diverses reprises jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans; à partir de cette époque, aucun phénomène pathologique: guérison apparente pendant seize ans; réveil des douleurs, fracture spontanée du fémur à sa partie moyenne, ostéo-périostite albumineuse avec exsudat abondant. Consolidation.

Nous n'insisterons pas sur cette ostéomyélite prolongée avec son accalmie de seize ans, pouvant faire croire à une guérison définitive. Ce travail souterrain, d'une vieille lésion osseuse, caractérisée par la médullisation, la raréfaction de la substance compacte est un fait bien connu, qui rend compte de la friabilité du squelette malade; nous voulons seulement appeler l'attention sur l'épanchement abondant qui a succédé à la fracture spontanée.

Cet exsudat coloré en rose qui, par le repos, se sépare en trois couleurs distinctes, d'inégale épaisseur, doit sa coloration à une faible quantité de sang que l'on recueille au fond du verre. Quoique se produisant sans choc, sans traumatisme appréciable, en dehors de la pression produite par une certaine partie du poids du corps, la fracture a, en effet, entraîné la déchirure de quelques petits vaisseaux périostiques et médullaires. Si l'hémorrhagie profonde a été peu abondante, nullement en rapport avec le volume de l'os fracturé, avec la richesse vasculaire de la moelle osseuse, en un mot beaucoup moindre que dans une fracture ordinaire, c'est que les conditions anatomiques étaient différentes.

Sous l'influence de lésions inflammatoires dont le début remontait à trente ans, alors que l'irritation était entretenue probablement par de petits séquestres, peut-être par des colonies microbiennes enkystées et latentes; le fémur a subi des modifications profondes. Sous le périoste épaissi se déposaient de nouvelles couches osseuses plus ou moins vasculaires, le canal médullaire disparaissait, la moelle donnait elle-même naissance à des ossifications étendues. C'est à ses transformations inflammatoires du tissu osseux que nous paraît devoir être attribué le faible écoulement sanguin qui a suivi la fracture.

Quant à l'exsudat séro-albumineux, beaucoup plus abondant que dans les observations publiées jusqu'ici, il est survenu insensiblement. Au dire du malade, la tuméfaction

---

plus saisissante, en lui donnant une forme grammaticale nouvelle, la doctrine qu'il a prétendu faire prévaloir.

Je persiste d'ailleurs à croire que l'origine de la plupart des mots du langage médical est et sera toujours due à cette tendance essentiellement novatrice. Dans l'avenir, comme dans le passé, les naturalistes et les médecins voudront exprimer par des mots nouveaux les idées nouvelles que fait naître l'incessant progrès des sciences biologiques. Et presque toujours aussi, quoi qu'on puisse faire pour les en détourner, ils s'adresseront à la langue grecque devenue, par droit d'ancienneté et de conquête, l'instrument le plus souple, le plus facile à manier et, par conséquent, le plus utile du langage scientifique.

Mais pour qu'un néologisme de ce genre soit accepté sans réserve, pour qu'il vive et se développe, il faut non seulement que, par sa formation étymologique, il soit compréhensible, il faut surtout qu'il reste *euphonique*.

Lorsqu'il en est ainsi, en effet, le mot nouvellement formé pénètre aisément dans le langage populaire qui emprunte si souvent — trop souvent devrais-je dire — à la langue médicale les termes dont nous nous servons. Et lorsqu'il y a pénétré, ce néologisme vit et s'y développe comme les mots de la langue littéraire.

C'est ainsi que le mot *microbe*, créé par mon savant maître Sédillot, a dû sa rapide fortune non seulement à l'intérêt qu'inspirent à tous les immortels travaux de Pasteur, mais aussi à sa forme euphonique. En vain chercherait-on, en déclarant qu'il signifie textuellement *animal à vie courte*, à critiquer ce terme scientifique. Sa fortune est faite, elle est désormais assurée. Il en a été de même pour le mot *vibrion*, auquel un romancier célèbre a imposé une signification populaire toute spéciale.

Citons encore le mot *aphasie*, bien préférable aux termes *aphémie* sans autorité chez les écrivains grecs et *alalie* qui n'exprime que le mutisme. Bien que *aphasie* se traduise

locale augmentait chaque jour et si l'on tient compte du mécanisme de la fracture s'étant produite spontanément, de l'absence de raccourcissements, de déformation du membre inférieur gauche, de l'épaississement inflammatoire du périoste, on admettra une fracture en rave, plus ou moins perpendiculaire à la direction de l'os et sous-périostique.

Si au point de vue clinique la fracture peut être considérée comme sous-périostique, il ne saurait en être ainsi anatomiquement parlant, nous voulons dire par là, que la gaine périostique a dû se rompre dans sa continuité, en un ou plusieurs points, sur une étendue plus ou moins grande; l'exsudat, tout d'abord sous-périostique, contenu, dans le foyer de la fracture, a pu gagner les couches parostales, le tissu cellulaire profond et soulever les couches musculaires voisines (droit antérieur, vaste externe), que le bistouri a dû traverser pour arriver jusqu'à lui. Cet épanchement est le résultat d'une exhalation inflammatoire des surfaces traumatisées, probablement accrues encore, en étendue, par des décollements périostiques, si faciles dans ces vieilles panostéites. Si l'on tient compte de la vascularité des tissus, du petit calibre des vaisseaux de nouvelle formation, on s'expliquera la quantité du liquide épanché, qui eût encore probablement augmenté, si l'on ne fût rapidement intervenu. A la fracture d'un os malade, profondément altéré dans sa structure, ont succédé des phénomènes irritatifs, des accidents inflammatoires plastiques, dont l'exsudat séro-albumineux n'est qu'une manifestation.

Quant aux petites gouttelettes de graisse que l'on apercevait à la surface du liquide, elles provenaient du tissu spongieux, de ce qui restait de la moelle osseuse, elles rappelaient ces gouttes huileuses que l'on rencontre fréquemment dans le pus des ostéo-myélites infectieuses des jeunes sujets, mais elles étaient plus petites.

L'observation que nous publions est intéressante au point de vue du diagnostic. Dorénavant, en présence d'une collection liquide au voisinage d'un os malade, collection apparaissant après un traumatisme et surtout après une fracture spontanée, on songera à la possibilité d'un épanchement albumineux. Les détails dans lesquels nous sommes entrés à propos de l'observation, donneront à ce diagnostic des probabilités plus ou moins; il ne pourra toutefois être complètement établi qu'après une ponction.

On ne saurait, du reste, souvent en clinique, porter un diagnostic ferme; ce qu'il importe au chirurgien, et avant tout au malade, c'est un diagnostic probable; il faut, en un mot, avoir songé à l'affection dont il peut être atteint.

Que fût-il advenu si chez notre opéré la lésion avait été abandonnée à elle-même?

La fracture méconnue, le membre n'étant pas immobilisé, l'épanchement eût probablement augmenté, peut-être alors, après un temps plus ou moins long, se serait-il résorbé; peut-être aussi, sous l'influence d'irritations incessantes, de conditions nouvelles relevant de l'état local (os malade chroniquement enflammé), de l'état général du sujet, un abcès serait-il survenu, transformant cet épanchement séreux en une collection purulente.

Cette évolution possible de l'ostéo-périostite albumineuse n'est pas sans assombrir le pronostic de la fracture spontanée, mais il nous semble qu'il sera possible la plupart du temps de se mettre à l'abri de cette complication.

Le diagnostic de la fracture étant en effet établi par les commémoratifs, qui ont dans le cas présent une valeur diagnostique de premier ordre: impotence absolue du membre après un effort, un mouvement, une chute, etc.; l'indication, malgré l'existence d'une tumeur fluctuante qui peut être volumineuse, au niveau, au voisinage de la fracture, sera, comme dans toute fracture, d'obtenir une immobilisation parfaite, soit à l'aide d'une gouttière, soit de préférence avec une attelle plâtrée, mais en laissant à découvert la partie du membre qui est le siège de la tumeur. S'abstenir dès lors de toute intervention chirurgicale active, attendre, observer. Si la résolution est trop lente à se faire, *à fortiori*, si l'épanchement augmente, s'il s'accompagne de douleurs, nous conseillons la ponction avec un trocart flambé, absolument aseptique. La poche à peu près complètement vidée, une compression modérée, favorisera la résolution et pourra s'opposer à une nouvelle exsudation, tout au moins pourra-t-on espérer que le nouvel épanchement sera moins abondant et que l'affection se terminera par résolution. Si contrairement à ces prévisions la tumeur ne diminuait pas, si une indication nouvelle survenait, nous ne voyons aujourd'hui, avec les moyens aseptiques et antiseptiques dont nous disposons, aucun danger réel à inciser la tumeur, à drainer pendant un certain temps la cavité, ainsi que nous l'avons fait, croyant, lors de notre incision, nous trouver en présence d'un abcès.

Comme conclusion de cette étude nous dirons:

La fracture spontanée d'un os long chroniquement enflammé, peut s'accompagner d'un épanchement séro-sanguinolent, pouvant donner le change et faire croire à une collection purulente. Cet exsudat consécutif à une ostéo-périostite plastique ou mieux, hydropique, présente les mêmes caractères que ceux de la périostite albumineuse. Il s'agit donc d'une variété d'ostéo-périostite albumineuse, réclamant comme conditions pathogéniques un état inflammatoire plus ou moins ancien du squelette, un traumatisme de l'os, dont la fracture peut être considérée comme le dernier terme.

---

textuellement par *perte de la parole* et que les mots *aphrasie* ou *aphrastie* dérivés tous deux de φράζω, qui signifie: dire et expliquer nettement l'idée que l'on conçoit, caractériseraient mieux, dans sa variété même, le fait pathologique de l'*aphasie*, ce dernier mot est trop bien connu et trop euphonique pour que l'on doive se préoccuper de le changer. Il vivra donc, tandis que les expressions *logoplégie*, *achirographie*, *asémiognosie*, *apraxie*, *paraphasie*, etc., qui ont été imaginées pour désigner les variétés diverses de l'aphasie, n'auront qu'une durée éphémère.

On ne peut en dire autant du mot *hystérie*. Et cependant ce terme n'a point, comme *aphasie*, l'avantage de n'indiquer que d'une manière vague, et toujours acceptable quels que soient les progrès de la science, la maladie qu'il désigne. *Hystérie*, en effet (de ὑστέρα, utérus), devrait logiquement disparaître, aujourd'hui que les observations d'hystérie chez l'homme ne se comptent plus et alors surtout que la science médicale conserve les expressions *hystéromètre*, *hystérotomie*, *hystérocèle*, etc., qui en précisent l'origine, et le mot *hystéralgie*, qui, pour mieux accuser ces anomalies du langage, s'emploie pour désigner tantôt les douleurs névralgiques si fréquentes chez les névropathes, tantôt les diverses anomalies de la sensibilité utérine. Le mot *hystérie* est passé dans le langage courant; sa signification étymologique paraît donc, comme pour tous les mots du langage populaire, avoir disparu complètement pour faire place à une signification conventionnelle. On dit aujourd'hui qu'un homme est *hystérique* comme on dit, dans le langage populaire, qu'un jeune homme est resté *vierge*. Et c'est pourquoi la tentative récemment faite par M. Lanoaille de Lachèze pour remplacer ce mot par celui de *tarassis* n'a eu et ne pouvait avoir aucun succès.

Il me sera permis cependant de faire remarquer que ce qui s'explique pour les mots imposés à la langue vulgaire ne saurait être admis à priori en ce qui concerne le langage scientifique. Certaines dénominations créées par les

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Sur la position du cristallin de l'œil humain. Note de M. *Tscherning*. — Il résulte de ce travail que le cristallin est placé obliquement par rapport à la ligne visuelle, les centres de courbure de ses surfaces ne se trouvant pas sur cette ligne visuelle. En général, c'est la partie externe qui se trouve plus en arrière. Cette déviation a pour effet un faible degré d'astigmatisme physiologique, qui pourtant, en général, est plus que compensé par l'astigmatisme de la cornée lorsque cette membrane, ce qui est la règle, est plus courbée dans le méridien vertical que dans le méridien horizontal.

Nouvelles expériences sur l'inoculation antirabique en vue de préserver les animaux herbivores de la rage a la suite de morsures de chiens enragés. Note de M. *V. Galtier* (de Lyon). — Les expériences de l'auteur sur la rage, qui remontent à 1880-1881, avaient démontré que l'injection de virus rabique dans les veines du mouton ou de la chèvre ne leur donne pas la maladie et qu'elle leur confère l'immunité contre les effets du virus introduit, postérieurement ou simultanément, ou quelques instants avant, dans leur organisme, par un procédé d'inoculation réalisant les conditions des morsures des chiens enragés. Des recherches faites par MM. Nocard et Roux ont confirmé le bien fondé des déductions de M. Galtier, de même que les nombreuses tentatives qu'il a renouvelées depuis 1881 lui ont invariablement donné les meilleurs résultats.

Des expériences nouvelles, faites depuis un an sur les moutons, sont venues démontrer que l'injection intraveineuse de virus rabique, pratiquée quelques heures, ou même un jour complet après l'inoculation ou la morsure qui devait donner la rage, préserve à coup sûr les animaux.

Les données fournies surtout par les expériences du 13 décembre 1887 et du 10 février dernier sur des moutons et des brebis, données auxquelles d'autres viendront s'adjoindre incessamment, permettent de concevoir dès aujourd'hui la légitime espérance de préserver de la rage les animaux herbivores qui ont été mordus par des chiens enragés.

On peut donc empêcher de devenir enragés les animaux mordus depuis un jour en leur pratiquant successivement, à quelques heures ou à un jour d'intervalle, deux injections intraveineuses de virus rabique provenant de l'animal qui a fait les morsures ou de tout autre.

Abattre le chien qui a mordu les animaux d'un troupeau de moutons ou de bœufs, extraire son bulbe, en faire une émulsion et s'en servir pour pratiquer des injections intraveineuses à tous les sujets mordus, telle est la conduite qui s'imposera désormais en vue de diminuer les pertes de l'éleveur et les dangers de transmission par les mordus qui pourraient devenir enragés dans la suite.

Recherches bactériologiques sur l'utérus après la parturition physiologique. Note de MM. *Straus* et *D. Sanchez Toledo*. — Ces auteurs ont fait chez des femelles de différents animaux, tels que lapins, cobayes, souris et rats, un certain nombre de recherches et d'expériences relatives à l'état de la cavité utérine et de son contenu après la parturition physiologique.

Les résultats obtenus les ont conduits à des données inattendues. En effet, ces expériences leur ont montré que l'on peut impunément introduire, dans la cavité utérine de femelles qui viennent de mettre bas, des quantités énormes de microbes, éminemment pathogènes pour ces animaux, sans presque aucune infection. Un seul microorganisme a fait exception, celui du choléra des poules ; mais on sait combien le lapin est sensible à son action et avec quelle facilité il s'infecte par toutes les voies naturelles, par le tube digestif notamment.

MM. Straus et Sanchez Toledo n'essayent pas d'expliquer cette singulière résistance de la plaie utérine, qui contraste avec la vulnérabilité si grande que présente cette même plaie utérine à l'égard des microbes pathogènes chez les femmes en couches. Ils se bornent à constater le fait.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. *Maurice Perrin* présente, au nom de MM. les docteurs *Rivet* et *Strœbel*, médecins-majors, leur *Rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées au 137e régiment d'infanterie.*

M. *Laboulbène* offre, de la part de M. le docteur *Liétard*, candidat au titre de correspondant national dans la division de médecine, une *Notice* manuscrite sur *Empédocle, considéré comme philosophe et comme médecin.*

M. *Léon Colin* présente, au nom de M. le docteur *Rouire*, médecin-major, un *Rapport sur les vaccinations et revaccinations au 19e escadron des équipages* et fait hommage de son *Rapport* au Conseil d'hygiène de la Seine sur *les conditions hygiéniques des poisons de ce département.*

M. *Hayem* offre un mémoire de M. le docteur *Peyraud* sur *la création des laboratoires thermaux.*

M. *Léon Le Fort* dépose une *canule à trachéotomie*, imaginée par M. le docteur *Reynal O'Connor.*

Service de la vaccine. — M. *le Secrétaire perpétuel* informe l'Académie qu'à partir du mois de mai le service de la vaccine aura une troisième séance de vaccinations gratuites, le jeudi ; elle sera exclusivement consacrée à la

---

médecins devraient, s'ils en avaient la ferme volonté, disparaître peu à peu lorsqu'elles font double emploi avec des termes plus conformes aux analogies du langage. Nous verrons, dans un instant, que la langue médicale ne peut pas, ne doit pas, comme le langage de l'algèbre ou de la chimie, caractériser par une formule ou une abréviation mnémotechnique les maladies ou les symptômes qu'elle prétend faire connaître. Il importerait donc que, dans la formation des mots nouveaux qu'il emploie, le médecin se préoccupât non de définir explicitement par un néologisme le symptôme ou l'affection qu'il va décrire et dont la nature ne lui est pas scientifiquement démontrée — l'exemple du mot *hystérie* prouve jusqu'à quel point on se trompe parfois — mais bien de créer un mot assez compréhensif pour pouvoir résister aux découvertes ultérieures de la science.

Sans doute les erreurs de ce genre sont difficiles à éviter, et, sans même parler de néologismes gréco-latins, es dénominations en apparence les plus faciles à justifier sont reconnues souvent inexactes. Le mot *paralysie agitante*, par exemple, consacre une double erreur ; le terme de paralysie n'est pas justifié, les malades conservant pendant bien longtemps toute leur force musculaire ; il préjuge à tort du pronostic et fait confondre la maladie avec celles qui ont pour cause une lésion caractérisée des centres nerveux. Quant à l'épithète *agitante*, elle n'est pas mieux choisie puisque le tremblement peut être si léger qu'il passe inaperçu, qu'il peut n'apparaître que tardivement ou même ne pas exister alors que les autres symptômes ne laissent subsister aucune hésitation au sujet du diagnostic. A tous ces points de vue il est donc permis de lui préférer le terme de *maladie de Parkinson* qu'a proposé M. Charcot. Pour le même motif les expressions : *maladie de Landry ; maladie de Corrigan ; maladie de Hodgson* devraient survivre et l'on pourrait aisément multiplier ces exemples.

Plus nombreux encore sont ceux qui nous montrent l'in-

vaccination par le vaccin de génisse. Le ministère du commerce a accordé, dans ce but, une somme annuelle de 2000 francs.

Colonies de vacances. — Le rapport dont M. *Rochard* donne lecture est l'analyse d'un mémoire de M. le docteur *Blayac* sur les excellents résultats obtenus par l'envoi d'un certain nombre d'enfants des écoles primaires de Paris à la campagne pendant les vacances ; ces enfants ont augmenté de poids et de taille et sont revenus en parfait état de santé. M. Rochard approuve le séjour à la campagne pour les jeunes enfants et croit qu'il faut réserver les excursions lointaines pour les élèves des enseignements supérieur et secondaire. Tel est aussi l'avis de M. *Lagneau.*

Microbes de la dysenterie épidémique. — MM. *Chantemesse* et *Widal* décrivent, dans un mémoire que communique M. *Cornil*, un microbe qu'ils ont trouvé à la surface de la muqueuse intestinale, dans les culs-de-sac glandulaires, entre les tubes, dans les membranes cellulaires, dans les ganglions et la rate à l'autopsie d'un homme ayant succombé à une poussée aiguë de dysenterie; ils l'ont aussi constaté dans les selles de cinq dysentériques. Il se développe rapidement sur la gélatine, dans le bouillon, dans l'eau de Seine stérilisée, sur la gélose et la pomme de terre; il se présente sous forme de bâtonnet à extrémité arrondie; la forme des spores n'a pu être encore observée. Les cultures pures injectées soit par l'ingestion buccale, soit par l'inoculation dans l'intestin ou par l'injection intrapéritonéale, ont fait naître, surtout dans ce dernier cas, des lésions intestinales et viscérales qui plaident en faveur de la spécificité de ce microbe, qui n'a d'ailleurs jamais été trouvé dans les garde-robes de l'homme sain.

MM. *Le Roy de Méricourt* et *Rochard* font observer que MM. Normand et Dounon, médecins de la marine, ont depuis longtemps signalé dans les selles des dysentériques des pays chauds des micro-organismes et même des helminthes, dont le caractère spécifique n'a pas été nettement prouvé. D'ailleurs l'étiologie et la thérapeutique n'ont tiré nul profit de ces découvertes et il est impossible d'admettre le pouvoir contagieux de la dysenterie, même dans les formes les plus graves comme celles de Cochinchine, de la Martinique, de la Guyane, car jamais il n'a été observé de transmission d'homme à homme à bord des transports rapatriant les malades ou dans les salles des hôpitaux remplies de ces malades. M. Le Roy de Méricourt ajoute qu'il ne voit pas que la doctrine microbienne apporte une aide quelconque à l'étiologie ou à la clinique de cette affection, pas plus que pour tant d'autres, car on ignore toujours comment ces microbes peuvent prendre naissance et comment ils ont pu préexister, puisqu'il faut renoncer à leur génération spontanée. Si les microbes sont cause des maladies transmissibles, ne faut-il pas craindre, par exemple, de vacciner avec du virus pris sur des enfants tuberculeux ou lépreux?

M. *Cornil* objecte que la nature microbienne de la dysenterie ne saurait être mise en doute; si cette maladie n'est pas contagieuse d'homme à homme, à l'égal de la syphilis, il ne s'ensuit pas qu'elle ne puisse être transmise par divers moyens, tels que l'alimentation, certaines conditions spéciales à l'individu contaminé, etc. La bactériologie est encore de date récente; elle est appelée à modifier nos idées en matière de contagion, d'épidémicité, d'infection, sans qu'on puisse jamais prétendre à déterminer les causes premières ou finales des choses. La médecine a mieux à faire qu'à s'égarer dans ces problèmes insolubles; elle doit se borner à recueillir les faits, à les comparer et à chercher, par l'expérimentation, à en tirer le plus de conséquences possibles.

M. *Constantin Paul* fait remarquer que l'aptitude que possède le microbe découvert par MM. Chantemesse et Widal à se développer dans le bouillon confirme la recommandation qu'avait faite Trousseau de se garder d'administrer du bouillon dans les cas de dysenterie.

Salpingo-ovarite. — Les trois nouveaux cas de salpingo-ovarite opérés par la laparotomie et suivis de guérison, dont M. le docteur *Terrillon* entretient l'Académie, s'ajoutent aux six observations sur lesquelles un rapport a été lu l'année dernière par M. Cornil. Les réflexions que ces opérations suggèrent à M. Terrillon tendent à admettre que la salpingite simple ou catarrhale succède à une inflammation venant de la cavité utérine ; elle est caractérisée par l'hypertrophie avec exagération des villosités de la muqueuse et épaississement de la musculeuse, avec oblitération du pavillon ; si du liquide muco-purulent s'accumule dans sa cavité, il peut en être expulsé par l'orifice utérin resté perméable. Elle provoque du côté du péritoine des adhérences inflammatoires et à la surface de l'ovaire une inflammation membraneuse qui gêne l'évolution et la nutrition de l'ovaire et le développement des follicules de Graaf. Au début, la maladie marche lentement ; elle se manifeste par des douleurs dans la région des ovaires, des désordres de la menstruation, la santé générale restant bonne en général; plus tard, après deux ou trois ans, de l'amaigrissement apparaît, avec inappétence, troubles digestifs, frissons, fièvre, etc.; des écoulements muco-purulents se produisent. L'intervention chirurgicale devient indispensable ; les organes sont devenus inutiles et dangereux. — (Le mémoire de M. Terrillon est renvoyé à une commission composée de MM. *Verneuil*, *Duplay* et *Cornil.*)

---

convénient d'employer dans un sens différent une racine identique. Lorsque Balard eut découvert et dénommé le *brome*, on put très légitimement former, suivant la nomenclature chimique, un très grand nombre de mots dérivés de ce radical y compris le *bromisme*. Mais la langue médicale avait déjà le mot *bromatologie*, dérivé de βρῶμη, aliment. La botanique introduirait à son tour le genre *bromus*, graminée supposée comestible et dénommée ainsi à l'imitation de Théophraste. Or voici que, pour désigner l'infirmité caractérisée par l'odeur fétide de la sueur des pieds, on en revient au radical βρῶμος, mauvaise odeur, et l'on crée la *bromhidrose*. Bien plus, dans un certain nombre de livres et même de dictionnaires, on écrit *bromhydrose* par un *y*, confondant ainsi ὕδωρ, eau, et ἱδρώς, sueur. Les malformations de ce genre ne peuvent être pardonnées. Elles jettent un discrédit absolu et sur l'éducation classique de ceux qui les ont commises et sur la valeur même de la science qui les a adoptées.

On ne peut les excuser davantage, bien que la langue populaire les ait définitivement consacrées, lorsqu'il s'agit de mots dérivés d'une racine commune, dont la signification primitive s'est-elle même modifiée. C'est ainsi, en effet, que l'on arrive à rapprocher les adjectifs *vénérable* et *vénérien*. De Vénus, déesse de la joie, de la grâce, on a fait dériver dans le langage littéraire: *vénération*, *vénérer*, *vénérable*, et de Vénus Aphrodite, déesse de l'amour charnel, les mots *vénérien*, *maladies vénériennes*, qui ont une origine identique au point de vue étymologique mais une signification bien différente.

L. Lereboullet.

(*A suivre.*)

Couveuse. — M. le docteur *Peyraud* (de Libourne) revendique la priorité de la couveuse à l'éducation physique des nouveau-nés ; dès 1876 il a eu cette idée et l'a mise en pratique.

Vertige des fumeurs. — Sur 63 fumeurs de vingt-neuf à soixante-six ans que M. le docteur *Decaisne* a observés et qui avaient des vertiges plus ou moins fréquents et accusés, 49 étaient âgés de cinquante à soixante-six ans. Plus de la moitié présentaient en outre des troubles digestifs, de la dyspnée, une sécrétion urinaire exagérée et des sueurs plus ou moins abondantes, de l'insomnie, des palpitations ; un tiers des intermittences du pouls et de l'angine granuleuse, quelques-uns de l'emphysème, des aphthes, de l'amblyopie, des crachements de sang. 37 de ces observations se rapportent à des fumeurs à jeun, chez qui le vertige se produisait surtout le matin. L'apparition des vertiges coïncidait pour le tiers des cas avec la suppression des sueurs profuses et la diminution marquée de la sécrétion urinaire. Quelquefois les symptômes du vertige des fumeurs ont été confondus avec ceux de la congestion cérébrale et même des maladies du cœur. Le meilleur traitement général du vertige des fumeurs consiste dans la suppression absolue du tabac et dans quelques cas dans la réglementation de l'habitude. Il y faut ajouter presque toujours quelques laxatifs, des bains tièdes, de la magnésie, des amers ; des injections hypodermiques d'éther pratiquées en plein vertige font cesser le tournoiement au bout de six à sept minutes. Enfin sur les 37 sujets qui fumaient à jeun, 33 ont vu disparaître immédiatement les vertiges en ne fumant qu'après avoir mangé. — (Le mémoire de M. Decaisne est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *Moutard-Martin*, *Léon Colin* et *Lagneau*.)

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Athétose chez un enfant de vingt mois : M. Comby. — Destruction des poils par l'électrolyse : M. Brocq. — Hémoglobinurie paroxystique a frigore : M. Salle (Discussion : M. Hayem). — Même sujet : M. Millard. — Hémoglobinurie paroxystique provoquée par la marche : M. A. Robin.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance M. *Comby* rapporte l'observation d'une petite fille de vingt mois, rachitique, de souche tuberculeuse, qui est atteinte, depuis l'âge de huit mois, d'une hémiathétose du côté droit survenue à la suite de convulsions. La sensibilité est intacte ; il n'y a pas d'atrophie musculaire, pas de troubles du côté des yeux. L'athétose est extrêmement rare chez les jeunes enfants.

— M. *Brocq* donne lecture d'une note sur la *destruction des poils par l'électrolyse*. Il n'emploie que rarement l'anesthésie locale bien que l'opération soit longue et assez douloureuse ; lorsqu'il y a recours, il pratique des injections hypodermiques de cocaïne. Les aiguilles dont il se sert sont en platine iridié, et l'extrémité terminale qu'il faut introduire *dans* le follicule, le long du poil, doit être aussi fine que possible. La profondeur d'introduction varie avec la grosseur des poils et la situation du bulbe. Les courants employés sont de trois à cinq milliampères ; la durée du passage du courant varie suivant des conditions individuelles multiples ; c'est affaire de tact et d'expérience. Il ne faut pas détruire plus de trente à cinquante poils dans une seule séance, et jamais deux poils trop voisins, de crainte de cicatrice vicieuse, tache blanche, dépression cupuliforme, ou même kéloïde. On évite facilement les cicatrices, mais on ne peut prévoir s'il n'y aura ni taches blanches, ni dépressions cupuliformes : une séance d'épreuve ne portant que sur quelques poils est donc nécessaire. La proportion des poils qui repoussent après l'opération est au plus d'un sur dix ; quelquefois le traitement répété amène le développement de poils nouveaux, mais non pas d'une façon indéfinie. Il ne faut instituer le traitement que sur la demande formelle des femmes résolues à se débarrasser de leur hypertrichose, en les prévenant de la longueur du traitement, de la douleur qu'il détermine, des traces cutanées possibles ; le duvet blond doit être respecté : s'il est brun, on peut le blondir. Jamais on n'emploiera les dépilatoires qui abîment la peau et transforment le duvet en poils. Les poils de la région présternale ou ceux des nævi sont facilement détruits par l'électrolyse ; de même lorsqu'il s'agit seulement de quelques gros poils du menton. Dans les autres cas, il faudra baser sa conduite sur des considérations multiples d'ordre privé, et n'intervenir qu'avec prudence après avoir exposé aux femmes atteintes d'hypertrichose les ennuis et les dangers de la méthode.

M. *Millard* a vu une femme qui a réussi à faire disparaître complètement des poils anormalement situés par l'épilation à outrance pendant des années.

M. *Brocq* croit que ce fait est exceptionnel, car le résultat presque constant de l'épilation est d'amener la reproduction de poils plus volumineux, souvent même réellement gigantesques. Dans un cas, la disparition des poils a pu être obtenue par des frictions quotidiennement répétées avec la poudre d'amidon et de talc chez une femme velue des pieds à la tête.

M. le *Secrétaire général* donne lecture d'une note sur l'*hémoglobinurie paroxystique a frigore* adressée par M. Salle, médecin-major à Médéa. — Se basant sur l'observation d'un homme atteint d'hémoglobinurie paroxystique qu'il a pu suivre pendant deux années, avec le concours de M. Hénocque, le docteur Salle admet, contrairement à M. Hayem, que l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* n'est pas le résultat d'un processus rénal, mais bien d'un processus sanguin, et que l'apparition de l'hémoglobine dans l'urine est sous la dépendance d'un trouble nerveux *occasionné* par ce processus même. En effet, le sérum est *toujours* coloré par l'hémoglobine, et M. Hénocque a pu constater que le titre de la dissolution était, chez le malade observé, de 1 pour 100 en dehors des accès et de 2 pour 100 pendant les crises. Il y a hypoglobulie, et résistance moindre des globules. Le point de départ de cette altération du sang réside dans une lésion qualitative du plasma qui entraîne l'altération qualitative et quantitative des globules. Il n'a jamais vu, chez son malade, des globules ni des tubes hyalins dans les urines des périodes de calme ; il y a polyurie constante, avec diminution de densité ; toujours on retrouve une gamme chromatique ascendante et descendante à chaque accès. La pathogénie de cette affection pourrait se résumer dans cette formule : *névrose vaso-motrice* d'origine et de nature hématopathique, ayant pour caractère d'être constante et de présenter des exacerbations paroxystiques sous l'influence de causes extérieures agissant sur la peau, telles qu'un refroidissement brusque.

M. *Hayem*, auquel cette note a été communiquée, a fait parvenir la réponse suivante : il rappelle qu'il ne rattache pas l'hémoglobinurie au seul processus rénal, mais qu'il admet, avec d'autres auteurs, l'hémoglobinurie d'origine hématique. Reste à savoir si l'hémoglobinurie *paroxystique a frigore* reconnaît cette dernière origine. Les preuves invoquées en pareil cas en faveur de l'hémoglobinhémie causale de l'action destructive du froid sur les globules, et de l'absence d'altérations rénales, sont jusqu'ici insuffi-

santes. On n'a étudié, en effet, l'état du sérum que dans un un petit nombre des observations publiées, et d'ailleurs on n'a pas toujours obtenu le même résultat. La coloration rouge du sérum a été constatée par Kuessner et par Du Cazal pendant l'accès, par Lichtheim et par M. Salle même en dehors des accès; mais Rosenbach, Fleischer et Hayem ont trouvé le sérum incolore chez leurs malades. D'ailleurs, le procédé employé pour recueillir le sang (ventouses scarifiées, ponctions aspiratrices dans une veinule) a été dans certains cas défectueux et expose à des erreurs. De nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point. D'autre part, si le refroidissement cutané paraît avoir été, le plus souvent, la cause déterminante des accès, on les a vus survenir également à la suite de la marche prolongée (Fleischer, Strübing, Dubois), d'un trouble moral ou même sans cause sensible (Kuessner, Lehsen). Ne semble-t-il pas qu'il y ait lieu de faire des réserves sur l'existence d'une telle vulnérabilité des globules rouges permettant leur dissolution en masse? Enfin, si la plupart du temps, l'urine ne renferme de l'albumine que pendant l'accès, et en quantité proportionnelle à l'hémoglobine éliminée, on a noté l'albuminurie en dehors des accès dans un certain nombre d'observations; M. Salle, lui-même, signale la polyurie et la faible densité de l'urine : ne seraient-ce pas des signes de sclérose rénale ? Pour se tirer d'embarras, certains auteurs ont admis qu'en pareil cas il ne s'agit plus de la *véritable* hémoglobinurie paroxystique *a frigore;* celle-ci relevant exclusivement de la syphilis ou de l'impaludisme et les accès étant déterminés par le froid. La clinique démontre que cette distinction subtile n'est nullement légitime. La malade de Lehsen par exemple était syphilitique, et ses accès survenaient sous l'influence des causes les plus diverses, avec ou sans frisson et fièvre, et l'albuminurie persistait fréquemment pendant deux à trois jours. Cette observation montre bien les obscurités multiples qui planent encore sur la question.

— M. *Millard* donne lecture d'une note sur un cas d'*hémoglobinurie paroxystique a frigore*. C'est le premier fait qu'il lui est donné d'observer, et il lui paraît intéressant par sa simplicité même et par l'appui qu'il apporte à la théorie rénale de MM. Hayem, Bucquoy et A. Robin. Les accès multiples, chez cette femme de trente et un ans, de constitution robuste, reconnaissent toujours pour cause le refroidissement. Plusieurs fois la crise n'a duré qu'un jour, il n'y a même eu qu'*une seule miction colorée*, et si l'on rapproche ce fait des douleurs abdomino-lombaires ressenties à ce moment par la malade, on est amené à admettre une altération passagère congestive des reins, et à regarder comme fort douteuse l'altération hémoglobinhémique de la masse du sang qui ne saurait être aussi transitoire. — Il manque, il est vrai, à cette observation l'examen du sérum sanguin et l'analyse spectroscopique de l'urine ; mais elle n'en est certes pas moins un fait clinique des plus intéressants. Il est à noter que malgré l'administration de douches froides et d'un pédiluve froid on n'a pu provoquer un nouvel accès d'hémoglobinurie. L'observation sera continuée et complétée.

— M. *A. Robin* rapporte un cas d'*hémoglobinurie paroxystique provoquée par la marche*, chez un jeune homme de seize ans, de bonne santé, sans antécédents pathologiques héréditaires. M. A. Robin a examiné les urines après une marche de quelques kilomètres ayant déterminé une crise et s'est assuré qu'elles ne renfermaient aucun globule sanguin, mais de l'hémoglobine dissoute et un dépôt brunâtre contenant des globules blancs pigmentés, des détritus organiques brunâtres et de nombreux cristaux d'acide urique. Ces urines, fortement acides, renfermaient une quantité d'albumine qui a varié de 50 centigrammes à 1 gramme par litre. Le traitement consista dans le repos, le régime lacté, la diète des uricémiques et l'acide arsénieux. La guérison paraissait obtenue, quand, au bout de plusieurs mois, une marche de 5 kilomètres dans les montagnes de Suisse, ramena un nouvel accès passager; puis une marche d'une lieue en pays plat provoqua une crise douloureuse, analogue à la colique néphrétique, et suivie de l'expulsion par l'urèthre d'une masse molle, brunâtre, composée d'un lacis fibrineux englobant de nombreux cristaux d'oxalate de chaux et d'acide urique. Les urines présentèrent, comme à chacune des autres crises, une gamme chromatique décroissante. Le traitement fut de nouveau rigoureusement institué, et le malade put bientôt faire des marches de plus en plus longues sans voir réapparaître l'hémoglobinurie. Dans une dernière expérience, l'analyse a montré que l'urine, après le repos au lit, est normale et ne contient pas de dépôt; que, après la marche dans la chambre, elle ne renferme pas d'albumine, mais beaucoup d'acide urique, et qu'il se forme un léger nuage englobant des cristaux uriques; que, après une promenade de 4 kilomètres, elle renferme des traces d'albumine, un nuage plus abondant avec globules blancs. Elle n'est d'ailleurs nullement hémoglobique. Le sang examiné pendant une crise offre une coloration normale du sérum. — Ces caractères de l'urine et du sang plaident évidemment en faveur de l'origine rénale de l'hémoglobinurie provoquée par la marche, et contredisent son point de départ hémoglobinhémique. D'autre part, l'expulsion d'une concrétion fibrineuse brunâtre incrustée de cristaux, doit attirer l'attention sur l'influence de l'hémoglobinurie pour la genèse des calculs du bassinet. En résumé : on ne connaît pas la réaction intime qui détruit les globules rouges et met en liberté l'hémoglobine; on a des raisons de croire qu'elle se passe dans le rein, sous l'influence de la fatigue provoquée par la marche, mais à la condition que la désassimilation soit préalablement augmentée. Ce serait la cause prédisposante, révélée dans le cas particulier par un excès de désassimilation azotée qu'ont rendue évidente les dosages comparatifs des chlorures, restés normaux, et des principes azotés, en excès. Sans doute la syphilis, l'impaludisme souvent invoqués à juste titre dans l'étiologie, agissent en créant un trouble nutritif, ou diverses modifications dans les échanges, capables de produire la perturbation fonctionnelle désassimilatrice qui prépare le terrain pour les causes déterminantes. Le succès du traitement basé sur ces indications (restreindre et modifier la désassimilation, écarter les causes occasionnelles) semble apporter une confirmation à ces vues pathogéniques.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Fistule du sinus maxillaire: MM. Magitot, Terrier. — Œdème aigu du larynx: M. Monod. — Plaies de l'abdomen : MM. Després, Tillaux, Marc Sée. — Salpingo-ovarite: M. Bouilly.

M. *Magitot* n'admet pas l'hydropisie du sinus. Il pense qu'il faut chercher à maintenir et non à fermer les fistules du sinus. M. *Terrier* continue à constater que la discussion roule sur des faits différents de ceux dont parle M. Quénu et dans lesquels toute sécrétion est tarie.

— M. *Monod* s'étonne que personne n'ait rattaché l'observation de M. Du Cazal à l'*œdème aigu du larynx*, œdème aigu primitif décrit par Van Swieten et nécessitant la trachéotomie.

— M. *Després* reprend la discussion sur le traitement des *plaies de l'intestin*. Il donne 7 observations personnelles, sans intervention: 2 morts rapides (estomac, intestin); 1 mort plus tardive par hématémèse (anévrysme de la coronaire stomachique); 4 guérisons. On remarquera que dans ces 4 faits 2 fois la pénétration est probable; 2 fois la pénétration semble évidente, mais la lésion intestinale n'est que probable. Le diagnostic ne se fonde guère que sur le ballonnement du ventre, les nausées, la stupeur.

M. *Tillaux*, pour sa part, ne ferait la laparotomie qu'en présence d'accidents nettement accentués. Ces laparotomies sont en effet graves, car elles sont pénibles et longues, et une perforation échappe facilement.

M. *Marc Sée*, au contraire, est assez partisan de l'intervention une fois la plaie reconnue pénétrante, ce pour quoi il n'hésite pas à recommander l'exploration au stylet.

— M. *Bouilly*, d'après six opérations personnelles, fait une communication sur la *salpingo-ovarite*. Cette affection, dans quatre de ces cas, a succédé à un accouchement. Elle peut débuter soit par des phénomènes de péritonite, soit par une apparence de phlegmon péri-utérin. Ailleurs elle est d'emblée chronique. Le fait caractéristique est avant tout l'alternance de périodes calmes et d'épisodes subaigus ou même aigus. Mais, même pendant les périodes calmes, la santé n'est pas parfaite, et, souvent condamnées à un repos au lit répété et plus ou moins prolongé, les femmes deviennent nerveuses, irritables à l'excès. Les règles sont le plus souvent pénibles et, pendant leur durée, le repos au lit est, la plupart du temps, nécessaire. Une seule fois M. Bouilly a vu le ventre distendu par une tumeur formant dans la fosse iliaque une saillie visible. A l'ordinaire on ne sent bien la poche salpingienne que par l'association du palper abdominal et du toucher vaginal; une fois même il a fallu explorer la malade sous le chloroforme quand il n'y a pas de phlegmasie péri-utérine concomitante, on sent bien, au toucher, que la tumeur est indépendante de l'utérus, assez mobile, des culs-de-sac, bien souples. Dans le vagin, la tumeur peut être à bout de doigt. Souvent on ne constate les signes physiques que d'un côté; M. Bouilly a cependant trouvé toujours les deux côtés malades. Tous ces phénomènes semblent caractéristiques; ils sont cependant sujets à erreur et deux fois M. Bouilly, croyant trouver une salpingite, a été conduit par la laparotomie sur un kyste dermoïde de l'ovaire, sur un fibrome péri-utérin.

Le vrai traitement est l'ablation, après laparotomie, de la poche purulente. Opération laborieuse, difficile, délicate, pour enlever cette poche le plus souvent adhérente aux parties voisines. Trois fois la paroi s'est rompue pendant les manœuvres; un lavage à l'eau bouillie a paré aux accidents ultérieurs. Le suintement sanguin s'arrête bien par l'irrigation d'eau chaude. Les six opérées ont guéri; une d'entre elles a présenté quelques jours après l'intervention un phlegmon stercoral, mais la fistule n'a pas tardé à se guérir spontanément. Une des malades reste un peu invalide; les autres sont absolument rendues à la vie active.

A. Broca.

Société anatomique.

SÉANCE DU 13 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

MM. *Verchère* et *Leroy* : Note sur *deux cornes du pénis* développées sur une cicatrice de phimosis.

M. *Vimont* montre la *perforation de l'œsophage* par un ganglion caséeux.

M. *Debierre* présente plusieurs pièces: 1° une *atrophie considérable du lobe sphénoïdal* avec hémiatrophie croisée du cervelet; 2° un *os surnuméraire du tarse;* 3° un os wormien représentant l'os *épactal*.

M. *Faure* fait voir un *kyste à grains riziformes*.

M. *Boulloche* apporte un *ulcère de l'estomac* ayant perforé un rameau de l'artère splénique.

M. *Pilliet* montre: 1° un *adenome d'une capsule surrénale;* 2° une *hypertrophie brightique du cœur;* 3° un *cancer de l'estomac* avec lymphangite diffuse.

M. *Damalix*. Castration pour *hématocèle vaginale*.

M. *Poirier*. *Absence bilatérale de la parotide* et du canal de Sténon.

Société de biologie.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Des rapports entre le système nerveux et la nutrition à propos de la goutte: M. Leven. — Sur les éléments épithéliaux des canalicules du corps de Wolff: M. Nicolas. — Anomalie de la veine cave inférieure et de l'azygos : MM. Carpentier et Bertaux. — Sur le muscle dilatateur de l'iris: M. Debierre. — Atrophie cérébrale sans troubles fonctionnels : M. Debierre. — Sur la rage tanacétique: M. Peyraud. — Sur les anesthésiques locaux : M. Liebreich. — Immunité de l'utérus contre les microbes après la parturition: MM. Straus et Sanchez Toledo. — Toxicité des produits de combustion du gaz d'éclairage : M. Gréhant. — Disposition générale des sacs aériens chez les oiseaux : Mlle Chauvin. — Sur la dilatation pupillaire : M. Chauveau. — Phénomènes consécutifs à l'excitation des régions dites psycho-motrices : M. Brown-Séquard.

M. *Leven*, continuant l'exposition de ses idées sur les rapports qui existent entre l'état du système nerveux et l'état de la nutrition, considère la goutte à ce point de vue. Ce n'est pas le jour où une crise de goutte se déclare que la maladie commence; celle-ci se rattache à un état général du système nerveux; la crise n'est qu'un accident de la névrose, et l'acide urique constaté en excès ne résulte que de l'altération du sang que détermine à certains moments la maladie. Le trouble chimique ne constitue pas la maladie, il est une conséquence de la maladie. Ainsi chez des malades dont il a réussi à calmer le système nerveux, M. Leven a vu les crises de goutte disparaître et l'affection elle-même rétrocéder.

— M. *Gley* présente une note de M. *Nicolas* (de Nancy) sur la morphologie des éléments épithéliaux des canalicules du corps de Wolff. M. Nicolas a observé, d'une part, dans la portion de ces canalicules que l'on regarde comme sécrétante, des formations analogues à celles qui sont décrites sous le nom de *bordures en brosse* et qui se produisent dans les cellules des tubes contournés du rein définitif, dans des cas de néphrites parenchymateuses ou interstitielles; et, d'autre part, dans les deux portions, excrétante et sécrétante, des canalicules wolffiens, l'apparition dans le protoplasma cellulaire d'une substance claire, hyaline, qui s'accumule peu à peu à l'intérieur de la cellule et finit par tomber dans la lumière du tube, comme fait le mucus dans une cellule caliciforme. M. Nicolas a constaté ces faits chez tous les embryons qu'il a examinés. Quant à leur signification, elle reste à discuter.

— M. *Debierre* présente une note de MM. *Carpentier* et *Bertaux* (de Lille) relative à une anomalie de la veine cave inférieure et de l'azygos observée sur un homme de vingt-quatre ans. La veine cave inférieure n'existait pas; elle était remplacée par une azygos très développée, qui allait se jeter, comme à l'ordinaire, dans la veine cave supérieure.

— M. *Debierre* montre plusieurs coupes du globe de l'œil destinées à faire voir s'il existe réellement un muscle dilatateur de l'iris. Ces coupes prouvent qu'un tel muscle

n'existe pas, ainsi d'ailleurs que M. Retterer l'a dernièrement démontré par ses recherches histologiques communiquées à la Société même. Les fibres musculaires lisses qui occupent près des deux tiers de l'étendue du muscle irien ne constituent qu'un sphincter. Quant aux fibres radiées, décrites comme musculaires, ce sont en réalité des fibres de tissu conjonctif. Il n'y a donc dans l'iris qu'un muscle circulaire.

— M. *Debierre* décrit le cerveau d'une femme de soixante-quatre ans, remarquable par une atrophie considérable de l'hémisphère droit; de ce côté, le lobe sphénoïdal n'existe pas, le ventricule latéral est pour ainsi dire sous l'œil, séparé seulement de l'extérieur par la pie-mère. Du côté gauche, c'est le cervelet qui est surtout atrophié; cependant de ce côté le lobe frontal de l'hémisphère cérébral a subi une forte dépression. Or, malgré cette altération que M. Debierre croit congénitale, pendant toute la durée de sa vie, cette femme n'a présenté aucun trouble moteur et possédait toutes ses facultés intellectuelles.

— M. *Peyraud* rappelle ses anciennes recherches sur la production d'accidents de tous points semblables à la rage par l'essence de tanaisie. Il avait également constaté que l'administration préventive du chloral empêche le développement de ces accidents. Etant donnés les résultats des travaux de M. Pasteur sur la rage, et, d'autre part, ceux de ses propres recherches sur la rage tanacétique, il pensa que le poison rabique doit être une substance d'une constitution clinique analogue à celle de l'essence de tanaisie. Il eut alors l'idée de faire de cette dernière substance, donnée à certaines doses, un vaccin, purement chimique par conséquent, contre la rage, et les expériences qu'il a entreprises sur le lapin pour vérifier cette hypothèse ont eu, d'après lui, un plein succès.

— M. *Liebreich* (de Berlin), qui assiste à la séance, lit un travail sur les anesthésiques locaux. M. Liebreich, en déterminant toujours de la même manière l'état de la sensibilité à la douleur sur le lapin, a trouvé une cinquantaine de substances variées (sels divers, corps de la série aromatique, alcaloïdes, etc., tels que chlorhydrate d'ammoniaque, sels de fer, hydroquinone, résorcine, digitaline, cocaïne, etc., etc.), susceptibles de produire de l'anesthésie, à l'endroit même où on les injecte sous la peau. Toutes ces expériences ont permis à leur auteur de distinguer les substances qui suppriment la sensibilité à la douleur de celles qui n'agissent que sur la sensibilité et ne modifient en rien l'élément douleur ; les premières détermineraient en même temps de la vaso-constriction; les autres, au contraire, amènent la vaso-dilatation. De plus, les résultats observés sur les animaux par certaines substances ne peuvent pas toujours être appliqués à l'homme.

— M. *Straus* a entrepris avec M. *Sanchez Toledo* des recherches bactériologiques sur l'état de l'utérus après la parturition. Ces recherches ont été faites sur des femelles de lapin, de cobaye, de rat, de souris, sacrifiées à des intervalles de temps variables depuis le moment de la mise bas. Or ils n'ont trouvé dans aucun cas de microbes dans l'intérieur de la cavité utérine ; par conséquent, les nombreux microbes qui existent dans le vagin ne pénètrent pas dans l'utérus ou, s'ils y pénètrent, sont détruits.

Dans une autre série d'expériences, MM. Straus et Sanchez Toledo ont injecté dans l'utérus de femelles d'espèces variées, après la parturition, de grandes quantités de cultures pures de microbes pathogènes; ces animaux restèrent indemnes, alors que des animaux témoins, inoculés sous la peau avec les mêmes liquides, mouraient tous. Ces résultats sont des plus intéressants, alors que l'on connaît la grande vulnérabilité de l'utérus de la femme.

— M. *Gréhant* a recherché quelle pouvait être l'influence des produits de combustion du gaz de l'éclairage sur la composition du sang. Il décrit le procédé qu'il a employé pour faire respirer ces produits à des chiens. D'une façon générale, au bout de quelque temps, le sang se trouve en état d'anoxhémie. Ainsi, dans un cas, la quantité d'oxygène, qui était dans le sang artériel de 17,9, est tombée, après vingt-trois minutes, à 12,6. Dans un autre cas, après une heure, le chiffre d'oxygène est tombé de 26 à 17,2. En même temps la proportion d'acide carbonique augmente un peu. On voit par là que la respiration dans un milieu où brûlent plusieurs becs de gaz peut n'être pas sans danger.

— M. *Beauregard* présente une note de M[lle] *Chauvin* sur la communication qui existe entre les sacs aériens cervicaux et ceux du crâne chez les oiseaux. L'auteur a pu démontrer d'une manière générale ce fait important pour l'anatomie des oiseaux.

— M. *Chauveau* communique les résultats d'expériences qu'il a faites il y a déjà longtemps dans le but de savoir s'il existe réellement un muscle dilatateur de l'iris. Il s'était dit que, s'il existe un tel muscle, comme il est animé par le sympathique cervical, les excitations qui le mettent en jeu, suivant un chemin beaucoup plus long que celles qui agissent sur les fibres circulaires de l'iris, doivent produire leur effet (la dilatation pupillaire) beaucoup plus tardivement. Or l'expérience montre qu'il n'en est rien. Le sphincter de l'iris se contracte environ une demi-seconde après l'excitation. Il faut exactement le même temps pour que commence la dilatation. Celle-ci ne consiste donc pas en un phénomène véritablement actif; elle résulte du relâchement du sphincter. M. Chauveau décrit ensuite la méthode qu'il a imaginée pour ces expériences.

— M. *Brown-Séquard* rapporte en les commentant certains faits d'inhibition et de dynamogénie cérébrales en alternance. Ainsi il a vu plusieurs fois chez le chien que les régions du cerveau dites psycho-motrices étant complètement inexcitables, même pour de très fortes excitations électriques, si l'on détachait l'animal, il possédait néanmoins la parfaite liberté de tous ses mouvements, malgré cette inexcitabilité de ses centres moteurs. Il a vu aussi chez des animaux dans cet état survenir, après une série d'excitations inefficaces des régions motrices, sous l'influence d'une nouvelle excitation, l'attaque d'épilepsie la plus violente que l'on puisse observer.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de la migraine par les acides, par M. HAIG. — C'est à un excès d'acide urique dans le sang que cet observateur attribue l'accès de migraine et c'est pour le diminuer qu'il fait fond sur les propriétés diurétiques des acides minéraux. La condition du succès de ce traitement dépend surtout, à son avis, de la dose d'acide qui est prescrite, de sorte qu'il fixe cette dose à 3 ou 4 centimètres cubes d'eau régale médicinale en dissolution dans une grande verrée d'eau; le malade ingère cette solution en deux prises à trente ou quarante minutes d'intervalle.

Une heure ou une heure et demie plus tard les symptômes migraineux disparaissent; si l'urine conserve son alcalinité, on doit administrer une nouvelle dose d'un tiers du même médicament ou bien une quantité équivalente d'acide citrique sous forme de limonade.

Cette médication doit avoir le régime diététique pour auxiliaire et M. Haig insiste sur l'abstention des viandes rouges, du vin et de la bière. Sur ce point l'observateur anglais partage d'ailleurs l'opinion de tout le monde, mais, considération

plus originale, déclare que le traitement de la migraine par les acides est une médication d'épreuves. Échoue-t-elle? C'est que la migraine relève d'une autre cause que l'excès d'acide urique.

Il déclare enfin qu'un certain nombre de médicaments dont on fait usage dans le traitement de cette affection, doivent leur efficacité à l'augmentation de l'élimination de l'acide urique par les urines ou bien à une diminution dans sa production. Ainsi s'expliquerait, ajoute-t-il, l'action relative des bromures sur les centres nerveux, trop vivement stimulés par le sang chargé de cet acide.

La médication par ces acides possède une action inverse et au lieu de combattre l'excitation des centres nerveux, modifie les qualités du sang sans agir sur ces centres. (*Brit. med. Journal*, janvier 1888, n° 73.)

De la compression des nerfs dans la thérapeutique des maladies nerveuses, par M. Anders Wide. — Cette méthode employée par Long peut rendre des services contre d'autres affections que les névroses. Le premier cas que rapporte l'auteur est celui d'une femme de vingt ans, atteinte d'un tremblement des muscles supinateurs et pronateurs du bras se traduisant par plus de deux cents oscillations à la minute. On avait inutilement essayé l'électrothérapie et d'autres médications quand on pratiqua la compression du nerf radial et du nerf médian à la partie moyenne de l'humérus, d'abord avec les doigts, puis avec le tourniquet, pendant des séances de deux à quatre heures pour en augmenter successivement la durée jusqu'à huit et dix heures. En onze jours la guérison fut définitivement obtenue.

Le second cas est celui d'un malade en puissance d'un spasme des muscles innervés par le spinal accessoire. La compression au moyen d'un bandage en huit de chiffre appliqué sur les épaules procura aussi la disparition des accidents.

Il proposa encore de pratiquer la compression nerveuse dans les cas d'ataxie locomotrice et de l'appliquer sur les nerfs de la tête ou du tronc et même sur le trajet du grand sympathique. Dans les affections gastriques, il espère aussi obtenir de bons résultats de la compression du plexus cœliaque. Enfin, M. Anders Wide termine ce mémoire en faisant connaître les différents points au niveau desquels il est possible d'exercer avantageusement une pression sur les cordons nerveux. (*Nordisk. medic. Arkiv.*, 10 novembre 1887.)

Sur l'action anti-tuberculeuse de l'iodoforme, par M. Bruns (de Tubingue). — Ce travail est la reproduction d'une communication faite au Congrès de Berlin en avril 1887. Certains auteurs refusent à l'iodoforme toute valeur antituberculeuse. Pour d'autres, pour Kœnig par exemple, elle est indirecte : l'iodoforme est efficace en ce que, après ablation de tout le tubercule, il favorise la réunion immédiate et par conséquent diminue les chances de récidive. Cette opinion est difficile à soutenir en présence des résultats fournis par l'injection iodoformée (Bruns emploie la glycérine iodoformée) dans les abcès froids. M. Bruns a fait cinquante-quatre fois cette opération : quarante au moins des malades ont guéri, quoique la plupart fussent sûrement tuberculeux, que beaucoup fussent très étendus et qu'il y eût parmi eux plusieurs abcès par congestion d'origine vertébrale. Parfois il suffit d'une seule injection : en général il en faut deux ou trois ; il se fait souvent une fistule, ce qui n'a aucune importance. Ces succès ne peuvent s'expliquer que par une action antituberculeuse spéciale de l'iodoforme. Et certes il ne saurait s'agir de cautérisation ; pas davantage de chute de la membrane tuberculeuse par une inflammation intense. Pour se rendre compte du processus, Bruns a extirpé tout ou partie de la poche tuberculeuse, un temps variable après l'injection et Namverek a étudié ainsi le processus histologique. Les bacilles, nombreux dans les parois non modifiées par l'iodoforme, ont ici constamment disparu : les tubercules sont pénétrés d'une infiltration cellulaire qui les détruit et il y a prolifération intense des éléments conjonctifs qui peu à peu se rétractent, d'où oblitération de la poche. Donc, l'action antituberculeuse de l'iodoforme est une action spécifique, antibacillaire. (*Ueber die antituberkulöse Workung der Iodoform.* in *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 189.)

Travaux à consulter.

Du traitement de la constipation par l'électricité et par le massage, par M. Leubuscher. — Dans les expériences de l'auteur, le courant électrique était établi en plaçant le katode dans le rectum et l'anode sur le trajet du côlon. Le courant galvanique provoquait les selles dans l'espace d'une heure et demie ; le courant faradique après deux ou trois heures. Dans une série de quinze malades, la constipation résista chez deux d'entre eux, disparut temporairement chez neuf et définitivement chez quatre.

Il recommande aussi le massage prolongé avec le talon de la main, promené sur l'abdomen en allant de l'ombilic vers les régions inférieures ou bien parallèlement au gros intestin en prenant le cæcum pour point de départ. Dans dix cas, il a obtenu une amélioration ou la guérison. Le massage est indiqué s'il existe de la parésie intestinale ou du relâchement des muscles abdominaux et en particulier chez les malades en puissance d'affections cardiaques, pulmonaires ou intestinales chroniques.

Il préfère l'électrothérapie chez les aliénés et les névropathes. Enfin elle serait indiquée, dans les affections cérébrales ou médullaires, quand les purgatifs provoquent des selles très consistantes, car elle aurait pour effet de les rendre plus molles. (*Centralblat. f. klin. Med.*, 1887, n° 25.)

De l'action de l'antipyrine sur les centres thermiques de l'encéphale, par M. H. Girard. — Ces expériences ont pour fondement les phénomènes d'élévation thermiques causés par une blessure du corps strié des animaux à sang chaud. M. Girard opérait sur le lapin. Quelques minutes après une blessure, du corps strié, ayant produit une élévation thermique, il injectait sous la peau une dose de 75 centigrammes à 1 gramme d'antipyrine et la température qui s'était élevée jusqu'à 40°,9, descendait alors à 39°,7. Réciproquement l'administration préalable de l'antipyrine empêchait une telle élévation thermique de se manifester.

Ces expériences établissent l'action de l'antipyrine sur les centres nerveux et permettent d'attribuer à leur inhibition les phénomènes de dénutrition que l'on observe consécutivement à son administration. A ces divers points de vue on peut donc considérer cette substance comme un agent nervin. (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 15 novembre 1887.)

Du calomel comme diurétique, par M. Biro. — Employé dans neuf cas de cardiopathie, deux d'emphysème, trois d'épanchements pleurétiques ou de néphrite, quatre de maladies du foie ou de l'intestin, ce médicament a produit des effets diurétiques. Ces derniers étaient plus manifestes dans les cas de cardiopathies. La diurèse débutait du troisième au quatrième jour et allait en augmentant jusqu'au cinquième ou au sixième jour, pour diminuer ensuite graduellement. Cette augmentation était en rapport avec le volume de l'hydropisie plutôt qu'avec les doses.

Ces succès ont été observés dans les cas de cardiopathie, mais ils ont été moins heureux chez les malades atteints d'autres affections. Toutefois, l'auteur a vu la diurèse augmenter rapidement sous son influence dans un cas d'emphysème.

Dans tous les cas il se produisit de la stomatite et de la diarrhée contre laquelle il administrait l'opium. Au reste le calomel était mélangé avec la poudre de jalap et administré à raison de 20 centigrammes par jour. (*Pest. med. chir. Presse*, 1887, n° 10.)

Recherches sur l'emploi du salol, par M. Feilchenfeld. — Cet observateur a prescrit le salol contre le catarrhe vésical et les pyélites et on a obtenu de bons effets. L'urine devenait alcaline, la quantité de pus diminuait et la diurèse augmentait. Les accidents causés par l'acide phénique ont été constatés dans quelques cas, mais ils étaient passagers et disparaissaient dès qu'on cessait l'administration du salol. Toutefois on dut suspendre celle-ci dans plusieurs cas où le salol exagérait les besoins de miction.

Employé à l'extérieur comme topique des ulcères, le salol a procuré leur guérison. M. Feilchenfeld mentionne entre autres observations celle d'une ulcération rebelle consécutive à un bubon. (*Therap. Monatsh.*, p. 445, 1887.)

De l'action de la paraldéhyde sur le sang, par M. E. Fröhner. — Les expériences de cet observateur ont pour objet de démontrer que l'emploi thérapeutique de cette substance n'est pas exempt d'inconvénients. Il en a fait l'essai sur le chien et le cheval et constaté que des doses même peu élevées augmentent la méthémoglobine et produisent la méthémoglobinurie.

Pour interpréter ce phénomène physiologique, E. Fröhner fait remarquer l'instabilité des aldéhydes qui s'oxydent à l'air et réduisent les sels métalliques en solution ; par exemple, la liqueur de Fehling ou la solution de nitrate d'argent ammoniacal. Le sang posséderait cette action réductrice, de sorte que chez le chien surtout, il se produirait de l'anémie et des altérations de la forme des globules rouges. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1887, n° 37.)

De l'emploi de la lanoline comme véhicule de l'onguent napolitain dans le traitement des accidents secondaires, par M. G. Cheminade. — Le procédé d'administration du mercure que recommande l'auteur est emprunté aux pratiques de l'école allemande et consiste en frictions avec une pommade composée de 10 grammes de lanoline pour 20 grammes d'onguent napolitain. Ces frictions sont répétées deux fois par jour sur les parties qui sont le siège de manifestations cutanées de la syphilis.

En même temps on administre à l'intérieur la liqueur de Van Swieten, de sorte que dans ce traitement les bénéfices que M. Cheminade signale, n'appartiennent pas entièrement au traitement externe. (*Gazette des sciences méd. de Bordeaux*, 15 janvier 1887.)

Un accident consécutif a une injection hypodermique d'ergotine, par M. C. Cochrane. — A la suite d'une injection de 75 centigrammes d'ergotine sous la peau d'une femme atteinte d'une hémoptysie rebelle, on observait une syncope violente qui s'atténua ainsi. L'action de l'ergotine sur l'hémorrhagie n'en fut pas moins efficace.

L'injection avait été pratiquée sous la peau du thorax et l'auteur se demande s'il faut attribuer l'accident à la douleur ou au médicament. Cependant il admet plutôt la première de ces causes et rappelle deux cas dans lesquels la simple introduction de l'aiguille dans les tissus sous-cutanés provoqua une mort subite. On a observé des faits semblables quand les individus étaient névropathes, débiles, ou dans la station debout. (*The Lancet*, 21 janvier 1888.)

Du mécanisme physiologique de l'action de l'atropine et de la cocaïne sur l'œil, par M. H. Holtzke. — Dans ce mémoire, l'auteur discute le mode d'action suivant lequel l'atropine produit la mydriase. Elle agirait, écrit-il, sur les terminaisons du nerf moteur oculaire qu'elle paralyserait. Par contre elle serait un irritant de l'innervation du sympathique.

D'autre part la cocaïne provoque aussi l'irritation de ces mêmes filets nerveux, de sorte que l'action de ces deux substances ne concorde pas. Néanmoins l'étude physiologique de leurs propriétés justifie leur emploi simultané pour obtenir la mydriase au plus haut degré. (*Centralb. f. Augenh.*, 1888, p. 129.)

Des accidents causés par la cocaïne, par M. Ricci. — Il y a quelque temps M. Dujardin-Beaumetz recommandait d'employer avec prudence les injections hypodermiques de cocaïne, car elles peuvent provoquer la syncope. Depuis, M. Ricci a observé des symptômes d'empoisonnement après une injection de cocaïne sous la peau de la cuisse. La dose était excessive, elle s'élevait à 1 gramme et fut suivie, dans l'espace de quelques minutes, par de l'excitation, des mouvements choréiformes, l'accélération du pouls et du rythme respiratoire et enfin la dilatation pupillaire. On traita ces accidents par l'administration du laudanum, mais ils ne diminuèrent qu'après trois jours seulement.

Le quatrième jour, ils se reproduisirent à nouveau, mais plus faiblement. L'excitabilité nerveuse persista pendant longtemps. Ce fait confirme donc le cas d'empoisonnement de Kolomini par une dose presque égale de cocaïne. (*Deut. med. Woch.*, 13 décembre 1887.)

La litoléine et son emploi en dermatologie, par M. Noel. — Ce produit analogue à la vaseline a sur elle l'avantage d'être à la fois inaltérable et antiseptique. Elle n'est pas saponifiable, possède une réaction neutre et n'exhale ni odeur, ni saveur.

En raison de ces propriétés physiques et de sa puissance parasiticide et antiseptique, elle peut rendre des services dans la thérapeutique des dermatoses et en particulier des eczémas. M. Noel l'a de plus employée contre l'herpès, la gale, l'acné, le lichen, le prurigo, le psoriasis et le pityriasis. Toutefois, dans les formes aiguës de la première de ces affections, il semble utile de la mélanger avec la vaseline dans le rapport de 20 à 30 pour 100. La surface malade étant détergée par l'eau chaude, on pratique l'application de la litoléine, en ayant soin d'en imprégner avec soin toutes les parties. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 janvier 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale (1886-1887), par M. le professeur Jaccoud.

Le dernier volume de clinique médicale publié par M. le professeur Jaccoud est conçu sur le même plan que ses devanciers : recherches anatomo-pathologiques, travaux de laboratoire, étude clinique proprement dite, y tiennent une égale place : les théories en sont bannies, les faits y sont exposés et contrôlés avec précision et avec vigueur.

Parmi les dix-neuf leçons qui sont contenues dans ce volume, certaines ont un véritable intérêt d'actualité. Ainsi dans la quinzième leçon, M. Jaccoud nous montre toutes les difficultés qui peuvent entourer le diagnostic du cancer stomacal ; il a été des premiers à s'occuper de cette question, il discute la valeur des signes qui ont été récemment proposés, il reconnaît toute l'importance qui s'attache à l'absence de l'acide chlorhydrique libre, mais il a bien soin d'ajouter : « Ce n'est pas le simple fait de l'absence de l'acide chlorhydrique qui est la caractéristique du cancer, c'est seulement la persistance du phénomène qui prend cette signification. »

M. le professeur Jaccoud qui, à diverses reprises, a fait une étude approfondie de l'infection typhoïde, revient dans la douzième leçon de ce volume sur une forme qu'il avait autrefois nommée hyperthermique. Ici l'hyperthermie est *précoce*. Dès le début de la maladie, contrairement à l'usage, la température atteint et dépasse 40 ou 41 degrés et les rémissions matinales sont insignifiantes. Que les symptômes ataxo-adynamiques soient ou ne soient pas do-

minants, cette forme par sa précocité hyperthermique est du plus mauvais augure; elle est habituellement accompagnée de dysphagie (dysphagie paralytique), de défaillance du cœur, d'altération du sang, d'insuffisance de la dépuration urinaire; aussi, dit l'auteur, « malgré le discrédit dans lequel est tombée une dénomination longtemps classique, je n'hésiterais pas à lui appliquer l'épithète de maligne ».

Je signale tout particulièrement la sixième leçon. Elle est consacrée à l'étude des adénopathies dans le cancer abdominal. La lecture de ce chapitre est à tous égards intéressante et instructive. Chez un malade atteint de carcinome de l'un des viscères de l'abdomen, on peut voir survenir des adénopathies cervicales, sus-claviculaires et surtout inguinales; c'est là un signe précieux trop souvent négligé ou méconnu. C'est par la recherche des ganglions de l'aine que M. Jaccoud est arrivé chez les deux malades qui font l'objet de cette étude, à diagnostiquer le cancer, alors que les autres symptômes étaient tout à fait insuffisants. « Je maintiens donc l'importance prépondérante de l'altération des ganglions inguinaux comme signe de cancer abdominal, qu'il s'agisse d'ailleurs de l'estomac ou de tout autre viscère. »

L'infection palustre, les microbes de cette infection, la transmissibilité expérimentale de la malaria sont autant de questions soigneusement étudiées.

Au sujet d'un malade atteint de tuberculose pneumonique, l'auteur insiste sur les bons effets qu'il a obtenus de la médication par l'acide salicylique. Déjà dans ses leçons sur la phthisie il avait donné tous les détails du traitement qu'il établit en pareille occurrence. Plusieurs fois j'ai pu vérifier l'efficacité de ce traitement, m'en rapportant exactement aux indications et aux prescriptions si nettement formulées par M. Jaccoud : la tuberculose pneumonique devant être traitée comme une maladie infectieuse; l'alcool et le quinquina, les antifébriles et principalement l'acide salicylique, voilà les moyens fondamentaux du traitement.

Le coma diabétique, cette terrible complication du diabète, n'est pas suffisamment connu, elle est loin cependant d'être rare, puisque Frerichs dans son ouvrage sur le diabète en 1884 en rapporte deux cent cinquante cas mortels. M. Jaccoud consacre deux leçons à ce coma diabétique; il en décrit trois formes qu'il qualifie de forme gastro-intestinale, vertigineuse et cardiaque, le coma étant l'aboutissant terminal. La partie anatomo-pathologique est étudiée avec soin. Une leçon entière est consacrée à l'étude encore obscure et complexe de la pathogénie et ici nous retrouvons l'auteur, avec cette érudition, cette méthode, cette clarté, qu'écrivain ou professeur il apporte avec une incontestable supériorité dans toutes les questions litigieuses ou difficiles.

Dieulafoy.

Étude expérimentale de l'action de quelques agents chimiques sur le développement du bacille de la tuberculose, par M. le docteur P. Villemin. — Paris, G. Steinheil, 1888.

« Il y avait plus de quinze ans que la virulence de la tuberculose était démontrée lorsqu'une technique spéciale de coloration permit à Koch de voir que cette maladie était due à un organisme unicellulaire, à un infiniment petit. Il y avait plus de quinze ans que l'expérimentation avait fait voir que ni l'âge, ni les variations atmosphériques, ni la putréfaction, ni la dessiccation n'arrivaient à éteindre la virulence des crachats et des tissus tuberculeux. » C'est par ces mots que débute la thèse inaugurale de M. le docteur P. Villemin. Ce que n'a point voulu laisser dire explicitement à son fils notre cher et savant maître du Val-de-Grâce, ce qu'il convient cependant de rappeler toujours et de proclamer bien haut, c'est que cette découverte si féconde en résultats utiles est due tout entière et sans contestation aucune au professeur Villemin. Lorsque, le 5 décembre 1865, il venait devant l'Académie de médecine, communiquer le résultat de ses premières expériences, on hésitait à admettre leur exactitude. La phthisie, maladie constitutionnelle héréditaire, due à la misère physiologique, n'était-elle pas tout le contraire d'une affection virulente, inoculable et transmissible? On n'a pas oublié la brillante discussion qui, deux années plus tard, vint ouvrir les yeux des plus incrédules et, malgré les réticences et les arguties de quelques-uns, montrer la parfaite rigueur avec laquelle avaient été conduites les expériences de M. Villemin. Et lorsque en 1868 parut le livre magistral qui prouvait non seulement la réalité de la découverte qui venait révolutionner la science, mais encore et surtout la filiation des idées théoriques et cliniques qui avaient dirigé le savant expérimentateur, chacun se mit à l'étude pour rechercher quelles conséquences il fallait tirer de cette nouvelle conception de la maladie.

Aujourd'hui, après plus de vingt années, on connaît bien l'agent infectieux dont le professeur Villemin avait présenté l'existence. On l'isole, on le cultive et l'on peut, comme le fait M. Villemin fils, chercher quels sont les agents susceptibles d'entraver son développement. La méthode adoptée dans ce but par notre confrère est aussi simple que rigoureuse. On en trouvera l'exposé précis et détaillé dans l'un des chapitres de son travail. Contentons-nous d'en donner les résultats. Un grand nombre de substances manifestement antiseptiques ont été reconnues à peu près inefficaces alors qu'il s'agissait d'entraver la culture du bacille tuberculeux. Tels sont l'acide salicylique, le benzoate de soude, le chloral, etc. D'autres n'ont eu pour effet que de rendre plus lent le développement des colonies bacillaires; ainsi l'arséniate de soude, l'eucalyptol et l'essence d'eucalyptus, le sulfite de soude, le terpinol, etc. Dans une troisième catégorie on peut ranger certains agents qui retardent très notablement le développement du bacille; citons la créosote, l'acide borique, l'hyposulfite de soude, l'iodoforme, le salol, etc. Enfin il est un petit nombre de substances qui stérilisent complètement le milieu. Ce sont l'acide hydrofluosilicique, l'ammoniaque, les fluosilicates de fer ou de potasse, le polysulfure de potassium, le silicate de soude. Il convient de faire remarquer que, pour divers motifs, un certain nombre d'agents tels que le tanin, l'acide lactique, l'acide phénique, le camphre, le naphtol, le salicylate de soude, etc., n'ont pu être étudiés. Mais il n'en est pas moins utile d'avoir dès à présent classé par ordre d'efficacité antiseptique un si grand nombre d'agents que la thérapeutique se propose chaque jour d'utiliser pour combattre la tuberculose. A ce point de vue la thèse de M. P. Villemin devra être consultée par tous ceux qui voudront, sans se laisser abuser par des résultats approximatifs, lutter avec quelque chance d'arrêter localement la prolifération tuberculeuse. Comme le fait remarquer avec raison notre confrère, les ulcérations pulmonaires que l'on observe dans le cours de la phthisie ne sont pas exclusivement dues à l'action destructive du bacille tuberculeux. Beaucoup plus fréquemment, elles sont entretenues, aggravées, prolongées, grâce au développement incessant des microzoaires de toute espèce qui y trouvent un terrain de culture approprié à leur développement. Plusieurs agents thérapeutiques, inefficaces alors qu'il s'agit de lutter contre le bacille tuberculeux, peuvent entraver la prolifération de ses auxiliaires. Reconnaissons aussi que la thérapeutique pathogénique n'est point et ne sera jamais la seule utile en pareille occurrence, ce qui n'enlève rien d'ailleurs à l'importance et à l'utilité des recherches de physiologie pathologique du genre de celles que nous signalons aujourd'hui. Bien au contraire ces études aussi précises que concluantes seront à rappeler toutes les fois que l'on voudra étudier

scientifiquement la thérapeutique de la phthisie pulmonaire. Et le nom de M. P. Villemin restera attaché à ces études si difficiles et partant si méritoires.

L. L.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Il vient d'être institué, par un décret dont on trouvera ci-dessous les dispositions principales, un Conseil supérieur de l'Assistance publique auprès de la direction de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance au Ministère de l'intérieur. Ce Conseil, qui comprend un grand nombre de personnes qui se sont occupées depuis longtemps des questions d'assistance, aussi bien à Paris qu'en province, est appelé à élucider toutes les questions qui intéressent l'organisation, le fonctionnement et le développement des différents modes et services d'assistance. Sa composition, le libéralisme éclairé qui a présidé à sa formation, nous sont de sûrs garants des services qu'il ne tardera pas à rendre, aussi bien au point de vue de l'organisation, depuis si longtemps en suspens, de l'assistance médicale dans les campagnes que de la répartition administrative des secours aux malades indigents, aux infirmes et de la création des services de médecine publique.

Le Ministre de l'intérieur a fait signer au président de la République, le 14 avril, un décret portant création d'un Conseil supérieur de l'Assistance publique. Ce Conseil, dans lequel se trouvent réunis tous les éléments de savoir et d'expérience, est chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui intéressent l'organisme, le fonctionnement et le développement des différents modes et services d'assistance. Il aura deux sessions générales annuelles. Les membres pourront être répartis en plusieurs sections se réunissant à intervalles plus rapprochés.

Font partie de ce Conseil comme membres de droit: les directeurs de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance, de l'administration départementale et communale, de l'administration pénitentiaire, des affaires civiles et de l'enseignement primaire; le doyen de la Faculté de médecine, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, les présidents des Conseils supérieurs de santé des armées et de la marine, le vice-président du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris;

Comme membres ordinaires: MM. Léon Béquet, conseiller d'État; les docteurs Blatin, Bourneville, députés; Brueyre, ancien chef de division à la préfecture de la Seine; Caubet, directeur de l'École de médecine de Toulouse; le docteur Cazelles, conseiller d'État; Chamberland, député; Chautemps, conseiller municipal de Paris; de Crisenoy, ancien directeur de l'administration départementale et communale; Cros-Mayrevieille, administrateur des hospices de Narbonne; le docteur Dreyfus-Brisac, médecin des hôpitaux de Paris; le docteur Gailleton, maire de Lyon; Gaufrès, conseiller municipal de Paris; Gerville-Réache, député; le docteur Gibert, fondateur du dispensaire d'enfants du Havre; Hendlé, préfet de la Seine-Inférieure; le docteur Henri Hurot, maire de Reims; Labiche, sénateur; le docteur Labrousse, Sigismond Lacroix, René Laffon, députés; le docteur Lardier, de Rambervillers (Vosges); Lebon, maire de Rouen; le docteur Magnan, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne; Mamoy, directeur de l'assistance par le travail; Marbeau, président de la Société des crèches; le docteur Marjolin, membre de l'Académie de médecine; Martin Nadaud, député; Georges Martin, sénateur; le docteur A.-J. Martin, secrétaire général-adjoint de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle; le docteur Millard, médecin des hôpitaux de Paris; le docteur Mireur, adjoint au maire de Marseille; Naquet, sénateur; Normand, maire de Nantes; Frédéric Passy, Pichon, Benjamin Raspail, députés; le docteur Rochard, membre de l'Académie de médecine; Théophile Roussel, sénateur; Sabron, vice-président de la Commission administrative des hôpitaux et hospices de Lyon; Jules Siegfried, député; Jules Simon, sénateur; le docteur Thulié, ancien président du Conseil municipal de Paris; Tolain, sénateur; Émile Trélat, directeur de l'École spéciale d'architecture; le docteur Ulysse Trélat, membre de l'Académie de médecine; Warin, vice-président de la Cmomission administrative des hospices de Lille.

Concours du bureau central. — Les candidats à ce concours qui doit s'ouvrir le 30 avril sont MM. les docteurs Morel-Lavallée, Lebreton, Gallois, Giraudeau, Poupon, Delpeuch, Barthélemy, Gilbert, Richardière, Duplaix, Petit, Variot, Netter, Marfan, Marie, Béclère, Roger, Bourdel, Capitan, Hirtz, Robert, Faucher, Robin, Ribail, Lannois, Martinet, Gilles de la Tourette, Liandier, Gauchas, Havage, Galliard, Bourcy, Duflocq, Durand-Fardel, Chéron, Œttinger, Siredey, Deschamps, Dreyfous, Mathieu, Dalché, Decaisne, Le Gendre, Florand, Queyrat, Feulard, Babinski, Sapelier, Leroux, Chouppe, De Gennes, Leduc, Thibierge, Thoinot, Charrin, Béringier, Ménétrier, Barbillion, Carron de la Carrière, Bruchet, Girode, Dubief, Cayla, Achard.

Les membres du jury sont MM. les docteurs Chauffard, Du Castel, Hanot, Guibout, Ollivier, Gingeot et Terrillon.

Corps de santé militaire. — M. le médecin-inspecteur Perrin, directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaire, membre du comité consultatif de santé, est placé, à dater du 13 avril 1888, dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs de l'armée.

M. le médecin-inspecteur Gaujot, membre du comité consultatif de santé, est nommé directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

M. le médecin principal de 1re classe Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la guerre, est promu au grade de médecin inspecteur.

Corps de santé de la marine. — Ont été nommés : *Au grade de médecin en chef.* M. Jobard, médecin principal.

Au grade de médecin principal. MM. les médecins de première classe : 2e tour (choix). Bestion. 1er tour (ancienneté). Orhond.

Au grade de médecin de première classe. MM. les médecins de 2e classe : 3e tour (choix). Colle. 1er tour (ancienneté). Libouroux. 2e tour (ancienneté). Amouretti. 3e tour (choix). Gouzien. 1er tour (ancienneté). Thamin. 2e tour (ancienneté). Tréguier. 3e tour (choix). Chassériaud. 1er tour (ancienneté). Bourguignon.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 27 avril). — *Ordre du jour :* M. d'Heilly: Tubage du larynx. — M. Bucquoy: Présentation de pièces anatomiques (anévrysme de l'artère crurale chez une jeune femme, consécutif à une endocardite végétante latente). — Traitement par la méthode de Baccelli (introduction d'un ressort de montre dans la poche anévrysmale). — Aphasie avec hémiplégie droite par embolie de l'artère sylvienne. — M. Renault: Présentation de malade (hémiathétose).

Mortalité a Paris (14e semaine, du 1er au 7 avril 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 6. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 43. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 211. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs: cancéreuses, 35; autres, 10. — Méningite, 48. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 52. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 71. — Bronchite aiguë, 44. — Bronchique chronique, 53. — Broncho-pneumonie, 40. — Pneumonie, 76. — Gastro-entérite: sein, 16; biberon, 34. — Autres diarrhées, 7. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 43. — Suicides, 20. — Autres morts violentes, 19. — Autres causes de mort, 225. — Causes inconnues, 10. — Total: 1174.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

14283. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 25 avril 1888.

Académie de médecine : **Traitement du pneumothorax.**

Le pneumothorax, qui survient comme complication d'une phthisie pulmonaire, est, comme l'a fait remarquer Weil, un pneumothorax à soupape, fermé, à pression positive. En effet, la fistule qui lui a donné naissance se trouve très rapidement comprimée par la pression intrapleurale; ses parois s'accolent et, au bout d'un certain temps, si la pleurésie fibrineuse, qui survient presque toujours en pareille circonstance, détermine des fausses membranes assez épaisses pour oblitérer l'orifice, le pneumothorax peut guérir spontanément. L'intervention active dans les cas de ce genre est donc plus nuisible qu'utile. Elle a pour résultats, en diminuant la pression intrapleurale, de provoquer la réouverture de la fistule, de transformer le pneumothorax fermé en pneumothorax ouvert et de faire pénétrer de l'air atmosphérique impur, parfois même des détritus caverneux dans la cavité pleurale. Aussi est-on à peu près d'accord pour respecter cette affection, à moins que l'épanchement séro-fibrineux ne soit trop abondant et ne vienne à gêner la respiration. Un autre motif doit engager le médecin à ne pas inutilement ponctionner un tuberculeux chez lequel un pneumothorax vient à se déclarer. Loin d'être une cause d'aggravation de la maladie, il semble parfois, dit M. Hérard, qu'après la disparition des premiers troubles produits par le pneumothorax il se fait un ralentissement marqué dans l'évolution morbide; de plus, dans quelques cas exceptionnels, les progrès de la maladie semblent enrayés de telle sorte que l'hydropneumothorax devient pour les malades un moyen de salut vraiment inespéré. M. Hérard a lu en 1881, au Congrès d'Alger, un travail très intéressant qui justifie ces conclusions.

Le savant mémoire que M. Potain vient de communiquer à l'Académie de médecine confirme avec autorité ce qu'on savait jusqu'à ce jour à ce dernier point de vue, mais il a un intérêt et une portée autrement considérables puisqu'il introduit dans la pratique une méthode de traitement nouvelle qui a déjà donné de remarquables succès et qui paraît aussi rationnelle qu'elle est ingénieuse. Ayant remarqué le danger que présente, dans tous les cas d'hydropneumo-

FEUILLETON

Réflexions sur les origines et la destinée des mots du vocabulaire médical.

(Fin. — Voyez le n° 16.)

Ce serait ici l'occasion de rappeler également combien de fois il arrive que, dans la langue médicale, qui devrait rester précise et ne pas autoriser, comme la langue vulgaire, les changements de signification des mots qu'elle emploie, le même terme serve à désigner des faits dissemblables.

Crise se disait autrefois de la solution heureuse d'une maladie. Plus tard ce mot s'emploie pour dénommer toute mutation qui s'observe dans le cours d'une affection aiguë. Mais la tendance à l'euphémisme, si naturelle aux médecins, fait par analogie substituer le mot de *crise* à celui d'*attaque*, et l'on dit : *crise épileptique*, *crise hystérique*, d'où une signification toute nouvelle du mot, celle du symptôme prédominant dans une maladie convulsive. Or tous les symptômes de cette maladie ne sont pas convulsifs et dès lors les mots *crise laryngée*, *crise viscéralgique*, etc., sans analogie avec la signification primitive du terme spécifique, s'introduisent et persistent dans la langue.

Si le sens nouveau ne s'établissait qu'après l'oubli de la signification première, on se consolerait aisément de ces mutations forcées du langage médical.

Il en est ainsi pour le mot *cirrhose*. Comme je l'ai déjà fait remarquer dans le *Dictionnaire usuel des sciences médicales*, « employé primitivement pour désigner l'état que présentent certains foies granuleux, durs et fréquemment d'une couleur jaune roux, ce terme a été, par extension, attribué à diverses altérations du poumon, des reins, de la rate, etc., et est devenu synonyme de sclérose ou d'inflammation interstitielle. C'est donc une dénomination impropre au point de vue étymologique puisque tous les foies cirrhosés

thorax, la ponction aspiratrice pratiquée trop rapidement et de manière à déchirer la fistule bronchique en voie de cicatrisation ; ayant pu s'assurer que les alternatives d'expansion et de retrait que font subir au poumon malade une série de ponctions successives ont pour résultat de hâter l'évolution des lésions tandis que le repos forcé auquel le condamne un affaissement complet enraye souvent la maladie, M. Potain a eu l'idée de traiter le pneumothorax en évacuant le liquide et en remplaçant celui-ci par de l'air stérilisé de façon à éviter toute expansion nouvelle du poumon.

Tous les médecins tiendront à lire dans le *Bulletin de l'Académie* l'exposé détaillé de la méthode employée par l'éminent clinicien. Bornons-nous à dire ici que la série des ponctions pratiquées par M. Potain a démontré l'exactitude de ses prévisions. Non seulement le malade a guéri, mais son observation démontre qu'un liquide purulent peut rester 246 jours dans la cavité pleurale sans y subir la moindre décomposition, sans y acquérir la moindre fétidité, pourvu qu'il soit en contact avec de l'air parfaitement stérilisé.

M. Potain vient donc de prouver qu'il peut être utile de transformer un hydrothorax en pneumothorax, voire même de créer artificiellement un pneumothorax, et que, dans tous les cas, il faut respecter l'épanchement gazeux qui se fait dans la plèvre. On trouvera plus loin les conclusions de son travail si remarquable. Rappelons seulement que ce qui a permis d'obtenir le succès après avoir si bien posé les indications de la méthode, c'est avant tout et surtout le soin minutieux apporté au dispositif opératoire dans le but d'obtenir la plus rigoureuse antisepsie. On sait quelle est la susceptibilité de la plèvre, combien vite elle réagit aux irritations, quelles actions réflexes souvent très graves en apparence elle provoque apres une simple ponction. La méthode nouvelle indiquée par M. Potain est tout à la fois efficace et inoffensive et nous ne désespérons pas de voir prochainement les cliniciens s'en servir, même en l'absence d'un pneumothorax, pour traiter par la compression du poumon certaines formes de la tuberculisation pulmonaire.

Les applaudissements unanimes de l'Académie et du public ont remercié M. Potain non seulement d'avoir communiqué au monde savant l'heureux résultat de ses savantes et ingénieuses recherches, mais encore d'avoir bien fait ressortir ce qu'elles doivent à M. Pasteur : « Je suis loin d'ignorer et de méconnaître, a dit M. Potain, les illusions que les doctrines pastoriennes ont fait naître chez plus d'un médecin et qu'elles entretiennent encore.

« Mais les illusions sont destinées à s'évanouir avec le temps, et ces doctrines auront projeté sur la pathogénie de si merveilleux coups de lumière, il restera toujours un tel amas de faits dans lesquels elles auront fourni à la pratique d'inappréciables indications, elles seront certainement si fécondes encore en conséquences qui n'ont point encore vu le jour, que, à tout jamais, M. Pasteur devra être tenu pour un des grands bienfaiteurs de l'humanité. »

PATHOLOGIE MENTALE

Les aliénés persécuteurs.

L'opinion publique a été vivement émue, dans ces derniers temps, par les exploits de certains individus qui, se croyant lésés dans leurs intérêts et ne pouvant obtenir justice, ont tiré des coups de revolver sur certains personnages en vue, et cela même en pleine Chambre des députés ou dans les salles du Palais de justice. — En Espagne, un prêtre, convaincu que son évêque est la cause de tous ses maux, s'en venge en le tuant sur les marches d'une église de Madrid, reproduisant, sans doute à son insu, certaines circonstances du crime commis, il y a trente ans, par l'abbé Verger. Comme l'assassin de l'archevêque de Paris, Galeote a été condamné à mort, malgré les rapports concluants des médecins aliénistes ; mais il ne sera pas exécuté, sa folie d'abord admise par les seuls spécialistes étant devenue évidente pour tout le monde.

Dans tous ces cas on a affaire à des aliénés, à une certaine catégorie d'aliénés, qu'on a avec raison appelés *persécuteurs*. Leur histoire est intéressante, non seulement au point de vue scientifique, mais aussi par les considérations sociales et médico-légales qu'elle peut susciter. La résumer est chose aisée grâce à l'excellente thèse de M. Pottier (1), écrite sous l'inspiration de son maître, M. Jules Falret, le savant médecin de la Salpêtrière.

I

En 1852, Lasègue publiait dans les *Archives générales de médecine* une courte et substantielle monographie sur

(1) *Étude sur les aliénés persécuteurs.* Broch. in-8. Paris, 1886. Asselin et Houzeau, édit.

---

ne sont pas jaune roux, et défectueuse au point de vue anatomique. » Mais l'usage n'a retenu que la signification dernière créée par Laennec et imposée par lui. Le mot dès lors mérite de garder, tel qu'il est, sa place dans notre vocabulaire.

Les exemples que je viens de citer, s'ils prouvent que dans bien des circonstances les mots, formés par les anatomistes et par les médecins, auraient pu être mieux choisis, démontrent également que la fortune de ces mots a été presque exclusivement due à leur forme euphonique, à la facilité avec laquelle ils ont pénétré dans le langage courant ou encore à l'autorité des maîtres qui les ont imposés.

Il en est tout autrement des mots barbares que, dans plusieurs ouvrages justement estimés, on cherche encore malgré l'éclatant insuccès de l'auteur du *Pathonomisme* et du *Synorganopathisme* (1) à introduire dans la langue médicale. Je ne m'arrêterai pas, ce qui serait aisé cependant, à en retranscrire ici un trop grand nombre. Je me contenterai d'en citer quelques-uns parmi les plus récents. J'avoue que je préfère le terme de *cécité verbale* à celui d'*asémiognosie optique* (N. Gueneau de Mussy). Je crois que l'on dira toujours *mal de mer* plutôt que *talassie*. *Mal de montagne* et *mal de théâtre* (C. Paul), *fièvre de foin*, etc., seront préférés aux néologismes grecs ou latins qu'on pourrait songer à leur substituer (1). Je ne comprends pas la nécessité des mots *leucomyélite*, *téphromyélite*, etc., alors que les expressions de *sclérose médullaire* et de *myélite* avec les épithètes diverses que l'on peut, suivant la nature de l'affection morbide, ajouter à ces termes génériques suffiraient bien à caractériser les lésions que l'on prétend décrire. Les savants qui, comme Erb et Vulpian, ont discuté sur la valeur comparative des mots *spodo-*

(1) Voy. sur ce sujet *Gaz. hebd.*, 1855, p. 396.

(1) On dira aussi longtemps encore *fièvre typhoïde* de préférence à *fièvre dothiénentérique*. Les expressions de *dothinentérie* ou *dothiénentérie* sont elles-mêmes destinées à disparaître.

le délire de persécution. Jusque-là les aliénés atteints de cette forme de folie étaient classés parmi les mélancoliques et les monomanes, ou bien on les appelait des hallucinés. Le premier, il démontra que leur affection constitue un type morbide bien défini, présentant des symptômes précis, en quelque sorte pathognomoniques. Les observateurs qui vinrent après lui, et en particulier Morel, complétèrent la création de Lasègue, et en montrant les transformations que peuvent subir les idées délirantes primitives, ils firent du délire de persécution une maladie à évolution nettement définie. Cette évolution a été plus particulièrement analysée par M. J. Falret, qui lui assigne quatre phases ou périodes distinctes, dont nous résumerons en quelques lignes les traits principaux (1).

Quel que soit le mode de début du délire de persécution, qu'il soit une simple aggravation lente et successive du caractère primitif, une transformation des tendances hypochondriaques en délire proprement dit, ou que l'invasion du mal ait été brusque et rapide, l'affection débute par la *période d'interprétation délirante*. Tout ce que les malades entendent, tout ce qu'ils voient, s'adresse à eux. Ils s'imaginent qu'on les regarde de travers, qu'on se moque d'eux, qu'on les tourne en ridicule dans les rues, qu'on parle d'eux; ils s'attribuent toutes les paroles qu'ils entendent, dans les rues, dans leur entourage, dans les magasins. En un mot, tout ce qui se passe autour d'eux est fait exprès pour les vexer.

A cette première phase, d'une durée souvent très longue, succède la *période de l'hallucination de l'ouïe ou période d'état*. L'hallucination de l'ouïe est constante dans le délire de persécution, elle doit en être considérée comme un des symptômes pathognomoniques; seulement elle ne se présente pas d'une façon identique dans tout le cours de la maladie : elle se complique avec le temps, et cette complication même permet d'établir des distinctions entre les diverses périodes de l'affection mentale.

Au début, l'hallucination de l'ouïe consiste surtout en bruits, bourdonnements, chuchotements, etc. Plus tard, elle prend une forme mieux définie : les malades entendent des voix. Ce ne sont d'abord que des mots isolés, grossiers le plus souvent : *voleur*, *assassin*, *sodomiste*, etc., ou bien quelques phases très courtes, telles que : *le voilà*, *c'est lui*, *c'est elle*, *tue-le*, etc. En même temps que le phénomène hallucinatoire s'installe dans le cerveau du malade, le délire se systématise. Là encore se manifeste une marche progressive, curieuse à étudier et qui a son importance au point de vue clinique.

Comme l'enseigne M. J. Falret, trois modes différents de systématisation se présentent dans le délire de persécution. Dans le premier, qui peut être appelé la *systématisation à l'état vague*, les malades accusent des maux dont ils souffrent des personnages anonymes, et surtout le personnage *On*. « *On* m'en veut; *on* me tourmente; *on* me fait des misères », disent-ils lorsqu'on les interroge et qu'ils veulent bien vous répondre. Après un temps plus ou moins prolongé, on voit apparaître un autre mode de systématisation, celle à *forme collective*. Le persécuté accuse alors des influences occultes, des agents collectifs, des faits généraux : ce sont les jésuites, la police, les francs-maçons, la physique, la chimie, le magnétisme; le téléphone, le phonographe, l'acoustique; ce sont, enfin, des causes mystérieuses pour lesquelles les malades inventent les noms les plus bizarres : l'*auscultation*, la *désauscultation*, les *fouinards*, les *locustius*, etc. Enfin, le dernier mode de systématisation est celui où le malade arrive à personnifier l'auteur de ses persécutions. C'est alors une personne bien déterminée, tel prêtre, tel médecin, tel homme en place, qui est l'ennemi, contre lequel le persécuté va s'acharner et dont il va par tous les moyens chercher à tirer vengeance. Jusque-là il subissait passivement toutes les tortures auxquelles il était soumis; mais la lumière semble s'être faite dans son esprit, il a trouvé l'auteur de ses maux et il ne lui laissera plus ni trêve ni repos, il le poursuivra sans cesse de ses invectives, de ses menaces, de ses revendications, il lui fera procès sur procès, et parfois même il pourra lui faire payer de sa vie les souffrances auxquelles il est en proie. A partir de ce moment, le malade, selon la juste expression de Lasègue, de persécuté est devenu *persécuteur*.

Mais il ne s'arrête pas là, de nouveaux symptômes vont surgir et le faire entrer dans la troisième période de son affection, celle des *troubles de la sensibilité générale*. Ce ne sont plus seulement des voix insultantes qu'il entendra, il se plaindra aussi d'éprouver les souffrances les plus variées dans les diverses parties du corps : on le frappe, on le pince, on lui arrache les testicules, on lui envoie des secousses électriques, etc. A ces hallucinations de la sensibilité générale sous ses divers modes, viennent se joindre des hallucina-

(1) Voy. pour plus de détails notre article PERSÉCUTION (DÉLIRE DE) du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

---

myélite et *spodiomyélite* (1) me paraissent avoir méconnu cette vérité que, si l'un des termes est un peu moins euphonique que l'autre, tous deux pourraient disparaître sans grand dommage pour la médecine. Est-il plus nécessaire d'introduire dans la science les mots *cinésiologie*, *kinésothérapie*, *ascésie*, *somacésie*, etc., alors que le mot *gymnastique*, quelle que soit d'ailleurs son étymologie, vit et vivra longtemps encore? Et l'épithète *pathogénétique*, créée par Bazin et adoptée par ses élèves pour désigner les éruptions déterminées par l'absorption interne des médicaments, devra-t-elle survivre alors qu'elle exprime étymologiquement le contraire de ce qu'on prétend lui faire dire?

Je crois inutile d'insister, ou d'emprunter des exemples analogues, soit à la botanique, soit à la zoologie, ou encore à la tératologie, qui, en adoptant des mots tels que *sysomiens*, *psodymes*, *xiphodymes*, *dérodymes*, etc., a imaginé une série de dénominations que l'on ne saurait reproduire en grec d'une façon supportable en cette langue. On obtiendrait ainsi, en effet, des mots aussi monstrueux en grammaire que les accidents qu'ils désignent en pathologie.

Tous ces mots devraient donc disparaître du langage médical. Ceux qui les ont formés n'ont pas réfléchi à ce fait, que la nomenclature scientifique ne peut et ne doit pas prétendre à renfermer toujours sous un même mot la définition complète de l'être ou du phénomène que ce mot nous rappellera dans l'usage. Pour que les termes dont nous nous servons pussent contenir en eux-mêmes la défi-

(1) Je n'ignore pas la rapidité avec laquelle ces sortes de mots s'introduisent dans le langage de l'École. Les maîtres qui les ont créés en reconnaissent pour leur enseignement l'utilité sinon l'opportunité. Les disciples vont plus loin. De même que l'on dit aujourd'hui « un *cardiaque*, un *hépatique*, un *brightique*, on dira bientôt une *leuco*, une *téphro*, une *spodio*. Mais ce n'est là qu'un argot de laboratoire qui peut être commode, mais qui ne pénétrera jamais dans la langue médicale. Pourquoi dès lors l'introduire dans les livres et dans l'enseignement classique alors qu'il serait si simple et si juste de toujours parler français?

tions du goût et de l'odorat : le malade accuse ses ennemis de lui lancer des odeurs, des odeurs de soufre, de cadavre, etc., de mettre du poison, de la poudre, dans ses aliments. Cette crainte du poison ou *toxicophobie* joue un grand rôle dans les préoccupations du persécuté et le pousse aux actes les plus excentriques, parfois les plus violents ; le refus complet des aliments peut en être souvent la conséquence, et alors il est indispensable de recourir à l'alimentation forcée par la sonde œsophagienne.

C'est à cette même période qu'on voit apparaître aussi les *hallucinations du sens génital*, dont les persécutés sont si péniblement impressionnés et dont ils se plaignent si amèrement. Elles s'observent chez les hommes comme chez les femmes : les premiers se plaignent qu'on les châtre, qu'on les sodomise, etc. ; celles-ci qu'on se livre sur elles aux actes les plus obscènes, etc. Lorsqu'on entend les récits de ces malades, on ne peut s'empêcher de songer aux récits des démonographes du moyen âge, racontant les hauts faits des incubes et des succubes.

En même temps l'hallucination de l'ouïe subit de nouvelles transformations : au lieu de ne produire que des phrases isolées, elle tournera au *monologue*, au *dialogue*, à l'*écho* ou à la *conversation mentale* avec des interlocuteurs imaginaires. C'est à ce moment qu'on entend le persécuté se plaindre qu'il n'est plus maître de sa pensée, qu'on lui vole ses idées, qu'on les répète même avant qu'il les ait conçues. « Ces malades arrivent ainsi au dédoublement de la personnalité ; ils ont en quelque sorte un second *moi* qui s'extériorise, s'empare de leurs idées et les répercute au dehors. C'est une sorte d'*écho* de leur propre pensée. »

Avec la dernière période — *période stéréotypée et du délire ambitieux* — de nouvelles conceptions délirantes entrent en scène, des idées de grandeur viennent s'ajouter aux idées de persécution : ces malades se croient riches, puissants, sont transformés en un ou plusieurs personnages de marque.

Ce n'est pas le lieu de rechercher le procédé par lequel s'opère ce passage du délire de persécution au délire des grandeurs ; mais ce qu'il est important de faire remarquer, c'est que tous les persécutés ne parviennent pas à cette phase ultime de leur maladie, qu'un grand nombre, au contraire, s'arrêtent et se perpétuent en quelque sorte dans les étapes antérieures. C'est là un fait clinique aisé à constater dans les services d'aliénés contenant de nombreux chroniques.

Un dernier fait non moins important à relater, c'est que les persécutés ne tombent en démence que s'ils y sont poussés par un ictus cérébral ou par toute autre cause indépendante de leur affection mentale ; ils partagent ce privilège avec les malades atteints de folie à double forme qui arrivent à un âge avancé, passant constamment d'une période d'excitation à une période de dépression, sans qu'on puisse constater cette abolition des facultés intellectuelles, qui est l'apanage de la démence.

II

Dans ce tableau en raccourci du délire de persécution, on a vu que certains malades peuvent, dans des circonstances déterminées, devenir *persécuteurs ;* ce sont ceux qui personnifient leur délire.

Cette personnification du délire présente des caractères que Lasègue a particulièrement fait ressortir : et d'abord, elle tient le plus souvent à une cause accidentelle et est basée sur un fait vrai, qui a motivé chez le malade son inimitié pour une personne déterminée ; mais ce fait vrai, n'est jamais un fait récent, il remonte à une date ancienne, « que le malade retrouve dans sa mémoire, par suite d'un travail rétrospectif qui est le résultat d'une rumination lente et successive ». Enfin, ce point de départ une fois établi, le persécuté ne l'abandonne jamais, il s'impose à lui toute la vie, avec de simples degrés d'intensité, selon les périodes de calme ou de paroxysme, par lesquelles le font passer les phases diverses de son affection.

Ces persécutés persécuteurs doivent être classés parmi les malades les plus dangereux. C'est parmi eux qu'on rencontre un grand nombre d'aliénés homicides ; on compte surtout beaucoup de leurs victimes dans le corps médical. Le professeur Lasègue a été longtemps poursuivi par un persécuteur de ce genre, qui le désignait sous le nom de « chef des aliénistes aliénisants », appréhendé un jour par lui à la sortie de l'hôpital et brutalement frappé. Ce malade, pensionnaire de l'asile de Ville-Évrard, venait d'être mis en liberté par décision du tribunal. Rappelons encore la mort du docteur Gérard Marchant, médecin de l'asile de Toulouse, tué par un de ses malades, atteint de délire de persécution (1). Nous pourrions citer d'autres exemples ;

(1) Il s'agit du capitaine Aymes, encore interné à la maison de Charenton, et dont l'état ne s'est pas modifié. M. Pottier fait erreur dans sa thèse (p. 26), en prétendant que ce malade a été « de nouveau remis en liberté ».

---

nition des objets qu'ils désignent, il faudrait, ou bien que leur étendue fût indéfinie, ou bien que le langage médical se résignât à devenir, comme la langue de l'algèbre ou de la chimie, un langage de convention. Telle n'est pas heureusement la tendance actuelle. En même temps que la chimie organique, dont les immenses et rapides progrès rendaient insuffisante la nomenclature de Lavoisier et de Guyton de Morveau, adoptait une terminologie nouvelle ; alors que, pour ne pas multiplier les périphrases, il lui fallait marquer l'origine et la composition de nouveaux corps qu'elle découvrait en constituant ou créant les mots dont elle se sert avec un certain nombre de syllabes détachées des mots préexistants (comme *aldéhyde*, qui signifie *alcool déshydraté*) ; tandis qu'elle multipliait incessamment les associations de mots et de syllabes qui constituent aujourd'hui des termes scientifiques évidemment utiles, mais d'une prononciation des plus laborieuses, la médecine, au contraire, et la plupart des sciences, qui lui apportent d'ordinaire un si utile concours, demeurent plus attachées à une langue moins conventionnelle.

Ce n'est pas à dire que les anatomistes n'aient parfois cherché à imiter la nomenclature chimique, en imaginant des termes scientifiques inexplicables si l'on n'avait égard à cette tendance à la simplification artificielle du langage. Le terme *épithélium*, par exemple, signifiant d'abord l'épiderme du mamelon, a été étendu à tout ce qui, dans les membranes muqueuses, est pourvu de papilles, c'est-à-dire à peu près analogue au mamelon. Il a servi dès lors à désigner tous les revêtements cellulaires des membranes muqueuses, communiquant avec l'extérieur. Lorsqu'il s'est agi de donner un nom spécial à l'épithélium des cavités closes, des séreuses, de la face interne des artères, des veines, des lymphatiques qui n'ont aucun contact avec les surfaces extérieures, His a eu l'idée d'appliquer à ce revêtement interne l'épithète *endo* de ἔνδον, en dedans, déjà adoptée en botanique pour la formation des mots *endo-*

nous préférons renvoyer le lecteur à l'article si curieux de M. Hospital : *Le martyrologe de la psychiatrie*, récemment publié dans les *Annales médico-psychologiques* (numéro de novembre 1887).

Chose remarquable, il se produit souvent chez ces malades, une fois le crime ou l'acte violent accompli, une sorte de détente subite dans leur état mental et nerveux; il y a une telle atténuation de tous les symptômes qu'on se trouve en quelque sorte en présence d'une rémission. C'est là un fait important à signaler au point de vue médico-légal; car cette période de détente peut durer plusieurs mois, et cela précisément à l'époque où les malades sont soumis à l'examen des médecins et des magistrats.

Les persécutés persécuteurs diffèrent des aliénés persécuteurs que nous allons étudier, par leur passé, leur présent et leur avenir, c'est-à-dire par l'évolution générale de leur maladie.

Dans le passé, ils ont présenté les diverses phases du délire de persécution essentiel, décrites plus haut. Dans le présent, c'est-à-dire au moment où on les observe, on doit trouver chez eux les symptômes caractéristiques de l'affection : interprétations délirantes, hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, etc. Enfin, s'il est donné de suivre les malades, on les voit évoluer, comme tous les aliénés atteints du délire de persécution, arriver à la chronicité, compliquer leur délire et leurs hallucinations, etc.

Dr Ant. Ritti.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

Des différentes variétés d'atrophies du nerf optique chez les ataxiques. Mémoire lu à l'Académie de médecine, le 27 mars 1888, par M. le docteur Galezowski.

La pathogénie du nerf optique ataxique demande une étude spéciale; nous sommes en présence d'une maladie, qui, selon l'opinion généralement admise, amène presque toujours et fatalement la cécité.

L'histoire de l'atrophie ataxique des papilles n'est pas bien connue et, quoique l'origine de la découverte de l'amaurose dans le tabès se rapporte à une date très ancienne, la connaissance précise de la lésion du nerf optique remonte à l'époque de la description de l'ataxie locomotrice par Duchenne (de Boulogne).

Je me permets de réclamer la priorité des recherches ophthalmoscopiques dans l'ataxie locomotrice, et la deuxième édition de l'*Electrisation localisée* de Duchenne (de Boulogne) contient ma planche en chromolithographie, où j'ai exposé les symptômes de l'atrophie des papilles ataxique. Depuis cette époque, les recherches se sont multipliées, et l'on a appelé cette affection, atrophie grise des papilles ataxique, pour la distinguer de l'atrophie consécutive aux neurites optiques, aux traumatismes, etc.

Cette définition me paraît tout à fait insuffisante, car, si l'atrophie des papilles ataxique est par moments *grise*, elle présente, souvent aussi, un aspect blanchâtre. Sa marche, généralement progressive, devient parfois stationnaire, et, dans quelques cas, fort rares, il est vrai, elle peut atteindre un certain degré d'amélioration.

Rechercher s'il existe, au point de vue opthalmoscopique, des variétés différentes d'atrophie des papilles ataxiques; si ces différentes variétés peuvent, d'après leur aspect, être rattachées, de préférence, à telle ou telle cause constitutionnelle et si, par conséquent, leur traitement peut être plus efficace que celui qu'on a, jusqu'ici, appliqué indifféremment à toutes les atrophies ataxiques : tel est le but que, depuis nombre d'années, je cherche à atteindre. Les résultats que j'ai obtenus m'ont absolument convaincu que l'atrophie des papilles ataxique n'a pas toujours le même aspect ophthalmoscopique, et que le processus morbide varie selon la nature de la lésion. Tantôt, ce sont les fibres nerveuses ou cylindraxes qui sont prises les premières; tantôt, au contraire, la lésion débute par les vaisseaux du nerf optique, par une sorte d'endartérite ou périartérite avec toutes ses conséquences, et alors l'altération des fibres nerveuses ne se développe que d'une manière secondaire. Examinons de près la question, et voyons jusqu'à quel point mon assertion est exacte.

Dans ses remarquables leçons sur l'ataxie locomotrice M. le professeur Charcot a dit ce qui suit : « La lésion qui constitue l'induration grise, s'accuse, d'ailleurs, dans le nerf optique comme dans la moelle épinière, par la métamorphose fibrillaire de la neuralgie, et la disparition concomitante du cylindre de myélaxe, puis du cylindre axile. Dire quel est des deux phénomènes celui qui précède l'autre, est chose difficile; j'incline beaucoup à croire que, de même que dans la moelle épinière, le tube nerveux est affecté en premier lieu antérieurement à la gangue conjonctive. » Et plus loin : « L'induration grise du nerf optique dans l'ataxie locomotrice pourrait donc être désignée sous le nom de *névrite parenchymateuse.* » L'opinion émise par l'éminent maître sur la nature du processus morbide de l'atrophie des papilles ataxique ne me paraît pas douteuse, et elle peut

---

sperme, *endostome*, *endothèque*, etc. Il eût fallu dès lors nommer cet épithélium interne un *endo-épithélium;* mais, par euphonie et par analogie avec les mots préexistants, on a procédé comme le fait la chimie en supprimant les syllabes inutiles et l'on a ainsi créé la dénomination d'*endothélium*, mot qui a passé dans l'usage, mais que les Grecs traduisent : revêtement interne du mamelon ou d'une papille, ce qui signifie tout autre chose.

Ces exceptions aux lois de la formation des mots usités en médecine sont d'ailleurs excessivement rares. Le plus souvent, au contraire, ou bien on crée des mots qui étymologiquement ont la prétention de rappeler la signification de l'idée qu'ils expriment, ou bien on simplifie le langage en imaginant des mots d'une prononciation et, par conséquent, d'un usage plus faciles. C'est ainsi que la thérapeutique, ne pouvant accepter les termes scientifiques créés par la chimie, adopta tout récemment les expressions *antipyrine*, *antifébrine*, *hopéine*, *hypnone*, *spartéine*, *terpine*, etc., etc., qui, si elles ne désignent pas toujours, avec une précision vraiment scientifique, les effets que l'on prétend en obtenir, ont au moins le mérite de pouvoir être comprises de tous ceux qui s'en servent. Cette tendance à la simplification du langage technique, à la suppression de mots barbares, deviendrait, si nous le voulions sincèrement, la règle de notre vocabulaire médical. La destinée des mots du langage populaire est de périr puisque la langue se transforme incessamment. Il en pourrait être de même pour certains mots du langage scientifique puisque, dans les sciences en voie d'évolution, comme la médecine, il est toujours temps d'établir une sorte de discipline qui puisse écarter les mots d'origine, de formation ou de contexture anormales. Les mots ne sont en effet que des instruments de travail, des outils de l'intelligence. Pour s'en bien servir, il convient qu'ils soient d'un usage facile. On arriverait donc peu à peu à perfectionner notre langue médicale, si l'on voulait bien laisser tomber dans l'oubli

être aisément démontrée, au moins dans un certain nombre de cas, par l'examen ophthalmoscopique, comme vous pourrez en juger vous-mêmes, messieurs, par une analyse succincte des faits que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute appréciation.

Le résultat de mes recherches est basé sur un très grand nombre d'observations et sur une statistique de plus de mille cas d'atrophie papillaire. J'ai cherché à recueillir, partout où j'ai pu, des renseignements pouvant m'édifier au point de vue de l'étiologie et de la symptomatologie de la maladie. De sorte que les tableaux statistiques que je joins ici, contribueront, je l'espère, au développement de nos connaissances, sur la pathogénie de cette affection. Parmi les symptômes que, dans mes précédentes descriptions, j'avais donnés comme caractéristiques de l'atrophie des papilles ataxique, les plus importants étaient sans contredit : *les contours bien tranchés, bien circonscrits de la papille, la conservation des gros vaisseaux, et la disparition des vaisseaux capillaires.*

Mais il y a des cas, dans lesquels les atrophies des papilles ataxiques n'ont pas le même aspect. Elles sont blanches, leurs contours sont très légérement diffus et les vaisseaux de de la papille et de la rétine présentent une altération toute particulière. Les artères centrales, ainsi que leurs branches collatérales, sont entourées d'un liséré blanchâtre, sur une très large étendue. *Ce sont là des signes d'une périartérite ou d'une endartérite.* Cette affection vasculaire est progressive, elle s'étend jusqu'aux capillaires, et donne lieu à une oblitération complète de plusieurs des branches collatérales comme on peut s'en rendre compte par la planche coloriée ci-jointe.

Les cordons blanchâtres, que l'on voit apparaître sur la papille, proviennent directement de l'artère centrale, et sont constitués par des capillaires qui s'en détachent, et qui sont complétement oblitérés. Les lisérés blancs, périvasculaires, qu'on voit se dessiner sur un certain trajet des vaisseaux, sont formés par une inflammation des parois des vaisseaux. La conséquence de cette altération est une inflammation de la substance nerveuse.

Le diagnostic de cette forme d'atrophie compliquée d'une périartérite, est relativement assez difficile à établir, et exige une grande précision dans l'examen ophthalmoscopique à l'image droite. Un des principaux symptômes de la gêne de la circulation de la rétine, c'est le manque d'élasticité des vaisseaux, ce qui fait que les branches principales deviennent ondulées, et forment comme une sorte de chapelet. Ce phénomène, joint à des lisérés blanchâtres très périvasculaires, donne une grande altitude de l'altération des parois des vaisseaux.

Un troisième symptôme, dont l'importance est également capitale, c'est la suffusion séreuse péripapillaire, qui rend les contours de la papille moins transparents et moins tranchés, que cela n'arrive d'ordinaire. Mais, pour se rendre compte de cette suffusion, pour l'apercevoir même, il faut regarder le fond de l'œil à l'image droite, et examiner la rétine presque obliquement, le long des vaisseaux, et à une distance de deux diamètres de la papille ; ce n'est que dans cette étendue que le trouble de nutrition rétinienne se produit et devient visible à l'ophthalmoscope : au delà de cet espace, la rétine reprend sa transparence normale. Du côté de la papille, on voit aussi des fibres optiques opaques et allongées, et de plus on y distingue très nettement de petites artérioles complètement oblitérées, et transformées en cordons blancs.

Ces altérations vasculaires du nerf optique dans l'atrophie ataxique ne sont pas très fréquentes, si j'en juge d'après ce que j'ai pu observer jusqu'à présent. Mais un point capital à noter, c'est que, dans cette forme de l'atrophie, le mal a pu être arrêté dans sa marche, pendant des mois et même des années. Quelques exemples à l'appui :

J'ai soigné, avec M. le professeur Germain Sée, un malade qui présentait tous les signes de l'ataxie locomotrice, avec atrophie des papilles accompagnée de quelques accidents périencéphaliques et de l'inflammation des vaisseaux papillaires. Le traitement que, sur l'avis de M. Germain Sée, nous avons constitué, et qui consistait en fortes doses d'antipyrine prise à l'intérieur, a complètement enrayé la maladie, et aujourd'hui, après un an de ce traitement, le malade peut lire, écrire, et il a repris, presque complètement, sa vie habituelle.

Ce fait a été également contrôlé par M. le professeur Bouchard, qui avait été appelé à donner des soins à ce malade pour une maladie d'estomac.

Je prends la liberté de vous soumettre un autre fait du même genre :

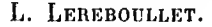
Depuis plus de trois ans, je donne des soins à un Polonais, M. P..., atteint d'une atrophie papillaire ataxique, à forme fruste, ainsi que M. Charcot, à qui j'ai montré ce malade, a pu le constater. Cet individu, syphilitique avéré, n'avait éprouvé aucun soulagement de tous les traitements qu'il avait faits jusqu'alors. Chez lui, les vaisseaux présentaient les mêmes altérations d'infiltration périvasculaire. Je l'ai soumis aux injections hypodermiques de cyanure d'or et de potassium, à la dose de 5, 6, 10 et 15 milligrammes par jour, et j'ai eu la satisfaction de voir le terrible mal s'arrêter. Depuis un an, il n'y a pas eu la moindre rechute.

Un troisième malade est soigné depuis plus de deux ans à ma clinique par les mêmes injections. Il est également syphilitique, les vaisseaux papillaires présentent une altération de leurs parois, avec infiltration et suffusion péripapil-

---

les expressions ou les termes techniques dont chacun s'accorde à reconnaître l'inutilité. Sans doute, une semblable réforme ne s'improvise pas. Il y a plus de dix-neuf siècles, Varron, dans son traité de la langue latine, indiquait déjà toutes les difficultés d'une tentative de ce genre. « De même, disait-il, que la nourrice ne supprime pas subitement à un enfant le lait auquel il est habitué, lorsqu'il faut le faire passer de cette première nourriture à une meilleure, ainsi faut-il faire passer avec modération les hommes mûrs de l'emploi des mots mal faits à celui de mots plus réguliers. Or, il y a dans l'usage certains mots qu'on en peut facilement déraciner et d'autres qui semblent y être bien fixés. Ceux qui n'y ont qu'une faible attache et qui peuvent être changés sans blesser l'usage, il faut immédiatement les ramener à la règle ; quant à ceux dont on ne peut encore se dispenser de respecter la forme, il faut, s'il est possible, ne pas s'en servir. Ils tomberont ainsi en désuétude et, une fois effacés de la mémoire, ils pourront être plus facilement modifiés » (*De lingua latina*, IX, 16, éd. Muller). J'ai cru devoir reproduire textuellement ici les conseils que contient ce passage du savant latiniste. S'ils étaient suivis en ce qui concerne le langage médical, ceux qui auront après moi la lourde tâche d'écrire la table des matières des nouveaux dictionnaires de médecine seraient délivrés de bien des embarras et de bien des soucis. C'est cette espérance qui m'excusera peut-être d'avoir osé aborder, devant l'Académie de médecine, l'examen d'une question de linguistique, plus difficile encore à exposer clairement qu'à résoudre au point de vue des intérêts bien entendus de notre langage médical.

L. Lereboullet.



laire. La maladie s'est arrêtée dès le début du traitement, et n'a plus reparu.

Enfin, je soigne encore en ce moment, avec MM. Germain Sée et Fournier, un Espagnol, M. V..., atteint d'une atrophie des papilles ataxique, avec antécédents syphilitiques bien confirmés. A l'examen ophthalmoscopique on constate, en outre de la maladie principale, de très légères infiltrations périvasculaires. Nous avons soumis M. V... à des injections hypodermiques d'antipyrine à la dose de 1 gramme par jour, et, depuis environ deux mois que ce traitement a été commencé, nous avons déjà observé une sensible amélioration. Il est un fait digne de remarque en ce qui concerne l'action de l'antipyrine, c'est que, après chaque injection, il se produit un spasme dans les artères, au voisinage de la papille, qui dure un quart d'heure, quelquefois même une demi-heure, et puis, la réaction se fait, les vaisseaux deviennent plus larges, la circulation plus active, et pendant quatre ou cinq heures après l'injection, la vision redevient meilleure.

A quoi tiennent donc ces infiltrations périvasculaires et péripapillaires, et pourquoi ne les rapporterait-on pas à la syphilis?

Nous savons, en effet, depuis les recherches de mon savant maître et ami, M. le docteur Fournier, que la syphilis joue un très grand rôle dans l'étiologie de l'ataxie locomotrice. Cette dernière fait son apparition, le plus souvent, dans le courant d'évolution du mal vénérien, entre deux et cinq ans. L'ouvrage magistral de M. le docteur Fournier sur cette matière est extrêmement précieux, car le savant professeur ne démontre pas seulement les relations qui existent entre la syphilis et l'ataxie, mais encore il désigne d'une manière irréfutable l'époque de l'apparition des symptômes spineux après l'inoculation spécifique. Depuis longtemps, j'étais moi-même frappé de la coïncidence qui existait entre les atrophies des papilles et la syphilis. Aussi recherchais-je avec soin les antécédents syphilitiques chez tous ceux qui venaient me consulter pour des troubles oculaires provoqués par une atrophie des papilles.

J'ai réuni, dans un tableau statistique, tous les renseignements étiologiques des atrophies papillaires qu'il m'a été donné de constater, et je suis arrivé à cette conviction que, dans le plus grand nombre des cas, l'atrophie papillaire ataxique est intimement liée aux antécédents syphilitiques, et qu'elle apparaît cinq, six, sept et huit ans après le chancre.

Du reste, les chiffres ci-après, d'une scrupuleuse exactitude, parleront pour moi :

Le nombre total des atrophies papillaires que j'ai pu observer jusqu'à présent, s'élève à 1029, sur lesquelles il y a 717 atrophies ataxiques, dont 496 avec des antécédents syphilitiques.

Ce nombre se décompose ainsi :

Hommes	870
Femmes	159

Sur les 717 cas susmentionnés, je n'ai trouvé que quinze fois les altérations vasculaires, ce qui tient peut-être à ce que mon attention n'a été attirée sur ce symptôme que depuis deux ans, et j'ai déjà pu arrêter le mal chez huit de ces malades.

Les autres atrophies ont été provoquées par des causes variées, et dans les proportions suivantes :

Atrophies par névrite	84
Atrophies par sclérose en plaques	12
Atrophies par intoxication alcoolique, saturnine ou autres	15
Atrophies par périencéphalite	57
Atrophies congénitales	9
Atrophies par glycosurie	5
A reporter	182
Report	182
Atrophies par traumatismes .... (dont 2 par coups de foudre)	64
Atrophies par choroïdite et rétine pigmentaire	13
Atrophies par glaucôme	17
Total	276

Dans ce chiffre ne sont pas comprises les atrophies par embolie, qui feront le sujet d'une étude spéciale.

Dans les 36 autres cas, l'étiologie n'a pas pu être définie.

En résumé, de tous les faits que je viens d'énumérer, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Que les atrophies ataxiques comprennent environ les deux tiers de toute la masse des atrophies papillaires;

2° Que, dans les atrophies des papilles ataxiques, la syphilis a pu être démontrée dans les deux tiers des cas;

3° Enfin, que, quoique les atrophies papillaires ataxiques amènent en général la cécité, néanmoins dans certaines variétés d'atrophies avec périartérite, la maladie peut être arrêtée par un traitement rationnel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Des variations de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de la réduction dans la fièvre typhoïde. Note de MM. *A. Hénocque* et *G. Baudoin*. — Ces recherches comportent un ensemble de près de trois cents analyses hématoscopiques faites sur sept malades typhiques. L'étude comparative de ces données spectroscopiques avec celles de la température, de la respiration, du pouls, des signes des complications diverses, a permis d'établir des conclusions d'une haute importance.

En général, dans la fièvre typhoïde, la *quantité d'oxyhémoglobine* diminue dès le huitème jour, même plus tôt; elle descend à 9, 8, 7 pour 100, s'y maintient pendant les périodes de début et d'état, puis remonte à 8, 9, 11 et 12 pour 100 dans la convalescence.

La *durée de la réduction* modifiée simultanément, mais en sens inverse. est d'autant plus longue qu'il y a moins d'oxyhémoglobine, l'augmentation du début persiste jusqu'à la convalescence.

L'*activité de la réduction* présente des courbes en rapport avec celles de l'oxyhémoglobine, mais à oscillations plus accentuées. Elle peut s'abaisser à 0,20, pour remonter à 0,50, ou moitié de la normale, au début de la convalescence.

Les phénomènes hématoscopiques sont influencés par les diverses manifestations organiques de la maladie.

La *diarrhée* s'accompagne d'une diminution de la quantité d'oxyhémoglobine, mais bien plus encore et plus rapidement d'un abaissement de l'activité de la réduction lié à une durée plus longue des échanges entre le sang et les tissus.

Les *manifestations pulmonaires* diminuent l'activité de la réduction et surtout la quantité d'oxyhémoglobine en imprimant à celles-ci des oscillations beaucoup moins considérables que celles dues aux complications intestinales; si l'on étudie comparativement les courbes qui représentent, d'une part la marche de la température et d'autre part les variations de la durée de la réduction mesurée au pouce, et les notations de l'activité de la réduction déduites du rapport entre la quantité d'oxyhémoglobine et la durée de la réduction, on constate, dans toutes les observations de fièvre typhoïde, ce fait général qu'aux maxima de la température

correspondent les maxima de la durée de la réduction, et il y a un rapport constant et direct entre l'élévation de la température et la lenteur de la réduction. Par suite l'activité de réduction ou énergie de la consommation de l'oxygène du sang par les tissus est en proportion inverse de l'élévation de la température.

L'intensité de la fièvre amène une diminution conjuguée de l'*activité des oxydations*. Ces faits concordent avec les résultats obtenus par des procédés d'observation tout différents, tels que l'appréciation de la quantité d'acide carbonique produite, ou l'analyse des déchets de la désintégration organique étudiés dans les urines.

Opération de la surdité otopiésique. Note de M. *Boucheron*. — Il s'agit d'une opération nouvelle : la mobilisation de l'étrier dans les surdités par compression labyrinthique (otopiésis), opération applicable lorsque l'étrier est immobilisé en position vicieuse d'enfoncement, et tend à s'ankyloser dans la fenêtre ovale en maintenant persistante la compression labyrinthique excessive et la surdité qui en résulte.

L'auteur a pratiqué jusqu'à présent trente-cinq fois cette mobilisation de l'étrier avec ou sans enlèvement préalable du tympan, du marteau et de l'enclume. L'opération n'a été suivie d'aucun accident, grâce à l'antisepsie, sauf quelques otorrhées sans importance. La corde du tympan a même pu être épargnée le plus souvent; quand elle est coupée, il y a suppression du goût dans la moitié correspondante de la langue, ce qui démontre l'action de la corde du tympan sur la gustation.

Pour les cas de surdité moyenne, il y eut amélioration notable de l'ouïe (voix haute réentendue à 4, 5 et 6 mètres) dans les trois quarts des cas.

Pour les surdités accidentelles, dont le processus est terminé, l'effet obtenu est durable.

Pour les affections progressives ou à rechutes successives, l'effet opératoire est atténué par les rechutes de la maladie, mais on peut renouveler plusieurs fois sans inconvénient la mobilisation de l'étrier. Aussi le traitement de la cause (arthritisme, syphilis, catarrhe arthritique, catarrhe infectieux, etc.) doit-il être adjoint à l'opération.

En résumé, l'opération, dit l'auteur, est sans danger; elle est comparable aux opérations du glaucome et de la cataracte dans l'œil.

Une méthode calorimétrique. Note de M. *A. d'Arsonval*. — M. Mathieu a présenté, comme nouvelle, dans une précédente séance, une méthode de calorimétrie à *température constante*, dont le principe consiste essentiellement à ramener le calorimètre à l'état initial par une source thermique compensatrice qui donne la mesure. M. d'Arsonval rappelle aujourd'hui que c'est lui qui, en 1877 (*Société de biologie*, séance du 1er décembre 1877), a introduit cette méthode dans la science et que c'est pour cela que l'Académie lui a décerné, en 1881, le prix de physiologie.

E. Rivière.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Dieulafoy* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. *Delpech* demande à être porté sur la liste des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

M. le docteur *Mauricet* envoie une *Histoire des épidémies des maladies fébriles de 1792 à 1851 dans le Morbihan.*

M. le docteur *Mouton*, médecin-major de 1re classe au 52e régiment d'infanterie, envoie une Note manuscrite sur une *variété anormale d'éruption vaccinale observée à la suite de l'inoculation par scarification du vaccin de génisse.*

M. *Bouchardat*, offre la 27e édition du *Nouveau formulaire magistral* qu'il publie avec son frère.

M. *Leloir* dépose la thèse de M. le docteur *Testu* sur *les érythèmes polymorphes et les nodosités pseudo-rhumatismales éphémères survenant chez les syphilitiques.*

M. *Rochard* présente le *Compte rendu manuscrit des vaccinations et des revaccinations* pratiquées par M. le docteur *Aubert*, médecin-major de 1re classe au 23e régiment d'infanterie.

M. *Luys* dépose un *Manuel de métallothérapie et de métalloscopie* par M. le docteur *J. Moricourt*.

M. *A. Guérin* présente, de la part de M. le docteur *Kirmisson*, les relations de voyages chirurgicaux à Vienne, Pest et Munich en 1887 et à Londres en 1885.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage de son ouvrage sur l'*hygiène thérapeutique*.

M. *de Backer* (de Roubaix) présente un perce-habit.

Service de la vaccine. — M. *Hervieux* est nommé directeur du service de la vaccine en remplacement de M. Blot, décédé.

Dysenterie. — Dans un mémoire extrait d'un pli cacheté, déposé il y a plusieurs mois par M. le docteur Bertrand, professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine navale de Toulon, celui-ci déclare considérer la dysenterie aiguë comme une maladie infectieuse, transmissible, mais non contagieuse, puisque les matières qui la propagent ne contiennent aucun élément qui leur soit spécial; cette conclusion est conforme à la doctrine classique qui indique, comme une des causes de la dysenterie épidémique, la putréfaction animale.

Électricité animale. — M. le docteur *Larat* lit une Note sur la polarisation des tissus animaux dans laquelle il expose diverses objections aux observations précédemment développées sur ce sujet par M. Danion.

Strabisme. — Dans un mémoire sur le strabisme, M. *Landolt* passe en revue les différents travaux publiés sur les déviations oculaires; il considère le strabisme comme l'indice d'une direction vicieuse de la ligne visuelle; il estime que son diagnostic doit être basé non sur l'apparence, mais bien sur la direction bien établie des lignes visuelles. En ce qui concerne l'étiologie, il insiste sur les paralysies et les contractures hystériques des muscles de l'œil comme cause encore peu connue des déviations oculaires. Pour le traitement, il signale deux espèces de cure des troubles de motilité des yeux; l'une, la cure pacifique, comprend l'hygiène générale et locale, les reconstituants, les mydriatiques et myotiques, les verres de lunettes, l'électricité, les moyens orthopédiques; l'autre, la cure chirurgicale, qui comprend à la fois la strabotomie et l'orthopsie. Il y a de réels dangers à pratiquer des ténotomies trop étendues, notamment lorsqu'elles sont combinées avec des sutures de renfort, tandis que la ténotomie modérée et suivie d'exercices orthoptiques donne des résultats excellents de convergence. Mais le procédé opératoire qu'il faut surtout préconiser, c'est l'avancement musculaire simple dans l'asthénopie et les degrés faibles du strabisme combiné avec la ténotomie dans les degrés élevés.

Injections intrapleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax. — M. *Potain* fait une très intéressante communication sous le titre qui précède. Il présente un malade, jeune homme de vingt-trois ans, qui, entré dans son service il y a dix mois avec un pneumothorax et des lésions tuberculeuses arrivées au troisième degré dans le sommet du poumon droit, est aujourd'hui complètement guéri de son pneumothorax, qui n'a laissé aucune trace appréciable, et de sa tuberculose, autant du moins que les moyens d'exploration dont nous pouvons disposer peuvent permettre de le présumer. Ce résultat a été obtenu à l'aide d'injections d'air stérilisé dans la plèvre, pratiquées d'après un procédé qui consiste à aspirer le liquide en même temps que l'air filtré à travers de l'ouate et ayant passé par des

flacons chargés d'eau phéniquée est introduit dans la cavité; pour cela, M. Potain se sert d'un appareil composé de flacons laveurs, de tubes de caoutchouc munis de robinets et de vis de compression, et d'aiguilles et trocarts fins qu'on introduit dans deux espaces intercostaux consécutifs. Un manomètre métallique, adapté à l'appareil aspirateur, permet de mesurer la pression intrapleurale. Des précautions spéciales sont prises pour que l'air injecté soit absolument aseptique.

Dans trois cas ainsi traités, il y a eu guérison du pneumothorax; ce qui est loin d'être la règle, si l'on en juge par les statistiques. C'est que le plus souvent, en présence d'un pneumothorax survenu chez un phthisique, on tente de débarrasser la poitrine par une ponction de l'air accumulé; tantôt on extrait à la fois l'air et le liquide, tantôt le liquide seul; parfois même, on a essayé de substituer un liquide à l'air contenu dans la poitrine de façon à transformer le pneumothorax en hydrothorax destiné à guérir plus aisément. Les résultats de cette pratique sont généralement désastreux; car le pneumothorax est une maladie qu'il ne faut pas guérir; non seulement il n'aggrave pas notablement l'état des phtisiques chez lesquels il survient, mais il paraît se modifier souvent dans un sens favorable. Ce qui est dangereux, ce n'est pas la présence de l'air dans la cavité pleurale, à moins qu'il n'y soit à un état de tension exagérée; ce sont les complications qui parfois l'accompagnent, c'est la pleurite qui lui succède et résulte de la pénétration de quelque parcelle d'agent septique dans la plèvre, c'est la compression inégale et variable exercée sur le cœur par le liquide consécutivement accumulé.

Afin de préciser les cas dans lesquels il peut convenir d'appliquer cette méthode de traitement général, il faut faire les distinctions suivantes : dans le premier temps, si le pneumothorax, une fois établi, ne donne lieu à aucune dyspnée notable, il faut s'abstenir de toute intervention chirurgicale. Dans le cas seulement où par le mécanisme de la soupape l'air s'accumule dans la cavité pleurale de façon à y acquérir une tension dangereuse, ce que l'on reconnaît à l'ampliation du côté, au refoulement du diaphragme et du médiastin, il peut être utile d'évacuer par la ponction une partie de l'air contenu dans la plèvre et d'y établir une pression égale ou légèrement inférieure à la pression atmosphérique. Lorsque, plus tard, il se produit un épanchement séro-fibrineux, l'abstention doit être encore de règle aussi longtemps que cet épanchement ne deviendra pas incommode par son poids ou ne sera pas dangereux par son volume. Quand l'épanchement séreux sera devenu abondant et incommode, il conviendra d'en faire l'extraction totale par la ponction et d'y substituer de l'air stérilisé de façon à maintenir dans la cavité pleurale une pression peu éloignée de la normale, qui est —7 millimètres de mercure.

Si l'épanchement est séro-purulent et non fétide, on peut encore se comporter de la même façon. Mais s'il s'agit d'un foyer purulent largement ouvert dans les bronches ou d'un épanchement purulent d'emblée et de pus déjà fétide, il faut ou bien faire immédiatement l'empyème si l'on s'est assuré que le poumon du côté opposé puisse suffire encore à la respiration malgré le refoulement du diaphragme, ou bien enfin, si la respiration semble gravement compromise par l'insuffisance de la respiration, appliquer le drain hermétique avec siphon. Il est d'ailleurs deux principes dont on ne doit jamais s'écarter lorsqu'on intervient opérativement dans la plèvre : d'abord l'antisepsie doit être absolument rigoureuse, l'air introduit doit être pur de toute poussière et complètement filtré; d'autre part, il faut éviter les grands et brusques changements de pression et maintenir toujours dans la cavité pleurale une pression aussi voisine que possible de la normale ou intermédiaire entre la pression normale et la pression atmosphérique.

Ainsi, il est possible d'évacuer complètement le liquide des épanchements pleuraux consécutifs du pneumothorax, à la condition d'y substituer de l'air stérilisé; l'air débarrassé de tout germe par la filtration à travers l'ouate est dépourvu de toute action nuisible et ne provoque aucune altération des liquides pleuraux. Cette pratique supprime les dangers graves qui résultent de la présence d'une grande quantité de liquide dans la cavité pleurale ou de l'évacuation rapide d'un grand épanchement; elle permet, d'autre part, d'éviter les inconvénients sérieux de ponctions fréquemment renouvelées et ménage au poumon la possibilité d'une distension lente et progressive. Elle semble enfin, en laissant pendant longtemps le poumon malade dans le repos et l'inactivité, favoriser la cicatrisation et la guérison définitive des lésions tuberculeuses. Si ces résultats ont pu être obtenus, c'est surtout grâce aux découvertes de M. Pasteur, découvertes qui ont montré ce que l'on peut attendre de l'antisepsie rigoureuse et qui ont fixé nos connaissances sur les causes qui rendaient jusqu'ici l'air dangereux dans de telles opérations.

— L'Académie se forme en comité secret afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Albert Robin* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et chimie médicales. La liste de présentation est fixée ainsi qu'il suit : 1° M. d'Arsonval; 2° M. Riban; 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Hanriot, E. Hardy, Pouchet et Quinquaud.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 18 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Plaies de l'abdomen : M. Tarsière. M. Chauvel, rapporteur (Discussion : MM. Trélat, Després, Lucas-Championnière, Reclus, Marc Sée, Tillaux). — Cancer du corps de l'utérus: M. Routier.

M. *Chauvel* lit un rapport sur une observation de M. *Tarsière : Plaie de l'abdomen par balle de revolver.* La balle était entrée à la base du thorax, à gauche, sous la ligne mamelonnaire, oblique en bas et à droite, avait été léser le rein, sans atteindre l'intestin derrière lequel elle avait passé. Le blessé est mort en dix-sept heures d'hémorrhagie intrapéritonéale. La laparotomie n'eût donc pu qu'être utile.

M. *Trélat* continue à préconiser l'intervention précise; il pense que les plaies de l'intestin grêle sont mortelles quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent; d'autre part M. Reclus a constaté qu'une plaie pénétrante de la région périombilicale s'accompagne presque toujours de plaie intestinale. Le bouchon muqueux est possible, mais aléatoire (passage des gaz tout au moins) et dangereux (renversement dans l'intestin d'une surface septique). M. Després objecte cinq guérisons; or les unes ne concernent pas des plaies d'armes à feu; les autres n'ont qu'un diagnostic douteux. Dans un de ses décès les lésions pulmonaires concomitantes contre-indiquaient l'intervention; dans un fait de M. Tillaux il y avait à la fois lésions du foie, du rein, de la rate. Il y a donc des cas désespérés. Mais ce n'est pas un motif pour désespérer de tous. Ainsi le second décès de M. Després eût peut-être été évité par la suture précoce de l'intestin jointe à la néphrectomie. M. *Després* nie qu'il y ait des succès dans des cas de ce genre. M. *Trélat* dit bien au contraire qu'il y en a.

M. *Championnière* est partisan de la néphrectomie lorsque le rein est lésé et saigne. Il insiste sur la difficulté

du diagnostic de la pénétration et à ce propos cite l'observation d'un caissier infidèle qui, pour simuler un assassinat, s'était fait au couteau une plaie bénigne, en apparence pénétrante.

M. *Reclus* pense que l'hémorrhagie est l'indication la plus nette de la laparotomie. Son meilleur signe est ce qu'on appelle le choc, indication opératoire par conséquent et non contre-indication comme on l'a dit, mais il est erroné d'appliquer aux balles de revolver le 99 pour 100 de mortalité de la statistique d'Ohi, contestable même pour les plaies d'armes de guerre. M. Reclus revient sur les processus de guérison spontanée. Il cite un cas où M. Chédevergne a vu guérir un homme qui, après une plaie adombilicale, a eu du mélæna. L'intestin grêle était donc presque certainement lésé.

M. *Tillaux* cite une observation personnelle de guérison après un coup de feu ayant atteint l'ombilic et ayant lésé le rein. Il est bien difficile de ne pas admettre une plaie intestinale.

M. *Marc Sée* répète ses conseils sur l'exploration des plaies abdominales et la laparotomie une fois le diagnostic de la pénétration posé.

— M. *Routier* présente un *cancer du corps de l'utérus.*

Société de biologie.

SÉANCE DU 21 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Septicémie gangreneuse des grenouilles : M. Legrain. — Sur le foie tuberculeux du lapin : MM. Ledoux et H. Martin. — Sur la rage : M. Brown-Séquard. — Catalepsie après la mort : M. Brown-Séquard. — Persistance des images rétiniennes : M. Charpentier. — Temps perdu du nerf optique : M. Charpentier. — Influence de l'excitation d'un œil sur l'acuité visuelle de l'autre œil : M. Charpentier. — Phénomènes généraux de la contraction cardiaque : MM. Héricourt et de Varigny. — Action physiologique de l'oxypropylènediisoamylamine : M. Louïse. — Fistule biliaire chez le chien : M. Dastre. — Le corps de Wolff et la formation du vagin : M. Tourneux. — Structure des parois des artères : M. Curtis. — Élimination de la pyridine : M. Œschner de Coninck.

M. *Gley* présente une note de M. *Legrain* (de Nancy) sur une septicémie gangreneuse des grenouilles. Il s'agit d'une affection qui sévit sur les grenouilles vivant dans les aquariums, dans d'assez mauvaises conditions hygiéniques : la peau des extrémités des membres se sphacèle, les muscles se désagrègent peu à peu, les os eux-mêmes se nécrosent. M. Legrain a pu isoler et cultiver en milieux variés une bactérie qu'il décrit soigneusement et qui, inoculée à des grenouilles saines, reproduit exactement la maladie et donne lieu aux mêmes lésions viscérales. L'inoculation de ce micro-organisme à des cobayes est demeurée sans résultat.

— M. *Ledoux*, au nom de M. *Hippolyte Martin* et en son nom, fait une communication sur le foie tuberculeux du lapin. Les auteurs ont étudié les lésions du foie qui se produisent à la suite de l'injection intraveineuse de bacilles de Koch chez le lapin. Ils ont trouvé des tubercules élémentaires répandus dans le tissu hépatique ; la petite masse du tubercule est infectée de bacilles. Il se produit une cirrhose interstitielle localisée dans le système porte et qui se développe de la périphérie au centre de l'organe.

— M. *Brown-Séquard* rappelle les changements qui surviennent souvent dans l'état de la plaie, chez les hommes mordus par un chien enragé, quelque temps avant que se déclare la rage : douleur vive partant exactement de l'endroit mordu, ouverture de la plaie, même quand celle-ci était complètement cicatrisée, etc. M. Brown-Séquard s'était depuis longtemps demandé quel pouvait être dans la production de ces phénomènes le rôle du système nerveux et, partant de là, quel pouvait être le rôle de ce système dans le développement même de la rage. Il s'est alors posé la question de savoir ce qui arriverait si l'on coupait, sur un animal récemment inoculé avec du virus rabique, les nerfs innervant la région atteinte. Jusqu'à présent il n'a fait l'expérience que sur un seul lapin, qui d'ailleurs est mort de la rage à peu près dans le même temps qu'un autre lapin témoin ; ce dernier cependant a présenté, dès le quatrième jour de l'inoculation, des phénomènes d'excitation très violente que le premier n'a pas montrés. M. Brown-Séquard persiste à croire que dans le développement de la rage il revient une certaine part au système nerveux.

— M. *Brown-Séquard* a observé autrefois chez des pigeons dont il sectionnait le cou des phénomènes moteurs variés et des hémorrhagies dans différents organes, cerveau, poumons, reins, capsules surrénales, etc. Récemment il a vu survenir dans ces conditions de la catalepsie limitée aux membres antérieurs ; cette catalepsie peut même être unilatérale. Ce phénomène se produit très particulièrement lorsque la section du cou est faite lentement, et ainsi lorsqu'un côté de la moelle est coupé assez longtemps avant l'autre.

— M. *d'Arsonval* présente trois notes de M. *Charpentier* (de Nancy) :

1° Sur la persistance des images rétiniennes, comparativement au centre et à la périphérie de la rétine ;

2° Sur le temps perdu du nerf optique, déterminé indépendamment du temps perdu de la rétine ;

3° Sur l'influence qu'exerce l'excitation d'un œil par la lumière sur l'acuité visuelle de l'autre œil, fait qu'il montre comme dépendant d'un phénomène dioptrique et non d'une action du système nerveux central.

— M. *de Varigny* a étudié avec M. *Héricourt* sur un malade qui présente une fistule sternale les phénomènes généraux de la contraction cardiaque. Comme, grâce à cette lésion, le cœur est assez aisément accessible, il a été facile au moyen d'appareils enregistreurs d'étudier le choc du cœur, la pulsation aortique, leur rapport dans le temps, etc.

— M. *Dastre* dépose une note de M. *Louïse* (de Lyon) sur l'action physiologique de l'oxypropylènediisoamylamine ; M. Louïse a particulièrement cherché à déterminer les effets de cette substance sur la respiration et sur la circulation.

— M. *Dastre* présente un chien qu'il a déjà montré à la Société, porteur d'une fistule biliaire et en très bonne santé : voilà maintenant plusieurs mois que cet animal a été opéré et l'on a pu déjà faire sur lui plusieurs séries d'expériences ayant trait à la physiologie de la nutrition.

— M. *Pouchet* dépose une note de M. *Tourneux*, relativement à la participation que prend le corps de Wolff au développement du vagin chez l'embryon du cheval.

— M. *Pouchet* dépose une note de M. *Curtis* sur les modifications de structure que subissent les parois artérielles à l'endroit où naissent les collatérales.

— M. *Quinquaud* présente une note de M. *Œschner de Coninck* sur l'élimination de la pyridine ; M. Œschner de Coninck a d'abord fait ses recherches lui-même et a constaté que la pyridine s'élimine par la salive et par les urines et en quelle proportion.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Action du traitement térébenthiné sur l'oxyhémoglobine : M. Brémond (Discussion : MM. Fernet, Hénocque). — Action de l'antipyrine dans la polyurie et le diabète : M. H. Huchard (Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Duhomme, Moutard-Martin).

M. *Brémond* fait une communication sur l'*influence du traitement térébenthiné sur la richesse du sang en oxyhémoglobine et sur l'activité de réduction de cette oxyhémoglobine.* Il rapporte les observations de trois malades phthisiques qui ont été soumis au traitement térébenthiné. Les examens hématoscopiques ont été pratiqués par M. Hénocque chez deux de ces malades, et les résultats cliniques du traitement contrôlés par M. le docteur Fernet. La quantité d'oxyhémoglobine, son activité de réduction et le poids des malades ont été soigneusement notés pendant la durée du traitement. L'examen histologique des crachats a démontré la diminution notable, et même la disparition des bacilles qu'ils renfermaient au début. L'augmentation de l'oxyhémoglobine dans ces trois observations vient confirmer l'opinion émise par M. Brémond au sujet des effets eutrophiques du traitement térébenthiné : ils résultent d'oxydations plus exactes dues à la transformation de l'oxygène du sang en ozone par l'essence de térébenthine qui a pénétré dans le torrent circulatoire.

M. *Fernet* insiste sur le caractère réellement scientifique des expérimentations entreprises par M. Brémond. Il a contrôlé les résultats du traitement par l'examen des malades, à la demande de M. Brémond, et a reconnu une notable amélioration de leur état général, bien que les phénomènes locaux pulmonaires aient été peu modifiés. D'autre part, la recherche des bacilles dans les crachats n'a laissé aucun doute sur leur disparition presque complète. Enfin les résultats remarquables de l'analyse hématoscopique empruntent une valeur incontestable à la compétence reconnue de M. Hénocque.

M. *Hénocque* fait remarquer que les examens hématoscopiques ont toujours été pratiqués dans les mêmes conditions: trois quarts d'heure après le bain térébenthiné, ce qui les rend très justement comparables. Si la quantité d'oxyhémoglobine est très variable d'un phthisique à l'autre, du moins on sait qu'elle ne se modifie pas rapidement d'une façon bien manifeste sous l'influence des diverses traitements employés jusqu'ici. Or, dans les observations de M. Brémond, l'augmentation de l'oxyhémoglobine est la caractéristique de l'amélioration obtenue. Quant à l'activité de réduction, bien que d'une façon générale on n'ait pas encore de règle établie à l'égard des phthisiques, on peut dire qu'elle est inférieure à la normale; or, dans les trois cas dont il s'agit, elle a suivi une augmentation soutenue. Il est évident que trois observations ne prouvent rien d'une façon absolue, mais elles fournissent du moins des données encourageantes, favorables à la méthode.

— M. *C. Paul* offre à la Société, au nom de M. Hérard, la seconde édition du *Traité de la phthisie pulmonaire,* par MM. Hérard, Cornil et Hanot.

— M. *Huchard* fait connaître le résultat de ses recherches sur l'action de l'antipyrine dans la polyurie et dans le diabète. Il a traité par l'antipyrine deux malades polyuriques et un diabétique. La première malade est cette femme atteinte de polyurie à la suite d'accidents méningo-bulbaires et dont il a déjà parlé dans une précédente séance. Il rappelle qu'au moyen de l'administration quotidienne de 6 grammes d'antipyrine il était arrivé à abaisser sa polyurie de 28 litres à 5 ou 6 litres par jour. Il a continué chez elle ce traitement avec quelques interruptions; il a par exemple essayé comparativement l'ergot de seigle, et la malade qui urinait à ce moment 11 litres par jour, a uriné le lendemain 16 litres, puis 18, puis 17. Il a donné de nouveau l'antipyrine à la dose de 2 grammes avec égale quantité de bicarbonate de soude et la quantité d'urine est descendue d'une façon permanente à 7 ou 8 litres; élevant alors la dose d'antipyrine à 6 grammes, il a vu la polyurie s'abaisser à 5 litres, puis à 3 litres. Tout traitement a été enfin suspendu et la polyurie a remonté à 7 litres, mais ce chiffre est loin, on le voit, des 28 litres notés au début. Il rappelle que cette malade offre une polyurie d'origine nerveuse bulbaire justiciable de l'action sédative de l'antipyrine; elle a présenté des accès de dyspnée bulbaire grave pendant une interruption du traitement et les accidents ont disparu à la suite d'une nouvelle administration du médicament. Dans d'autres variétés de polyurie, dans la polyurie d'origine rénale, par exemple, l'antipyrine reste sans effet appréciable. Chez un second malade, azoturique faible, avec polyurie atteignant 10 litres par jour, il a obtenu, avec 2 grammes d'antipyrine, l'abaissement de la quantité d'urine à 5 litres au bout de cinq jours; on donna alors 4 grammes d'antipyrine et la polyurie tomba à 4 litres. L'acétanilide fut comparativement essayée chez ce malade, mais la polyurie ayant remonté à 9 et 11 litres, on revint à l'antipyrine, qui ramena la quantité d'urine à 4 litres, soit une diminution de plus de moitié du chiffre initial. — Le troisième malade est un diabétique qui rendait avant tout traitement 11 litres d'urine par jour, renfermant 68gr,5 de sucre par litre, soit 753 grammes en total, et 96gr,32 d'urée; pas d'albumine. Avec une dose quotidienne de 6 grammes d'antipyrine, la quantité d'urine tomba en quelques jours à 9 litres et demi, puis à 4 litres, 5 litres et demi, et, en continuant l'antipyrine à la dose de 4 grammes, on notait, le 27 mars, 4lit,200 d'urine, renfermant 63gr,66 de sucre par litre, soit 271gr,08 en vingt-quatre heures. L'antipyrine ayant été interrompue, la polyurie augmenta, ainsi que la quantité de glycose, tandis qu'on obtint une nouvelle diminution analogue à la première en reprenant le médicament. Un fait isolé ne peut être probant, à coup sûr, mais c'est du moins un encouragement à poursuivre des recherches dans cette voie.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle qu'il a obtenu dans trois cas, avec 2 grammes d'antipyrine, un abaissement de la polyurie et du chiffre de la glycose encore plus net; cet heureux effet du traitement s'est encore accentué depuis et le sucre a presque disparu. Mais il tient de M. A. Robin que si l'on peut obtenir constamment la disparition du sucre avec 4 grammes d'antipyrine par jour, on voit par contre la glycosurie être toujours remplacée par un certain degré d'albuminurie au bout de deux ou trois semaines. Ce fait serait fort grave et devrait évidemment faire renoncer à une semblable médication. D'autre part il faut rappeler que les expériences entreprises par M. Lépine lui ont montré que l'antipyrine diminue la fonction glycogénique du foie.

M. *Huchard* est d'avis que les observations de M. Dujardin-Beaumetz sont moins probantes que la sienne; il n'a rien modifié, en effet, à l'alimentation de son malade, tandis que M. Dujardin-Beaumetz a mis ses diabétiques au régime. D'autre part, il n'a constaté d'albuminurie à aucun moment chez son diabétique, pas plus que chez la femme polyurique traitée par l'antipyrine depuis deux mois, et il croit qu'il faut se défier d'imputer à l'usage de l'antipyrine une albuminurie qui se montre fréquemment au cours du diabète, quel que soit le traitement mis en œuvre. Pour que le fait avancé par M. A. Robin ait une valeur réelle il faudrait que l'on observât l'albuminurie, à la suite de l'ingestion d'antipyrine, chez des malades non exposés à avoir des urines albumineuses du fait même de leur affection. Il rappelle que, dès 1884, il a signalé que l'antipyrine était

un médicament *bulbaire;* il l'a vue réussir contre le goitre exophthalmique, et cette action de l'antipyrine sur les phénomènes bulbaires de la maladie de Basedow semble confirmée par les observations de M. Gaulhier (de Charolles) et de M. Du Cazal. C'est évidemment de la même façon qu'elle agit dans le cas de polyurie bulbaire et de diabète.

M. *Duhomme* fait ressortir une différence capitale entre les faits rapportés par M. Dujardin-Beaumetz dans la dernière séance et celui que vient d'exposer M. Huchard. Dans les premiers, en même temps que la polyurie s'est abaissée sous l'influence de l'antipyrine, le taux de la glycose, *par litre*, a notablement diminué; chez le malade de M. Huchard, au contraire, le taux de glycose, *par litre*, ne s'est pas sensiblement modifié, et la glycosurie *totale* n'a diminué que du fait de la diminution de la quantité d'urine sucrée. Il rappelle que certaines glycosuries sont manifestement le résultat du conflit entre le sucre hépatique et le sucre alimentaire moins facilement assimilable : il en résulte que, si l'on parvient à restreindre la quantité de sucre hépatique, on pourra favoriser l'assimilation du sucre alimentaire et, par suite, diminuer la glycosurie.

M. *Moutard-Martin* fait remarquer que M. Huchard ne saurait, à bon droit, s'appuyer, pour démontrer que l'antipyrine ne produit pas l'albuminurie, sur ce fait qu'une malade, polyurique simple, n'a pas d'urines albumineuses, bien qu'elle prenne de l'antipyrine depuis deux mois. Cette femme, en effet, ne présente pas, pour l'albuminurie, la prédisposition qui se rencontre chez les diabétiques. Il se peut fort bien que l'antipyrine détermine l'albuminurie chez les sujets prédisposés, comme les diabétiques, par exemple, ainsi que l'aurait constaté M. A. Robin.

M. *Huchard* a voulu simplement dire que l'on ne peut incriminer l'antipyrine d'une façon certaine, puisque le diabète suffit par lui-même à amener l'albuminurie. D'ailleurs, bien que son malade n'ait à aucun moment, rendu des urines albumineuses, il offrait, dès le début, un certain degré d'œdème des membres inférieurs qui s'est accru au cours du traitement, en l'absence de toute lésion cardiaque. Ce fait doit être signalé.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

Société anatomique.

SÉANCE DU 20 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Ricard* présente, au nom de M. *Delattre*, une corne développée dans un kyste sébacé.

— M. *Valat* montre une *fracture de la base du crâne* intéressant l'apophyse basilaire.

— M. *Tuffier* fait une communication sur une série de *néphrectomies expérimentales*.

— M. *Poupinel:* Examen histologique d'un *kyste dermoïde et macoïde de l'ovaire*.

— M. *Perrin de la Touche* communique un fait de *fibrolipome angio-moteur de la main*.

— M. *Cornil* montre la *coloration d'un myxo-chondrome par la safrassine*.

— M. *Dupré* montre des kystes du rein avec lithiase rénale.

REVUE DES CONGRÈS

Session de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Oran (Section des sciences médicales).

Fidèles à l'habitude prise dans la *Gazette hebdomadaire* depuis plusieurs années et qui a été unanimement approuvée par ses lecteurs, nous résumons, en les classant, les communications et les discussions les plus intéressantes parmi celles qui viennent d'avoir lieu dans la section des sciences médicales au Congrès tenu à Oran par l'Association française pour l'avancement des sciences.

Physiologie. — Il résulte des expériences intéressantes de MM. *Loye* et *Dastre* que, si l'on injecte dans les veines d'un lapin de l'eau salée contenant très exactement 7 grammes pour 1000 de chlorure de sodium, on peut, en faisant l'injection avec une vitesse ne dépassant guère 2 grammes par minute et par kilogramme d'animal, et à une température de 39 à 40 degrés, faire passer dans l'appareil circulatoire une quantité de liquide presque indéfinie, égale, supérieure même au poids de l'animal. Dans ces conditions, il semble exister dans l'organisme un véritable appareil régulateur de la quantité d'eau du sang. Le liquide injecté dans l'organisme qui ressemble alors à un vrai tonneau des Danaïdes, passe dans le liquide vasculaire dont la proportion aqueuse se trouve accrue sans que cette augmentation d'eau présente le moindre inconvénient; aucune lésion n'est observée; le rein élimine sans inconvénient le liquide en surabondance dans le système vasculaire. Le sang est donc un liquide éminemment variable dont la proportion de résidu ne peut beaucoup varier d'un moment à l'autre. On pourrait ainsi, fit observer M. Grasset, augmenter la diurèse de la dépuration urinaire par le lavage du sang; c'est, du reste, ce que l'on fait lorsqu'on prescrit à des ictériques d'abondants lavements d'eau; conseiller une cure d'eau minérale, c'est souvent prescrire une injection vasculaire afin d'épurer le sang.

Poursuivant ses recherches sur le mécanisme de la mort par la décapitation, M. *Loye* établit que la mort se produit en pareil cas par l'inhibition chez l'homme, sans agonie, survenant par un brusque arrêt de toutes les fonctions, tandis que chez le chien c'est l'asphyxie avec son cortège de convulsions qui détermine la cessation de la vie. De l'ensemble de la discussion qui s'est élevée à ce sujet entre MM. *Vincent* (d'Oran), *Milliot* (d'Alger) et *Grasset* (de Montpellier), il résulte que la raison de cette différence ne saurait encore s'expliquer; le fait est toutefois indéniable.

Médecine. — Plusieurs cas de mycosis de l'arrière-gorge ont été recueillis par M. *Moure* (de Bordeaux), chez différents auteurs. Il regarde cette affection, décrite pour la première fois en 1873 par Fränkel, comme très commune; elle passait souvent inaperçue, d'autant que les symptômes fonctionnels sont habituellement ceux de la pharyngite granuleuse. Les touffes blanches qu'on aperçoit sur les amygdales ou sur la base de la langue sont composées des éléments de leptothrix buccalis. Le traitement de cette affection bénigne consiste dans l'arrachement des touffes et la cautérisation du point d'implantation avec des solutions de chlorure de zinc ou d'acide azotique ou encore avec le thermocautère ou le galvanocautère. Appelant l'attention sur certaines formes anormales de cellules cancéreuses, dans des cas d'épithéliome de la langue et de la verge, M. *Nepveu* (de Paris) montre que l'on peut rencontrer dans les épithéliomes des cellules épithéliales à prolongements ramifiés et multiples comme les cellules nerveuses multipolaires; ces prolongements unissent des cellules épithéliales entre elles; les cellules ainsi conjuguées sont formées par de jeunes cellules réunies à une vieille cellule ou par des cellules bien développées réunies entre elles. Dans quelques cas même, M. Nepveu a trouvé que ces cellules épithéliales étaient unies à des cellules du tissu conjonctif.

A la fin de novembre 1887, M. *Gabriès* (de Sidi-Bel-Abbès) observa un jeune homme de dix-neuf ans, atteint de pneumonie droite *à frigore*, qui guérit en dix jours. Le deuxième jour, apparut une thrombose de la veine crurale droite, puis huit jours après une thrombose de la veine crurale gauche. Un mois après ces accidents, il ne restait plus en place des veines qu'un cordon

induré ; mais vingt jours plus tard, le malade fut pris d'embarras gastrique et d'hématurie; les urines contenaient des cylindres fibreux et l'urine n'était excrétée qu'à la dose de 15 grammes par vingt-quatre heures; peu à peu ces accidents disparurent à leur tour; mais de temps en temps se montrèrent des hématuries abondantes, puis des crachats hémoptoïques, des vomissements. Des thromboses multiples se produisent ainsi sous l'influence des premiers caillots dont l'émiettement successif produisit l'oblitération des veines rénales, des gastriques avec ulcération consécutive du territoire qu'elles desservent et de la pulmonaire.

Pour M. *Gillet* (d'Autun), les dilatations ampullaires que l'on observe chez certains arthritiques à la face interne de la langue sur le trajet des petits vaisseaux et des capillaires, et qui rappellent comme aspect et comme structure les anévrysmes miliaires du cerveau, auraient une relation étroite avec ceux-ci et pourraient faire pronostiquer l'imminence de lésions cérébrales.

Médecine légale. — MM. *Brouardel* et *Loye* ont soumis à de nouvelles recherches la question du mécanisme de la mort par submersion.

La période de résistance à l'inspiration qui suit immédiatement la grande inspiration de surprise a été regardée par certains physiologistes comme influencée par la volonté. On croyait que le chien fermait sa glotte pour s'opposer à la pénétration de l'eau; il n'en est rien, attendu que cette même période de résistance s'observe chez les chiens trachéotomisés, chez les chiens chloroformés. Il y a une force expiratoire du poumon placée sous la dépendance de l'excitation du nerf laryngé supérieur. Chez les noyés, c'est l'eau qui par contact avec la muqueuse du larynx détermine l'action de ce nerf laryngé.

Il faut quatre minutes de submersion pour que la mort soit certaine; cependant, c'est dans les dix premières secondes que la plus grande quantité de liquide pénètre dans le poumon. Ainsi, s'il faut un demi-litre pour tuer un chien de 5 kilogrammes, 350 grammes pénètrent dans la première minute. Ce fait est un peu surprenant si l'on se rappelle qu'on peut, dans beaucoup de circonstances, rappeler à la vie un sujet noyé submergé seulement depuis une minute; passé ce temps, on n'arrivera à rien dans les laboratoires. Après une minute, il n'y a pourtant pas beaucoup plus de liquide qu'auparavant.

L'eau introduite dans le poumon est absorbée et pénètre dans le milieu sanguin pour le diluer, non seulement avant la mort, mais aussi après le dernier soupir, et ce fait est de première importance en médecine légale. En effet, le médecin légiste est souvent chargé de déterminer si un individu a été noyé ou si le cadavre de cet individu a été projeté dans une rivière. Comme, d'après les renseignements anciens, le noyé doit avoir du sang liquide et non coagulé, on conclura à la submersion si la liquidité du sang est reconnue. Or, l'on vient de voir que l'eau passe dans le système circulatoire après le dernier soupir. D'ailleurs, même chez un noyé le sang se coagule toujours si on l'examine très peu de temps après sa mort; de plus, on trouve le sang liquide chez les noyés dans le cœur droit et dans les gros vaisseaux; mais en d'autres points on le trouve coagulé. On peut avoir du sang liquide dans la veine cave inférieure thoracique et des caillots dans la veine cave abdominale. Dans la veine porte, MM. Brouardel et Loye n'avaient vu de sang liquide ; toujours ils y ont trouvé un caillot très solide.

Thérapeutique. — Ayant vu, lors d'une épidémie de choléra dans le camp français au Maroc, en 1859, les soldats promener par ordre, et même par contrainte, leurs camarades pris de cholérisation, et cela plusieurs fois avec succès, M. *Pauly* (d'Oran) a appliqué, dans la dernière épidémie cholérique en Algérie, cette même méthode de traitement gymnastique, qui lui a donné les meilleurs résultats au cours de la période asphyxique du choléra, afin d'obtenir le rétablissement de l'hématose.

Les inhalations d'acide fluorhydrique ont donné à MM. *Moreau* et *Cochez* (d'Alger), sur soixante malades observés, tant à l'hôpital civil que dans leur clientèle privée, vingt-huit améliorations, quatre états stationnaires, neuf aggravations, quatre décès, onze malades disparus après une ou deux séances, quatre malades atteints simplement d'asthme ou de catarrhe bronchique chronique. M. *Laussedat* fait observer, d'après les expériences de M. *Chuquel* (de Cannes), que tous les tuberculeux peu avancés se sentent stimulés par les inhalations d'acide fluorhydrique ; l'appétit revient, les sueurs diminuent, mais jamais les lésions pulmonaires ne seraient modifiées de façon appréciable, et les tuberculeux caverneux n'en éprouveraient aucun effet; de plus, les caverneux comme les non caverneux auraient toujours, avant, pendant et après les inhalations, les microbes de Koch en même proportion.

M. *Mohammed-ben-Nakkach* (d'Inkermann) a traité vingt et un diphtériques, dès le début de la maladie, par le perchlorure de fer, à la dose de vingt-cinq à trente gouttes dans un verre d'eau, et par le lait, à la dose d'un litre par jour; comme adjuvants, il a employé les vomitifs et les badigeonnages trois fois par jour, avec une solution de perchlorure de fer. Il a obtenu vingt guérisons et un seul décès. Quelles que soient les propriétés toniques, antiseptiques et astringentes de ce médicament, il a paru aux divers membres de la section et en particulier à M. *Gibert* (de Paris) qu'il ne saurait suffire à lui seul et qu'il faut s'adresser en même temps à tous les agents susceptibles d'apporter quelques secours contre une maladie aussi désastreuse que la diphthérie. M. *Trolard* (d'Alger) estime que toutes les indications imaginées contre la diphthérie réussissent d'abord, parce qu'on les essaye sur des malades relativement âgés; c'est surtout chez les tout jeunes enfants que cette affection frappe, ainsi que le démontrent les statistiques et c'est dans ces cas que ces médications doivent être essayées pour pouvoir juger de leur valeur.

M. *A. Voisin* (de Paris) rapporte plusieurs observations de traitement suivi de succès, de maladies mentales et nerveuses, par des suggestions hypnotiques. M. *Burot* (de Rochefort) aurait guéri de même, par le traitement moral durant une année entière, une jeune fille atteinte depuis quinze mois de secousses convulsives, avec explosion de mots plus ou moins obscènes.

La matière médicale arabe peut offrir des ressources importantes et peu connues à la pharmacopée française et algérienne. M. *Bertherand* (d'Alger) en a dressé les listes suivantes: le *faham des Arabes* (Aceras anthrophora), sudorifique et stimulant; le *taubra des Arabes* (Globulaire turbith), purgatif habituel des indigènes, en décoction à raison de 20 à 25 grammes; l'*eucalyptus* et les *koheuls arabes*, comme préservatifs des affections oculaires ou comme moyens curatifs des conjonctivites granuleuses; le *musc de gazelle* qui peut être substitué au musc de chevrotain; l'*arenaria rubra*, employé dans la gravelle et le catarrhe vésical; le *noyau de dattes*, utilisé comme styptique dans certains cas de dyspepsie et de diarrhée atonique; le *lantana*, riche en huiles essentielles, qu'il faut utiliser en bains de siège dans les coliques aiguës de la dysménorrhée, chez les anémiques, en injections tièdes dans les écoulements vaginaux muco-purulents; le *balombea*, purgatif très usité; la *gonafide*, dont la pulpe du fruit est très efficace dans les diarrhées; son infusion théiforme est une excellente boisson contre l'alanguissement, des digestions; mais c'est surtout contre les fièvres intermittentes que les pilules d'extrait de goyavier ont donné les plus beaux succès; l'*habb el-aziz*, très utile pour la confection de potages qu'on donnera aux petits enfants atteints de vomissements et de diarrhées rebelles; le *schœnus molle*, avec lequel se font des préparations contre la blennorrhagie.

Pour M. *Sarda* (de Montpellier), qui a recueilli plus de cent trente observations sur l'emploi de l'antipyrine, de l'acétanilide et de la solanine comme médicaments nerveux, les deux premières de ces substances, tout en étant d'excellents analgésiques, n'ont pas une action absolument semblable. L'antipyrine réussit surtout contre le rhumatisme articulaire aigu, la migraine, les névralgies récentes, les douleurs à paroxysme de diverse nature; l'acétanilide, dont la tolérance gastrique est plus grande, est assurément moins efficace, sauf pour les névralgies de date ancienne. Quant à la solanine, à la dose moyenne de 25 ou 30 centigrammes par jour; elle est surtout précieuse comme modérateur de l'excitation motrice; elle est bien supérieure à l'acétanilide et à l'antipyrine dans le traitement des sciatiques anciennes et rebelles, surtout dans les cas de névrite. Elle est utile toutes les fois que l'on veut obtenir une action dépressive sur la bulbe et la moelle; elle amène la parésie pour les nerfs moteurs; l'analgésie pour les nerfs sensitifs. — Ces observations sont confirmées par M. Grosset; il considère les solanines comme s'adressant tout spécialement aux symptômes médullaires produits par la lésion des cadres latéraux; c'est, dit-il, le médicament des faisceaux pyramidaux.

Chirurgie. — M. *Verneuil* insiste, en donnant à l'appui de nombreux exemples, sur la nécessité de l'émigration en air pur comme traitement post-opératoire des affections tuberculeuses

chirurgicales. Il n'opère guère un tuberculeux sans l'avoir au préalable soumis, pendant plusieurs semaines, aux préparations iodoformées, et il n'intervient qu'une fois que l'organisme est saturé par le médicament; l'opération faite, il envoie l'opéré dans des pays plus aérés et plus salubres. On admet, par définition, que les kystes spermatiques sont des tumeurs scrotales à contenu lactescent, opalin, tenant en suspension des spermatozoïdes, et situées au voisinage de l'épididyme.

M. *Vautrin* communique une observation suivie d'analyse histologique, qui tend à prouver que les kystes spermatiques peuvent se développer dans les bourses jusqu'à l'orifice inguinal.

M. *Hublé* (de Marnaia), ayant observé, de 1882 à 1887, dix cas groupés ou isolés d'une orchite particulière, développée spontanément, à l'exclusion de toute blennorrhagie, syphilis ou tuberculose, a été amené à admettre l'existence d'une orchite infectieuse primitive, liée aux mêmes causes extérieures que les cas voisins de rhumatisme, d'oreillons, d'impaludisme avec lesquels elle coïncide d'habitude, mais non sur le même individu, et tout en conservant son autonomie clinique. Elle guérit à l'aide d'un purgatif, des sels de quinine et de la compression ouatée.

Mme *Sarrante* (de Paris) a pratiqué dix-sept fois le curetage de l'utérus dans des cas d'endométrite; elle a remarqué que ce traitement intra-utérin, en améliorant ou en guérissant les affections utérines, a souvent une heureuse influence sur l'état de l'appareil laryngé en faisant disparaître la congestion de la muqueuse et en rendant à la voix toute sa limpidité.

M. *Mondot* (d'Oran) a présenté les instruments dont se servent les rabbins pour pratiquer la circoncision suivant le rite israélite. La déchirure de la muqueuse préputiale, qu'ils substituent à la section nette des ciseaux et du bistouri, empêcherait des hémorrhagies consécutives à cette opération. D'après les déclarations de M. Séguy (d'Oran), il ne semble pas que ce procédé ait de mauvais résultats.

Dans le traitement de l'empyème, M. *Rogée* (de Saint-Jean-d'Angély) s'est servi deux fois, avec un grand succès, d'une canule à deux soupapes, afin d'éviter que la pression extérieure se fasse sentir dans la cavité pleurale; le poumon, revenu sur lui-même, est ainsi forcé de se dilater; à chaque secousse de toux, l'air contenu dans la plèvre est expulsé et ne peut entrer dans la poitrine; le vide se faisant, le poumon s'étend vers la paroi.

L'arthropathie douloureuse, sur laquelle M. *Poncet* (de Lyon) appelle l'attention, est caractérisée par des douleurs articulaires violentes, continues, survenues dans une articulation malade depuis longtemps sans cause appréciable, sans complication apparente, et alors que la nécropsie peut seule donner l'explication de telles souffrances. Dans les observations qu'il a recueillies, il s'agissait de malades porteurs, depuis plusieurs années, d'anciennes arthrites du genou, de la hanche; deux fois, l'articulation avait suppuré; il persistait encore des trajets fistuleux, et c'est quinze ou vingt ans après le début de l'arthrite que la douleur apparut. Elle mériterait d'être rapprochée d'autres affections douloureuses à propos desquelles Broca faisait remarquer qu'en pareil cas le sujet surtout était douloureux. Cette arthralgie a une physionomie spéciale, elle se développe sur d'anciennes lésions articulaires non encore guéries, de natures diverses. Le pronostic est sévère, tous les moyens connus n'offrant qu'un soulagement momentané, et l'intervention chirurgicale devant être souvent radicale.

Deux observations de tumeurs profondes et bénignes des parties molles du creux de la main sont rapportées par M. *Gross* (de Nancy), l'une d'un ostéome spongieux chez un jeune homme de vingt-cinq ans, l'autre d'un fibrome. Il y a, pour l'extirpation de ces tumeurs, un point d'élection qui consiste à atteindre la région sous-tendineuse du creux de la main en passant entre les tendons des quatrième et cinquième doigts et les faisceaux des branches terminales des nerfs médian et cubital; pour les tumeurs situées vers la racine du creux, il faut les atteindre en suivant une voie latérale, en suivant la région hypothénar.

M. *Duzéa* (de Lyon) préconise les avantage de la conservation du périoste calcanéen dans les amputations de l'extrémité inférieure de la jambe..... M. *Marchand* (de Paris) estime que si les amputations ostéoplastiques sont meilleures dans les lésions traumatiques, l'ablation large est préférable dans les cas d'affection tuberculeuse, de crainte de conserver dans le lambeau une synoviale fongueuse exposant aux récidives.

Un cas de polydactylie et de syndactylie a été rapporté par MM. *Seguy* et *Lévy* (d'Alger), chez une petite fille israélite, portant sept doigts à la main gauche, soit un auriculaire et un annulaire supplémentaires, possédant un squelette complet et munis d'ongles; ils étaient articulés tous deux sur le métacarpien correspondant. La désarticulation de ces deux doigts et l'opération de la syndactylie ont été pratiquées avec succès.

M. *Rogée* (de Saint-Jean d'Angély) se loue beaucoup de l'emploi du biiodure de mercure en chirurgie; antiseptique plus puissant que l'acide phénique, cette substance n'a pas d'odeur; sa solution alcoolique à 1/300 est miscible en toutes proportions avec de l'eau chaude, et il n'irrite pas les plaies. En se servant du biiodure et d'un pansement ouaté maintenu par des bandes de tarlatane, il a fait, depuis 1885, 108 opérations, dont 32 grandes, avec une mort, avec une donnée moyenne de cicatrisation de dix-sept jours et de dix jours pour les herniotomies.

Hygiène. — M. *Rollet* (de Lyon) a constaté, chez presque tous les ouvriers verriers, travaillant depuis plusieurs années, une déformation spéciale de la main, consistant dans la flexion permanente, surtout marquée à l'auriculaire, de la deuxième phalange sur la première; c'est une contracture spasmodique d'origine réflexe due au maniement de la canne, et tout à fait différente de la rétraction de l'aponévrose palmaire. La contracture peut aboutir peu à peu à une névrite, puis à une atrophie musculaire. La question sur laquelle M. *Laussedat* (de Paris) appelle l'attention prend de plus en plus d'importance dans toutes les stations où se rendent les phtisiques; il s'agit de la tuberculisation des indigènes par les étrangers. « Les tuberculeux, dit-il, qui étaient très rares il y a vingt-cinq ans, à Cannes, sont actuellement très nombreux dans la population fixe, surtout chez les enfants et les jeunes gens sans qu'on trouve d'hérédité. Les causes en sont, d'une part, les mauvaises mœurs provoquées par le contact de la richesse, d'autre part la dissémination des bacilles apportés par les phthisiques étrangers; enfin la saleté des habitants. On pourrait aisément faire une enquête analogue à Hyères, Pau, Amélie-les-Bains, Alger, etc. La conclusion qui s'impose est la nécessité d'enseigner la propreté ou de surveiller la désinfection des objets mobiliers ayant servi aux phthisiques. »

La question du climat algérien ne pouvait manquer d'être portée devant le Congrès. C'est M. *Pauly* (d'Oran), qui en a entretenu ses collègues de la section de médecine. Pour lui, les climats du littoral algérien sont créés à la fois par l'influence saharienne et par les vents habituels régnant sur la Méditerranée, qui partent tous du nord au sud, et amènent la sérénité du ciel. Ces mêmes vents, combinés avec le froid des régions supérieures de l'atmosphère, donnent une grande humidité au littoral algérien, même quand les pluies ont cessé depuis longtemps. Sous ce rapport, on ne saurait trop vanter les climats de l'intérieur du pays, où l'humidité de l'air diminue et surtout ceux des hauts plateaux et même du Sahara. Les influences climatériques qui agissent dans les régions du littoral permettent de conclure que l'Algérie, grâce à la permanence du beau temps, est un milieu parfaitement habitable, où une race de colons, robuste et pleine de sève, se développe facilement; mais il faut y mener une vie très active, très mouvementée, la vie de propriétaire agriculteur. Même la phthisie peut s'améliorer sensiblement sous ce climat, mais dans les mêmes conditions de bien-être et de liberté que pour des touristes.

L'une des causes qui pourraient venir le mieux en aide à la colonisation et à l'acclimatement, ce serait assurément la protection de l'enfance. Aussi M. *Th. Roussel* n'a-t-il pas manqué d'engager vivement les membres de la section à aider de tout leur pouvoir l'organisation de ce service dans l'Algérie. Il a montré les avantages déjà constatés en France dans les départements où l'on s'en est occupé avec quelque soin.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

Du salicylate de magnésie dans la fièvre typhoïde, par M. H. Huchard. — Ce sel, qui aurait le double avantage d'être un antithermique et un antiseptique, se prépare en saturant par une solution chaude saturée de carbonate de magnésie, une autre solution contenant de l'acide salicylique. On obtient ainsi

des cristaux allongés en forme d'aiguilles, transparents et sans odeur, qui constituent le salicylate de magnésie.

M. H. Huchard prescrit cette substance à la dose quotidienne de 2 à 5 grammes, alors même qu'il existe de la diarrhée. Ce médicament, qui provoque bien la diarrhée à doses élevées, il est vrai, n'en possède pas moins, à preuve les observations cliniques de l'auteur, la propriété d'abaisser notablement la température et d'agir à la manière des antiseptiques intestinaux. (*Revue générale de clinique et de thérap.*, 26 janvier 1888.)

DES PRÉPARATIONS DE MALT CONTRE LA DIARRHÉE INFANTILE, par M. CLENDINNEN. — Après avoir fait usage avec succès de ces préparations dans un cas de diarrhée infantile rebelle chez un enfant de trois mois, dont les selles de couleur grisâtre contenaient de la mucine, l'auteur a mis plusieurs fois à l'épreuve cette même médication. Il administrait l'extrait de malt liquide à la dose d'une demi-cuillerée à thé par demi-litre de lait et constatait la disparition de la lientérie après vingt-quatre heures. En conséquence, il conseille, contre la diarrhée des petits enfants, d'employer : 1° la peptonisation du lait; 2° l'addition d'eau de chaux; 3° les préparations de malt. (*Austrobiasi med. Journ.*, décembre 1887, p. 572.)

BIBLIOGRAPHIE

Allaitement et hygiène des enfants nouveau-nés ; couvage et gavage, par MM. TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. In-18 de 286 pages, Steinheil, 1888.

Les nombreux ouvrages de ce genre que nous avons déjà signalés aux lecteurs de la *Gazette* remplissaient incomplètement le but auquel ils sont destinés. En même temps que les parents devraient y trouver sous une forme simple des renseignements pratiques, l'homme de l'art leur demande des études plus élevées, une appréciation raisonnée des recherches modernes, des progrès réalisés. Cette double condition se trouve ici réunie par la collaboration de trois maîtres ès science obstétricale, et nous pouvons prédire à leur manuel un légitime succès. L'ouvrage se divise en deux parties. Dans la première sont traitées toutes les questions afférentes à la physiologie et à l'hygiène de la première enfance. Dans la seconde on s'occupe de l'alimentation, c'est-à-dire de l'étude du lait, de l'allaitement naturel et artificiel, des aliments qui peuvent être présentés à l'enfant, des nourrices, de l'allaitement par les animaux. Tout ce sujet est complètement et magistralement traité.

Les derniers chapitres de cette seconde partie sont consacrés à une étude d'un vif intérêt : l'allaitement et l'hygiène des enfants, atteints de faiblesse congénitale, particulièrement des enfants nés avant terme.

La faiblesse congénitale se reconnaît à plusieurs caractères : le poids, la couleur de la peau, la faiblesse du cri et de la respiration, l'aspect général de l'enfant. Le froid est le principal ennemi de ces petits êtres. C'est pour entretenir chez eux une chaleur suffisante qu'on a imaginé un appareil dont les services ne sont plus aujourd'hui douteux : la couveuse.

En décembre 1857, Denucé (de Bordeaux) avait imaginé le *berceau incubateur*, sorte de double baignoire dont la plus interne servait de berceau. Un appareil analogue était employé à l'hôpital des enfants assistés de Moscou.

C'est en 1880 que le professeur Tarnier installa à la Maternité sa première couveuse. Elle consiste en une boite de bois à deux compartiments; dans l'inférieur est l'eau chaude; le supérieur contient l'enfant. Un couvercle en vitrage permet de le surveiller ; à l'aide d'une lampe on maintient dans l'appareil une température qui varie de 32 à 37 degrés centigrades, suivant l'état de l'enfant. Cette couveuse a été simplifiée. Dans le nouveau modèle le chauffage se fait par des boules de grès pleines d'eau chaude. L'air échauffé monte dans le compartiment où l'enfant se trouve placé. Une éponge placée dans l'espace qui fait communiquer les deux parties de la caisse maintient une humidité suffisante. L'enfant est extrait de la boîte toutes les heures ou toutes les deux heures pour être nourri et changé. On trouvera sur ces petits appareils tous les détails nécessaires et des figures qui en rendront l'intelligence facile. Généralement l'enfant passe une ou deux semaines dans la couveuse. Ce séjour a pu être prolongé pendant quarante jours.

Les avantages de la couveuse dans les cas de faiblesse congéniale et de scléréme, ne sont plus contestés. La statistique de la Maternité ne laisse aucun doute à cet égard.

Une autre question d'un grand intérêt est celle qui regarde l'allaitement des enfants nés avant terme. Quelquefois avec beaucoup de patience on peut faire téter l'enfant ou le nourrir à la cuiller avec le lait de femme, ou avec du lait d'ânesse coupé. Si ces deux laits font défaut, on peut réussir avec du lait de vache bouilli et coupé avec trois quarts d'eau sucrée. Si l'enfant ne peut pas boire ou rejette le lait, il faut arriver au *gavage* qui se pratique avec une sonde uréthrale en caoutchouc rouge (n° 14 ou 16) surmontée d'une cupule de verre. La sonde est introduite doucement jusqu'à la base de la langue et avalée par l'enfant; on pousse doucement ; à 15 centimètres la sonde est dans l'estomac. Chaque repas se compose de 8 grammes de lait de femme, ou à son défaut de lait d'ânesse ou de vache mêlé d'eau.

C'est grâce à l'emploi de la couveuse et du gavage qu'on a pu réussir à élever des enfants que leur état de faiblesse vouait nécessairement à une mort prochaine.

C'est là un immense progrès dont la réalisation tient pour la plus grande part à l'initiative et à la persévérance du professeur Tarnier. BLACHEZ.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Fondée par Orfila en 1833 pour venir en aide aux membres malheureux de la profession médicale, cette Association a tenu dimanche dernier, à deux heures, sa cinquante-cinquième assemblée annuelle, sous la présidence de M. Brouardel. Après une allocution très applaudie du président, M. Henri Barth, secrétaire général adjoint, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 67 640 francs, dont 17 902 fournis par les cotisations, 18 400 environ par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés. Avec ces ressources l'Association a secouru trois sociétaires, cinquante-cinq veuves ou famille de sociétaires ; enfin vingt-deux autres personnes appartenant au corps médical de Paris et du département. Les secours distribués se sont élevés à près de 40 000 francs, dépassant de 20 pour 100 la moyenne des cinq dernières années. Une somme de 23 950 francs a été portée au fonds de réserve. L'avoir total de l'Association dépasse actuellement 1 million; les sociétaires sont au nombre de huit cent cinquante. A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau ; ont été réélus à l'unanimité: président, M. Brouardel; vice-présidents, M. Blanche et Guyon.

— Une question très grave et qui ne pouvait, aux termes du règlement, être immédiatement discutée, a été posée à l'Assemblée par M. le docteur Desconts. Les ressources de l'Association vont en diminuant, a-t-il dit, ses charges restent les mêmes. Pourquoi ne chercherait-on pas dès lors à solliciter le zèle de membres nouveaux en modifiant les statuts, en créant, comme l'ont essayé d'autres Associations, une série de pensions de droit en cas d'incapacité de travail ou d'infirmités permanentes? Renvoyée à une Commission spéciale qui sera chargée de l'examiner dans tous ses détails, cette proposition nous paraît bien difficile à admettre. L'Association des médecins de la Seine

est avant tout et surtout une Société de bienfaisance, destinée à secourir les déshérités de la profession, leurs veuves et leurs orphelins. Le jour où elle deviendrait une Société d'assurances mutuelles ou une Association de prévoyance contre les accidents professionnels, il est probable que les dons généreux qui l'aident à vivre ne se multiplieraient plus et que l'élévation forcée du taux de la cotisation annuelle éloignerait un grand nombre des souscripteurs actuels. Nous l'avons déjà dit et nous ne pouvons que le répéter: il existe à Paris trois catégories de médecins. Les uns sont assez riches pour pouvoir être généreux. Ils donnent volontiers, lorsqu'il s'agit d'une Société charitable, lorsqu'il faut venir en aide à des infortunes imméritées. Ce sont les bienfaiteurs ordinaires de l'Association. Ils n'ont aucun intérêt à faire partie d'une Société qui leur promet un secours en cas de maladie. D'autres — ils sont hélas plus nombreux encore — auraient peine à distraire de leur modeste budget la cotisation annuelle relativement élevée qui sert de base aux calculs des Sociétés d'assurances contre la maladie ou les infirmités. Ce sont eux qui, dans un but de prévoyance, devraient être les plus empressés à s'affilier à l'Association générale et à l'Association des médecins de la Seine pour assurer plus tard à leurs veuves ou à leurs orphelins une subvention qui les aide à vivre. Sans doute il est, entre ces deux catégories, un assez grand nombre de nos confrères qui pourraient, sans trop de gêne, consacrer chaque année 100 ou 150 francs à une assurance en cas de maladie. Seront-ils assez nombreux pour qu'il semble utile de modifier les statuts d'une Société qui a déjà fait tant de bien? On ne peut aujourd'hui que poser la question. Elle sera, nous l'espérons, très prochainement résolue.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — L'Assemblée annuelle de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français a eu lieu dimanche matin, 8 avril, au siège social, 22, place Saint-Georges, sous la présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Après le rapport du secrétaire général, M. Lande, sur la situation morale de l'Association, le trésorier, M. Verdalle, a fait connaître l'état financier de la Caisse, dont le Comité des censeurs avait la veille examiné et vérifié, pièces en main, tous les comptes et dont les chiffres suivants sont l'exacte et éloquente expression.

Recettes.

Cotisations	153,773 60
Dons à la Caisse des pensions	2,300 » »
Dons à la Caisse auxiliaire	650 » »
Profits et pertes	382 03
Intérêt des valeurs	11,483 75
Total	168,589 38

Emplois.

Portefeuille	158,221 75
Frais généraux	5,315 18
Reste en caisse au 6 avril 1888	5,052 45
Total	168,589 38

L'encaisse était l'année dernière, au 6 avril, de 128,955 fr. 46. Les encaissements de cette année se sont élevés à 39,633 fr. 92. L'avoir total est donc cette année de 168,589 fr. 38.

Cette année, la Caisse a acheté 1200 francs de rente 3 pour 100 amortissable, moyennant le prix de 34,319 fr. 05 (titre nominatif au nom de la Caisse des pensions).

Le portefeuille se compose aujourd'hui de 29 obligations du Midi, 3000 francs de rente amortissable, 50 obligations foncières 1883, 50 obligations communales 1882, 50 obligations Orléans, etc.

Ainsi la fortune de la Caisse des pensions de retraite s'accroît régulièrement chaque année de la quantité prévue par ses fondateurs, et, comme il n'y a pas de raison pour que ces prévisions cessent de se réaliser, on peut affirmer en toute sûreté qu'à la fin de la première période décennale, la Caisse, riche de 4 à 500 000 francs de capital, ou de 15 à 20 000 francs de revenus, sera en mesure de remplir toutes ses obligations.

Inspection régionale de l'hygiène publique. — Par décret, en date du 23 avril, rendu sur la proposition du ministre du commerce, les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine des départements rempliront, sous l'autorité du ministre du commerce et de l'industrie, les fonctions d'inspecteurs régionaux des services de l'hygiène publique, chacun dans la circonscription territoriale de la Faculté à laquelle il est attaché. Ils correspondront avec le médecin des épidémies et avec le conseil d'hygiène publique et de salubrité de cette circonscription. Des arrêtés du ministre du commerce pourvoiront aux mesures de détail.

Pour la circonscription de Paris, le professeur d'hygiène étant en même temps inspecteur général des services sanitaires, il n'a point paru nécessaire de lui confier à nouveau, et pour une partie des départements, une attribution qu'il tient de ses fonctions actuelles pour tout le territoire de la République. Dans le cas où ces doubles fonctions ne seraient plus réunies dans la même personne, le professeur d'hygiène de la Faculté de Paris pourrait être investi, comme ses collègues des départements, des fonctions d'inspecteur régional.

Assistance publique. — Dans sa réunion de jeudi 12 avril, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a voté l'adoption d'un projet d'installation, à la Maternité, de la nouvelle chaire de clinique obstétricale voté par la Faculté de médecine, et décidée en principe. Le projet voté par le Conseil de surveillance permettra aux étudiants en médecine de faire, dans le cours de leur dernière année, une moyenne de trois accouchements par élève.

Concours du Bureau central. — *Chirurgie.* — Se sont fait inscrire: MM. Barette, Beurnier, Boiffin, Broca, Castex, Chaput, Clado, Coudray, Garnier, Guinard, Hache, Hallé (A.), Hartmann, Jullien, Ménard, Michaux, Ozenne, Petit-Vendol, Phocas, Poirier, Rémy, Ricard, Verchère, Walther.

Le jury provisoire de ce concours tel qu'il résulte du tirage au sort se compose de MM. Després, Reclus, B. Anger, Lannelongue, Trélat, Le Fort, Raymond.

Corps de santé militaire. — Par décrets en date du 23 avril ont été promus:

Au grade de médecin principal de première classe: MM. Marvaud et Chambé.

Au grade de médecin principal de deuxième classe: MM. Rebstock, Bressou, Mathias.

Au grade de médecin-major de première classe: MM. Barthé, Pouchet, Ferrandi, Cabanié, Lartigue, Franck.

Au grade de médecin-major de deuxième classe: MM. Labroue, Félix, Brault de Bournonville, Haur, Duval, Schoull, Ferrand, Boisson, Lévy, Léchaudel, Ribes, Buy.

Un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 8 août 1888, pour l'épreuve écrite. Les épreuves orales auront lieu pendant le mois de septembre: à Paris (le 3), à Lille (le 7), à Nancy (le 13), à Lyon (le 19), à Montpellier (le 25), à Bordeaux (le 29).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Maher, directeur du service de santé de la marine en retraite, et de M. le docteur Pion, directeur du *Poitou médical*. Ce journal qui, dès sa naissance, a reçu un excellent accueil de la part de tous nos confrères de la région de l'Ouest, sera désormais dirigé par MM. les docteurs Brossard et Rolland.

Mortalité a Paris (15e semaine, du 8 au 14 avril 1888. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 7. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 39. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 189. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs: cancéreuses, 45; autres, 7. — Méningite, 48. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 49. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 77. — Bronchite aiguë, 35. — Bronchique chronique, 49. — Bronchopneumonie, 43. — Pneumonie, 64. — Gastro-entérite: sein, 19; biberon, 31. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 37. — Sénilité, 35. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 12. — Autres causes de mort, 190. — Causes inconnues, 7. — Total: 1082.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

14283. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. le Dr L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. Lereboullet, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 2 mai 1888.

Académie de médecine : **L'analgésine. — L'hyperchlorhydrie dans les maladies de l'estomac. — Le diabète sucré. — Élection.** — *Académie des sciences :* **Microbiologie du cancer.** — *Société médicale des hôpitaux :* **Traitement des anévrysmes par la méthode de Baccelli.**

Une nouvelle qu'il importe de répandre, et qui sera certainement accueillie avec une grande faveur par le monde médical, est celle qu'annonçait hier à l'Académie M. Bourgoin, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux. Sur sa proposition, il vient, en effet, d'être décidé que, dans les hôpitaux, on désignerait dorénavant sous le nom d'*analgésine* le médicament que l'on appelait jusqu'à ce jour *antipyrine*. Non seulement cette dénomination nouvelle rend un compte plus exact des effets produits par le médicament; mais elle aura de plus l'avantage de permettre aux industriels français de préparer et de vendre directement un produit qu'il fallait jusqu'à ce jour demander à l'étranger; et qui, contrôlé par M. Bourgoin, sera toujours parfaitement pur.

— Poursuivant ses intéressantes recherches sur la pathologie de l'estomac, M. G. Sée vient de s'assurer que les dyspepsies sont souvent dues non à l'absence, mais bien à une production exagérée d'acide chlorhydrique. Cette hyperchlorhydrie aurait même pour résultat de provoquer ou d'entretenir dans certains cas la dilatation ou l'atonie de l'estomac. On peut déduire de cette découverte plusieurs considérations thérapeutiques assez importantes au sujet du traitement de la maladie.

— Il est assez ordinaire de considérer le diabète sucré comme une maladie nettement définie. dont l'évolution est plus ou moins longue et les symptômes plus ou moins accentués. Le diabète maigre, dans cette hypothèse, ne serait que l'une des phases de la maladie, celle qui en accuse la gravité; l'amaigrissement progressif et les lésions cachectiques qu'il entraîne à sa suite seraient dus soit à la dénutrition générale, soit à l'albuminurie, qui le plus souvent vient compliquer et aggraver la glycosurie. D'après

FEUILLETON

Inauguration de la nouvelle Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Les solennités médicales ont tenu une place importante dans les fêtes que la ville de Bordeaux a organisées en l'honneur du Président de la République. M. Carnot a visité tous les hôpitaux de Bordeaux, l'hôpital central Saint-André, le nouvel hôpital des Enfants qu'il a inauguré, enfin l'hospice général de Pellegrin. Ce dernier établissement, installé dans un parc magnifique, a émerveillé les visiteurs. Il est difficile, en effet, de trouver une installation hospitalière réellement plus satisfaisante. Au point de vue des études médicales, c'est une véritable *Salpêtrière*, riche en maladies nerveuses de toute espèce; et quand on songe que d'une part elle confine à la Maternité, de l'autre à l'hôpital d'isolement, création encore unique en France, quand on voit en outre s'élever sur la rive opposée du ruisseau des Ondines qui limite Pellegrin, le superbe asile que le département de la Gironde élève pour les aliénées, on se fait une idée des puissantes ressources d'études que ce groupement heureux offre aux maîtres et aux élèves en médecine.

Mais le point le plus important de ces fêtes scientifiques a été l'inauguration de la Faculté nouvelle de médecine et de pharmacie : la création et l'installation de cette Faculté viennent, en effet, consacrer les laborieux efforts de plusieurs générations médicales. Sous l'ancienne monarchie, Bordeaux possédait un enseignement médical déjà remarquable, et fort estimé dans toute la région. Suspendu pendant la Révolution, cet enseignement ne tarda pas à être renouvelé par un chirurgien éminent de la ville, nommé

les recherches de Lancereaux, le diabète sucré ne serait point, au contraire, une maladie univoque. Le diabète maigre, caractérisé par le début brusque, les manifestations symptomatiques très accentuées, l'évolution rapide et l'extrême maigreur qui lui a fait donner son nom, constituerait un type nettement défini, dû à la destruction de la glande pancréatique. Le diabète sucré que l'on observe d'ordinaire, et qui se caractérise par sa marche lente, sa durée indéterminée, ses relations avec l'arthritisme, etc., diffère du précédent. Le diabète gras est d'ailleurs la forme la plus commune de la maladie. La mort ne survient que par le fait de maladies diverses (anthrax, pneumonies, gangrènes, etc.) qui viennent le compliquer. Lorsque à l'embonpoint exagéré, à la pléthore des diabétiques vient succéder un affaiblissement général avec amaigrissement progressif, il faut en conclure non à des lésions du pancréas, mais bien à l'aggravation de la glycosurie ou encore au développement de l'albuminurie. Enfin, tous les médecins ont observé les diabètes transitoires, accidentels, dus à des traumatismes, à des émotions morales vives ou encore consécutifs à des accès de fièvre intense, etc., c'est-à-dire toutes les fois qu'après une période d'hyperthermie un peu considérable, la température vient à tomber brusquement. Ces glycosuries passagères ne peuvent être assimilées au diabète sucré, mais ce qui cause parfois la confusion, c'est l'influence que les préoccupations morales ou les accidents nerveux de quelque nature qu'ils soient peuvent exercer sur la marche de la maladie. Presque toujours le diabète s'aggrave considérablement et rapidement, lorsque les causes morales d'ailleurs les plus variées viennent à influencer le malade. Et c'est alors que l'on peut voir l'amaigrissement, et un amaigrissement souvent très rapide, succéder à l'embonpoint exagéré des diabétiques. Il importait donc de distinguer le type clinique sur lequel M. Lancereaux vient d'appeler l'attention des autres formes de la maladie.

— Avant d'entendre ces diverses communications, l'Académie avait écouté la lecture d'un travail de M. Voisin sur les effets de l'emprisonnement cellulaire et elle avait élu membre titulaire et au premier tour de scrutin, M. le docteur d'Arsonval, professeur suppléant au Collège de France.

— La doctrine qui tend à faire admettre l'origine microbienne des tumeurs dites cancéreuses ne peut se défendre jusqu'à ce jour que par des arguments contestables. Sans doute on a décrit un microbe spécifique qui, d'après les expériences de Scheurlen, pourrait se cultiver dans des milieux appropriés et qui donnerait même, dans certaines conditions, des résultats d'inoculation positive. Malheureusement divers observateurs ont décrit à ce sujet des bacilles tout à fait différents les uns des autres et rien ne prouve qu'ils n'aient pas confondu avec l'agent qui est censé provoquer le développement du néoplasme des micro-organismes dont l'évolution doit être considérée comme consécutive à son apparition. D'autre part, si l'anatomie pathologique n'a pu encore démontrer rigoureusement l'origine microbienne des néoplasmes cancéreux, la clinique de son côté invoque des arguments multiples pour s'efforcer de la nier. Elle proteste contre la contagiosité, contre l'inoculabilité des tumeurs malignes, que celles-ci s'appellent carcinome, épithéliome ou sarcome. Dans l'état actuel de la science il importe donc de faire connaître tous les travaux dont le but est d'éclairer cette question si complexe. Et c'est pourquoi nous nous empressons d'insérer *in extenso* le travail que M. Verneuil vient de communiquer à l'Académie des Sciences au nom de M. Nepveu. Mais, tout en considérant comme très ingénieuses les considérations théoriques développées à l'appui des conclusions de ce travail, il paraît difficile de penser que le dernier mot soit près d'être dit sur ce sujet. La contagiosité de la tuberculose a été longtemps niée aussi bien que son inoculabilité, et l'on cherche encore le microbe spécifique d'un grand nombre de maladies qui sont évidemment d'origine parasitaire. De plus il faut bien reconnaître que sous la dénomination générique de néoplasmes cancéreux on confond un très grand nombre de tumeurs qui peut être diffèrent beaucoup les unes des autres au point de vue de leur pathogénie. N'est-ce point le cas d'attendre, de laborieuses et patientes recherches, du genre de celles que M. Nepveu a poursuivies dans le service de M. Verneuil, les faits indéniables qui permettront de résoudre définitivement cette question?

— A la Société des hôpitaux nous devons signaler une très intéressante observation d'anévrysme de l'artère crurale traitée par la méthode de Baccelli et communiquée par M. Bucquoy. Nous publierons dans notre prochain numéro le travail de notre savant confrère et nous aurons l'occasion de revenir prochainement sur ce sujet, qui sera très probablement devant l'Académie l'occasion d'une importante discussion.

— L'inauguration de la nouvelle Faculté de Bordeaux a

Moulinié (1). Après lui Elie Gintrac, par son travail opiniâtre, par la ténacité de son caractère, par la valeur de ses publications scientifiques, donna à l'Ecole préparatoire dont il était le directeur, une impulsion irrésistible, et c'est lui qui a été le véritable fondateur de la Faculté qui s'ouvre aujourd'hui. Son fils, Henri Gintrac, continua l'œuvre paternelle et eut l'honneur d'être le premier doyen de la Faculté de Bordeaux. MM. Denucé et Pitres, qui lui ont succédé, ont travaillé sans relâche à agrandir et à perfectionner l'institution que leur léguaient les deux Gintrac. Ils peuvent être fiers de leurs patients efforts, car le succès dépasse aujourd'hui toutes les espérances. S'il en est ainsi, c'est que la Faculté de Bordeaux n'a pas été une création improvisée, hâtive et partant incomplète et stérile; elle est venue à son heure, sur un terrain déjà préparé, comme le couronnement nécessaire des progrès réalisés depuis plus d'un demi-siècle.

Le renom de l'enseignement médical bordelais s'est peu à peu étendu dans tout le Sud-Ouest; les départements voisins, même des départements plus éloignés, sont devenus tributaires de Bordeaux et lui ont envoyé leurs jeunes étudiants; et à mesure que croissait le nombre des auditeurs, s'accroissaient aussi le nombre et la valeur des maîtres. Aux trente élèves qui suivaient les leçons d'Elie Gintrac ont succédé aujourd'hui plus de cinq cents étudiants en médecine, et l'on compte en outre plus de deux cents étudiants en pharmacie. Le nombre des inscriptions suit chaque année une progression croissante, et dans la dernière période scolaire (1886-1887) il a été délivré à Bordeaux 114 diplômes de doctorat.

Le nouveau monument édifié par la ville pour la Faculté est un chef-d'œuvre d'architecture. Si l'on peut regretter

(1) M. le docteur Péry, bibliothécaire de la Faculté, va publier incessamment un ouvrage important où toutes ces questions historiques sont développées de la façon la plus intéressante.

eu lieu, en présence du Président de la République, des ministres et des délégués des différents centres universitaires, le samedi 28 avril dernier. Nous publions ci-dessous un compte rendu de cette solennité à laquelle notre collaborateur M. François-Franck a bien voulu représenter la *Gazette hebdomadaire*. Dans notre prochain numéro nous donnerons un aperçu plus complet de l'organisation des laboratoires actuellement installés à la Faculté de Bordeaux et de l'Institut anatomique dû à l'initiative et à l'activité du professeur A. Bouchard.

PATHOLOGIE MENTALE

Les aliénés persécuteurs.

(Fin. — Voyez le n° 17.)

III

Il était important de bien faire connaître le délire de persécution, d'indiquer, ne fût-ce que sommairement, et ses symptômes et son évolution, de montrer ce qu'il faut entendre par le persécuté persécuteur, avant d'aborder l'étude de l'aliéné persécuteur ou persécuteur raisonnant, qu'on confond souvent avec le premier et qui s'en distingue par des caractères bien nets et bien tranchés.

Il existe tout un groupe de vésanies, qualifiées autrefois de noms divers : la folie morale, la folie des actes, la folie raisonnante, la folie lucide, etc., qu'on fait rentrer aujourd'hui, pour la plupart, dans ce que Morel appelle la *folie héréditaire*. Si l'on étudie avec soin les observations de persécuteurs raisonnants, on voit qu'ils ont souvent offert, pendant leur enfance, à l'âge de la puberté et à l'âge adulte, plusieurs des symptômes physiques ou moraux, qu'on assigne à cette folie héréditaire : altération du caractère, inégalité du développement des facultés intellectuelles, facultés éminentes à côté de lacunes énormes ; accidents nerveux ou troubles mentaux passagers à l'époque de la puberté ; existence mouvementée, irrégulière, vagabonde ; perversions des fonctions génitales, etc.

Comment ces individus arrivent-ils à se croire victimes de persécutions et cherchent-ils à se venger de leurs persécuteurs par tous les moyens en leur pouvoir ? D'ordinaire il y a un fait vrai, qui constitue le point de départ de la maladie ; que ce fait vrai ait été peu important ou qu'il ait eu des conséquences sérieuses, il fournit « le terrain sur lequel ont pris naissance et se sont développées les conceptions délirantes du malade, sa haine et ses idées de vengeance contre ses ennemis ». Et comme ces aliénés n'ont rien de ces mélancoliques qui se contentent de ruminer en eux-mêmes l'objet de leurs préoccupations, qu'ils sont très actifs de corps et d'esprit, ils passent rapidement de l'idée à l'action ; et alors ils mettent au service de leur délire toutes les ressources de leur intelligence et de leur activité, comme le montre si bien la description d'une si vivante exactitude qu'en fait M. Pottier et que nous ne saurions mieux faire que de reproduire :

« Ils croient avoir été victimes d'une injustice, d'une insulte, d'un dommage quelconque, et ils éprouvent dès lors un besoin impérieux d'obtenir une réparation, de satisfaire une vengeance, d'obliger à une rétractation, ou mieux de se débarrasser de leurs persécuteurs. On leur a fait du tort, d'une manière ou d'une autre ; on a nui à leur considération, à leur fortune, à leur honneur ; on a voulu attenter à leur vie, disent-ils, et dès lors, sans trêve ni merci, ils vont chercher la réparation du préjudice qui leur a été fait. Ils font des procès devant les tribunaux, demandent des dommages et intérêts, poursuivent de leurs obsessions et de leurs menaces incessantes les personnes qu'ils accusent de tous ces méfaits, cherchent à faire des actions d'éclat ou de scandale, produisent leurs réclamations par voie d'affiches, afin d'attirer l'attention publique sur leur personne et sur ce qui les intéresse et arriver ainsi à se faire rendre justice ; enfin, ils en viennent aux actes violents et aux voies de fait contre les personnes qu'ils incriminent et qui, leur refusant satisfaction, doivent devenir victimes de leur vengeance.... Quand on a le malheur d'être en butte aux poursuites d'un de ces malades, l'existence entière s'en ressent, car il devient bien difficile de se soustraire à cette tyrannie de tous les instants qui revêt les formes les plus diverses pour atteindre sa victime..... » Celle-ci « reçoit lettres sur lettres, plus injurieuses, plus comminatoires les unes que les autres, et cette correspondance se continue fastidieuse, ressassant toujours les mêmes faits et les mêmes accusations. Aux lettres succèdent les visites ; en vain on ferme sa porte, en vain on se fait protéger de toutes les manières, le persécuteur trouve moyen d'arriver jusqu'à celui que son délire lui a assigné. Il l'attend pendant des heures entières, le guette, le recherche partout où il va, le suit, s'attache à ses pas et lui apparaît dans les moments où il s'y attend le moins. Il le saisit au passage, dans les lieux publics, pour l'injurier, le menacer et lui répéter verbale-

---

que la façade soit en partie masquée par un îlot de vieilles maisons, une fois qu'on a franchi le seuil on est tout de suite enchanté. Vaste vestibule, imposant atrium, cour intérieure entourée d'un cloître à piliers élégants, ravissent successivement les regards du visiteur. Mais ces qualités purement artistiques sont ici d'un intérêt secondaire, et ce qu'il faut admirer le plus, c'est l'appropriation parfaite de chaque partie du bâtiment à sa destination. Les architectes, MM. Pascal et Mialhe, ont mis leurs connaissances techniques au service des professeurs et habilement réalisé les desiderata que chacun d'eux leur a indiqués pour l'aménagement des locaux destinés aux laboratoires. Ici un amphithéâtre pour les cours théoriques est disposé en pente douce ; là, les gradins d'un amphithéâtre de démonstration sont au contraire superposés en pente très raide, de manière à permettre aux élèves, placés sur les bancs les plus élevés, de voir facilement les objets placés sur la table du professeur. La médecine expérimentale (professeur Jolyet) et la physiologie (professeur Oré) ont des laboratoires spéciaux dans lesquels on peut faire à volonté des expériences et des cours, de manière à pouvoir sans difficulté répéter les démonstrations devant les élèves. Tout y est installé pour des recherches de vivisection, de chimie biologique, de bactériologie ; l'eau et le gaz y sont distribués à profusion ; des glacières sont aménagées dans les sous-sols ; on trouve des vitrines largement pourvues des instruments d'exploration ou d'enregistrement les plus nouveaux et les plus précis et des chenils préparés en divers points pour isoler les animaux auxquels on aurait inoculé quelques maladies dangereuses. Le laboratoire d'hygiène (professeur Layet), par la multiplicité de ses pièces, par son musée spécial, par la variété de ses installations, est un des plus importants. Les relations étendues de Bordeaux avec les pays d'outre-mer ont nécessité la création de collections de géographie médicale et de pathologie exotique qui sont un des attraits les plus curieux de ce véritable institut. Le laboratoire de *médecine légale*

ment toutes les plaintes et les accusations dont il l'a poursuivi dans ses lettres et ses réquisitoires écrits. Enfin, après avoir épuisé tous ces moyens de contrainte morale, le persécuteur arrive souvent jusqu'à la violence, se précipite sur son ennemi pour le frapper, ou l'épie, le revolver à la main, pour l'atteindre au passage » (p. 35).

Que, à la suite d'un de ces actes de violence, ces persécuteurs soient reconnus aliénés et séquestrés dans un établissement spécial, ils ne tardent pas à recouvrer le calme, la régle de l'asile y aidant, autant que le désir qu'ils ont de prouver leur raison et d'obtenir leur sortie. Mais ce qui est important à faire remarquer, le fait même de la séquestration amène souvent une transformation dans leur délire. Les accusations contre leurs anciens persécuteurs passent à l'arrière-plan, ou même semblent oubliées, et ce sont des plaintes contre les médecins et les magistrats qui les retiennent enfermés, qui les remplacent; ils n'ont plus alors qu'une pensée, celle d'obtenir leur mise en liberté et de poursuivre judiciairement ceux qui les ont fait séquestrer, avec le même acharnement qu'ils mettaient autrefois dans leurs revendications contre leurs propres ennemis. Et cette sortie, ils finissent le plus souvent par l'obtenir, soit par les tribunaux, soit même par les médecins. Ils en imposent, en effet, par la lucidité avec laquelle ils causent de toutes choses, par l'enchaînement logique que présentent d'ordinaire leurs plaintes et récriminations. Mais, à peine en liberté, ils recommencent une nouvelle série d'actes semblables à ceux qui ont motivé leur première séquestration, et arrivent tôt ou tard, soit à une condamnation judiciaire, soit à un internement.

A côté de ces symtômes de l'ordre psychique, il faut en signaler d'autres d'ordre somatique. En effet, les persécutés raisonnants présentent les caractères physiques des aliénés héréditaires, soit qu'ils soient originels et permanents, tels que la malformation et l'asymétrie crânienne, la déviation de la face, la déformation de la voûte palatine et des oreilles, les anomalies des organes génitaux, etc.; soit qu'ils soient accidentels et transitoires, tels qu'accidents nerveux et cérébraux variés, très graves en apparence, de nature convulsive, choréiforme ou délirante, qui déconcertent le diagnostic et le pronostic, et le plus souvent se terminent favorablement sans laisser après eux de traces durables. Parmi ces accidents cérébraux, M. Falret fait surtout ressortir l'importance de ces ictus, congestifs ou convulsifs, se produisant assez souvent, à intervalles très éloignés. Étant donnés l'exubérance et l'orgueil démesuré de ces malades, on est porté à conclure de ces ictus à l'existence de la paralysie générale; mais le retour, souvent prompt, à l'état antérieur donne tort à ce diagnostic. Ce qui n'est pas douteux, c'est que ces persécutés raisonnants meurent, le plus souvent, cérébralement, frappés par une attaque foudroyante, ou sous l'influence des accidents cérébraux dont ils ont eu à souffrir antérieurement.

IV

En étudiant le diagnostic différentiel entre le délire de persécution proprement dit et les persécutés raisonnants, il nous sera donné de compléter le tableau précédent et d'insister sur quelques points qui n'ont été qu'effleurés.

Les persécutés raisonnants ont cela de commun avec les persécutés proprement dits, qu'ils se croient victimes d'une persécution, et avec certains persécutés — les persécutés persécuteurs — qu'ils cherchent à se venger de leurs persécuteurs, ou à faire cesser cette persécution par tous les moyens en leur pouvoir. Mais il existe des différences essentielles entre les deux genres de malades, et ces différences résident non seulement dans les symptômes, mais encore dans la marche et dans l'évolution des deux affections.

1° *Au point de vue des symptômes.* Le délire de persécution classique est caractérisé, ainsi qu'on l'a vu plus haut, par des hallucinations de l'ouïe, du goût et de la sensibilité générale; il est une maladie essentiellement hallucinatoire. Les persécuteurs raisonnants ne sont pas des hallucinés; ils peuvent avoir des illusions, ils ont des interprétations délirantes; mais quant à des *voix*, ils n'en entendent jamais.

Le persécuté peut devenir, à un moment de son affection, *mégalomane* et il se croira un grand personnage, riche, puissant, etc.; le persécuteur raisonnant, lui, est surtout un *orgueilleux*, et son orgueil peut aller jusqu'au délire, comme chez ce malade qui écrivait : « Le moule qui me fit se brisa après ma naissance. Il n'y a qu'un Dieu, s'il y en a un, ce qui est douteux; mais il n'y a qu'un moi, et ce moi vaut bien la peine qu'on s'en occupe (1). » Il y a là certes la manifestation évidente d'un sentiment exagéré de la personnalité, mais non une idée délirante de grandeur nettement caractérisée, comme chez un persécuté qui se croit tel ou tel personnage historique et qui arrive ainsi à une véritable transformation de sa personnalité.

Un dernier point, qui n'est pas sans importance et que

(1) Campagne. *Traité de la manie raisonnante.* Obs. 1, p. 414.

---

est voisin du précédent. Également très complet, il deviendra un des plus fréquentés, quoique les travaux pratiques ne soient pas obligatoires, le jour où le service des autopsies judiciaires sera assuré à la Faculté (professeur Morache).

Les laboratoires d'*histologie* (professeur Viault) et d'*anatomie pathologique* (professeur Coyne) comprennent tout ce qui est utile aux recherches microscopiques et microbiologiques et ont une salle de démonstration commune. La *pathologie générale* (professeur Vergely) et la *thérapeutique* (professeur de Fleury) ont également leurs laboratoires, mais l'aménagement n'en est pas encore terminé.

La partie la plus remarquable de la nouvelle Faculté, c'est l'institut d'*anatomie* (professeur Bouchard) et de *médecine opératoire* (professeur Masse). Cet institut occupe trois grands pavillons perpendiculaires au fond de la cour intérieure et comprend un rez-de-chaussée et un sous-sol. Au rez-de-chaussée, belles tables de dissection, éclairage au gaz permettant de prolonger les travaux dans la soirée, tableaux d'ardoise pour les dessins, dispositions ingénieuses pour l'aération, l'écoulement des liquides, etc.; dans le sous-sol, vastes massifs de béton pour déposer et conserver les cadavres, appareils à injections à la glycérine boratée. Grâce à ces injections, M. Bouchard conserve à l'air libre presque indéfiniment et sans odeur les pièces anatomiques, et a supprimé le danger des piqûres. C'est à lui que l'on doit les heureux aménagements de cet institut, qu'il a fait exécuter après avoir étudié, dans un de ses voyages, les dispositions les meilleures des Facultés allemandes et françaises. Signalons encore un grand appareil à congélation, dans lequel les cadavres, une fois durcis, pourront être débités par une scie circulaire en tranches minces d'un demi-centimètre, ce qui permettra les plus intéressantes recherches d'anatomie topographique.

Enfin, les bureaux et une vaste et belle bibliothèque complètent la série des services établis dans le nouveau monu-

M. Pichon a été, croyons-nous, le premier à faire ressortir (1), c'est qu'on n'observe, ni dans les discours, ni dans les écrits des persécutés raisonnants, ces propos émaillés de néologismes, d'*idiologismes*, qu'on trouve chez le persécuté vulgaire.

2° *Au point de vue de la marche et de l'évolution*. Le malade atteint du délire de persécution traverse les phases diverses, que nous avons décrites plus haut; s'il devient persécuteur, ce ne sera qu'après avoir parcouru plusieurs étapes de son affection, après avoir été longtemps victime résignée, enfin après de nombreuses hésitations dans le choix de son ennemi. Il n'en est pas de même du persécuteur raisonnant; il trouvera dès le premier jour la formule de son délire, qui pourra avec le temps gagner en étendue, mais sans aucune modification dans la forme : ce sont toujours les mêmes plaintes, les mêmes récriminations; ce qui change ce sont les griefs qui se multiplient, le nombre de personnes dont on se plaint qui augmente. Rien donc de pareil à ce qui s'observe dans le délire de persécution où règne la variété des idées délirantes, qui se succèdent et s'enchaînent, s'engendrant en quelque sorte les unes les autres et arrivant peu à peu à une systématisation complète.

En tenant donc compte de l'absence d'hallucinations chez les uns, et de leur existence constante chez les autres; de la distinction entre les idées d'orgueil et le délire ambitieux ; du langage très différent, selon qu'il s'agit du persécuté ordinaire ou de l'aliéné persécuteur; enfin de la marche de la maladie, on possède des éléments certains de diagnostic entre le délire de persécution (type Lasègue) et le délire du persécuté raisonnant, tel que l'a décrit M. J. Falret.

V

Cette question des aliénés persécuteurs a de nombreuses applications médico-légales que nous ne saurions passer sous silence. Ces malades commettent des actes de violence, des tentatives de chantage ou d'homicide; ils font des procès variés, se plaignent de séquestrations arbitraires; il y a lieu de leur donner un conseil judiciaire, de les interdire, etc. Dans tous ces cas, soumis à l'examen de la justice, les médecins sont appelés à donner leur avis, à titre d'experts, et ce n'est qu'en se basant sur une connaissance exacte de cette variété de folie qu'ils pourront asseoir leur jugement et fournir une appréciation motivée. La médecine légale des aliénés se résume tout entière dans une question de diagnostic, a dit avec raison Falret père. Et M. Pottier ajoute judicieusement : « Au lieu de discuter, comme les avocats ou les magistrats, sur les divers détails de l'acte incriminé, ou sur les circonstances qui l'ont précédé, accompagné ou suivi, le médecin expert doit rester dans le domaine exclusivement médical, et baser son opinion et ses conclusions uniquement sur la description clinique des symptômes et de la marche de la maladie » (p. 69).

Ces principes trouvent surtout leur application lorsqu'il s'agit de résoudre la question de la séquestration des aliénés persécuteurs. Il est de toute évidence que, du jour où ces malades deviennent dangereux, ils doivent être placés dans un asile spécial ; il y a là un devoir de préservation sociale qui s'impose. Reste un point plus délicat à traiter. Un persécuteur a commis un crime ou a fait une manifestation dangereuse pour la sécurité publique; une fois enfermé, il devient calme, paraît raisonnable ; peut-être dissimule-t-il seulement ses conceptions délirantes? devra-t-on le rendre à la liberté? Beaucoup de bons esprits — et nous ne sommes pas loin de partager leur avis — convaincus que ces malades ne guérissent pas, qu'aussitôt livrés à eux-mêmes ils poursuivent de nouveau de leurs menaces et de leurs obsessions non seulement leurs anciens ennemis, mais encore tous ceux qui ont contribué à les séquestrer, sont d'avis que ces malades, ne pouvant être sans danger rendus à la vie extérieure, doivent être maintenus dans les établissements d'aliénés. Cette conclusion paraîtra peut-être excessive; mais, comme le dit M. Pottier (p. 70), « il faut avoir été témoin personnellement des angoisses et des tortures morales de tous les instants que ces persécuteurs imposent à leurs victimes, par des correspondances et des visites journalières, par des menaces verbales ou écrites, etc., pour comprendre l'obligation impérieuse qui s'impose de protéger les hommes sains d'esprit contre les persécutions insensées de pareils malades. Leur séquestration devient ainsi un devoir de préservation sociale, et c'est une bien grave erreur de la plupart des défenseurs officieux de ces malades de proclamer, comme on l'a fait si souvent, l'injustice et l'illégalité d'une pareille séquestration qui, dans les cas extrêmes, ne peut pas raisonnablement être évitée. »

D[r] Ant. Ritti.

(1) *Les persécutés persécuteurs*, in *Annales médico-psychologiques*, numéro de mai 1887, p. 443.

---

ment. Mais là ne se bornent pas les richesses de la Faculté. Les laboratoires des *cliniques internes* (professeurs Pitres et Picot), *externes* (professeurs Lannelongue et Demons), *obstétricale* (professeur Moussous), et *ophthalmologique* (professeur Badal), restent installés à l'hôpital Saint-André, et l'enseignement des sciences accessoires reste à Saint-Raphaël, dans le bâtiment où jusqu'à ce jour étaient accumulés la plupart des laboratoires. C'est là que la *physique* (professeur Merget), la *chimie* (professeur Blary), la *pharmacie* (professeur Figuier), la *matière médicale* (professeur Perrens) et l'*histoire naturelle* (professeur Guillaud) garderont, au moins provisoirement, leurs laboratoires et leurs amphithéâtres. Le jardin botanique, annexé à cette dernière chaire et dû à la libéralité d'un Bordelais, M. Godard, est situé tout près de Bordeaux et occupe une surface de 24 000 mètres carrés.

Cette riche organisation de l'enseignement est complétée par quatre cours annexes (maladies médicales et chirurgicales des enfants, maladies vénériennes, maladies mentales); par deux cours complémentaires (chimie minérale et accouchements) et par onze conférences réservées aux agrégés (physique médicale, chimie biologique, histoire naturelle, physiologie, maladies des organes génito-urinaires, médecine opératoire, microbiologie, dermatologie, séméiologie médicale, pathologie chirurgicale générale, gynécologie).

L'inauguration des bâtiments nouveaux, sous la présidence du chef de l'Etat, a été une véritable fête pour les professeurs et les élèves. Les professeurs des autres Facultés et du lycée ainsi que toutes les autorités avaient tenu à y assister. Le maire de Bordeaux, M. Daney, dans un discours remarquable et remarquablement dit, a rapidement retracé l'histoire des longues péripéties et des lourds sacrifices qui ont marqué, pour la municipalité bordelaise, les étapes de la création et de la construction de la Faculté. Aussi, quand il a hautement revendiqué devant le Président de la République les droits et les titres de Bordeaux à posséder la future

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Contribution a l'étude des bactériens dans les tumeurs, par M. le docteur G. Nepveu, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de laboratoire de la Faculté de Paris (1).

De récents travaux ont attiré l'attention sur l'origine bactérienne du cancer. Ledoux-Lebard (2), en 1885, lance l'hypothèse ; en 1887, Rappin (3), puis Scheurlen (4) Schill (5), Fräncke (6), l'étayent de recherches encore incomplètes, pendant que Ballance et Shattock (7) restent indécis.

Le problème, en effet, doit être abordé avec la plus grande réserve. Il est certain que les bactériens existent dans nombre de cas, mais leur présence est-elle constante? A-t-elle l'importance pathogénique qu'on lui accorde ou bien n'est-elle qu'accidentelle et contingente et ne faudrait-il pas pour l'expliquer tenir un compte plus sérieux de l'évolution et de l'état clinique des tumeurs ?

Sans vouloir contredire les assertions des précédents auteurs et prétendre élucider toutes ces questions, il semble nécessaire d'éveiller l'attention sur quelques points sinon oubliés, du moins laissés dans l'ombre.

Dans un premier ordre de faits, bien connus du reste, on constate la présence de bactériens à la surface des tumeurs ulcérées, cutanées ou cavitaires telles que les cancers du rectum, de l'utérus, etc. Partis de l'ulcération les bactériens pénètrent facilement dans les tumeurs, puis dans le sang. Ainsi s'expliquent d'une part certaines altérations locales des tumeurs, leur destruction superficielle et leur sphacèle par infiltration bactérienne, la suppuration possible, quoique rare. qu'on observe dans certains foyers néoplasiques secondaires, et d'autre part, la fièvre septicémique par pénétration dans le sang (Nepveu, *Mémoires de chirurgie*, p. 173, 1880).

En voici un exemple :

D..., cinquante ans, épithélioma rectal ulcéré depuis quatre ans, septicémie consécutive, cachexie; examen du sang, microcoques, diplocoques et microbactéries, mort rapide.

Certaines complications des tumeurs, sans importance apparente, peuvent favoriser l'entrée des microbes dans leur intérieur, ce qui a eu lieu vraisemblablement dans le cas suivant :

C..., opérée le 23 novembre 1883 d'un cancer du sein non ulcéré, avait eu pendant longtemps et portait encore des traces d'eczéma rebelle du mamelon. Le suc de la tumeur examiné immédiatement à l'état frais, surtout dans les endroits ramollis et en dégénérescence graisseuse, montrait un certain nombre de microcoques, soit isolés, soit réunis deux à deux ou par petites masses.

On retrouve assez souvent dans les antécédents des malades des lésions diverses : abcès du parenchyme glandulaire, engorgement laiteux suppuré, mammites, etc., qui ont précédé l'apparition du cancer du sein à une époque plus ou moins éloignée. Il est probable que dans ces circonstances les bactériens peuvent rester incarcérés pendant de longues années dans les tissus (Nepveu, *Pathogénie des abcès fétides*, in *Gazette médicale*, 1885) ou s'isoler dans quelques canaux glandulaires mammaires; peut-être même la sourde irritation qu'ils entretiennent est-elle une cause, non pas créatrice (Scheurlen), mais simplement provocatrice de la prolifération néoplasique.

Si le cancer — toujours ulcéré en ces cas — s'étend au péritoine, il n'est pas rare de trouver des bactériens dans la sérosité péritonéale (Nepveu, *Société de biologie*, 9 juin 1883).

X... — Cancer ulcéré du rectum, anus contre nature par la méthode de Littre; la sérosité péritonéale recueillie avant l'ouverture intestinale avec un tube de Pasteur stérilisé est immédiatement examinée : microcoques, diplocoques.

Fouq. — Epithélioma rectal ulcéré, anus contre nature par la méthode de Littre; même recherche, même résultat, 1883.

Dans tous ces cas, les bactériens sont évidemment d'origine externe.

(1) Le rôle que les microbes jouent dans un grand nombre de maladies locales ou générales a fait naître l'idée qu'ils pourraient intervenir dans l'étiologie ou la pathogénie des néoplasmes en général et du cancer en particulier.

Cette hypothèse a paru recevoir un commencement de confirmation par la découverte non contestable de véritables parasites pathogènes et spécifiques dans certains néoplasmes tels que l'actinomycose et divers papillomes par exemple et par la constatation déjà faite à plusieurs reprises de microcoques, diplocoques ou micro-bactériens dans le tissu même des tumeurs épithéliales ou carcinomateuses.

Malheureusement les résultats annoncés ne sont nullement concordants, ce que les uns ont vu est nié par les autres et à l'heure présente l'origine microbienne du cancer ne saurait être absolument acceptée, ni repoussée. Les observations positives elles-mêmes ne sont pas concluantes, car elles peuvent recevoir différentes explications.

Ces hésitations de la science donnent un intérêt réel aux recherches de mon élève et ami M. Nepveu, recherches commencées dans mon service en 1884 et poursuivies depuis cette époque avec persévérance. (Verneuil.)

(2) Ledoux-Lebard, *Le cancer, maladie parasitaire* (*Archives de médecine*, 1885).

(3) G. Rappin, *Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes*, 1887.

(4) Scheurlen, *Ueber die Ætiologie des carcinoms* (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, p. 1033).

(5) Schill, *Briefliche Mitth. ueber denselben Gegenstand. Verlesen under Sitzung des Vereins für innere Medicin* (*Ibid.*) et Freire Domingos (Rio-de-Janeiro), *Mitth. ueber seine Krebsforsch. an Leyden.*

(6) Francke, *Münch. med. Woch.*, 1888, p. 57.

(7) Ch. Ballance and Shattock, *Report on cultivation experiments with malignant new growths* (*British. med. Journ.*, 1887, n° 1400).

école de santé militaire, une immense acclamation est venue souligner les paroles du maire; les professeurs de Bordeaux espèrent que le jour où le gouvernement aura à décider cette grave question, il se souviendra de l'énergie avec laquelle la ville, par l'organe de son premier magistrat, a réclamé pour elle cette institution. Il se souviendra aussi que les installations médicales et hospitalières qu'il a visitées ne laissent rien à désirer. Il n'oubliera point enfin que les étudiants bordelais lui ont fait un accueil chaleureux, qu'ils sont unis entre eux et avec leurs professeurs, qu'ils sont paisibles et laborieux et forment un milieu au contact duquel de futurs médecins militaires n'auraient rien à perdre au point de vue de l'esprit de discipline et de respect. Après le discours de M. Daney, M. le recteur Ouvré et M. Lockroy, ministre de l'instruction publique, ont prononcé des discours fort applaudis. La séance s'est terminée par un décret nommant chevalier de la Légion d'honneur M. le doyen Pitres. L'assistance lui a fait une ovation enthousiaste et bien méritée : on a applaudi non seulement l'organisateur ferme et bienveillant qui a su se concilier l'estime affectueuse de tous ceux qui l'entourent, mais le travailleur qui marqua si brillamment son passage à Paris et prêche d'exemple à Bordeaux. D'autres distinctions ont été accordées à quelques professeurs et agrégés (MM. Vergely, Jolyet, Carles). Le matin même, M. le docteur Levieux, promu officier de la Légion d'honneur, avait été acclamé par les étudiants à l'hôpital Saint-André dont il est l'administrateur dévoué.

Le soir, le ministre assistait au bal donné par les étudiants à l'occasion de cette fête scolaire, et, toujours sur la brèche, prenait part le lendemain à un banquet que les professeurs et agrégés de la Faculté de médecine offraient aux professeurs des autres Facultés, à la presse médicale et politique de la région, aux sociétés médicales de la ville et avant tout aux délégués des Facultés et Ecoles qui avaient bien voulu venir fêter à Bordeaux l'inauguration du nou-

Dans un autre ordre de faits, cette origine n'est pas moins réelle, mais le mécanisme est un peu différent. Les tumeurs des téguments, des muqueuses, des orifices ou des cavités, sont parfois le siège de microtraumas, de fissures microscopiques, qui facilitent l'invasion microbienne. L'application de certains topiques, sinapismes, vésicatoires, moxas, etc., qui détruisent les surfaces épidermiques, les injections hypodermiques elles-mêmes, avec des liquides ou des instruments septiques sont suivis des mêmes effets. Quoi qu'il en soit, aucun de ces faits ne peut servir à étayer la théorie de Scheurlen, à moins que l'inoculation des produits de culture ne vienne trancher victorieusement la question.

L'hypothèse de l'origine bacillaire du cancer m'était depuis longtemps déjà venue à l'esprit, et j'avais cherché vainement un cas à l'abri de toute critique, lorsque j'observai dans le service de M. Verneuil une tumeur profonde du creux poplité dans des conditions de siége et d'évolution clinique qui semblaient écarter tout soupçon d'inoculation externe (1).

A..., vingt-quatre ans, tonnelier, d'une belle santé, portait dans le jarret une tumeur volumineuse, indolente, sans adhérences, ni altération de la peau, sans le moindre indice de ramollissement, ni de travail inflammatoire quelconque; la tumeur qui englobait le nerf sciatique fut enlevée le 27 juillet 1883; j'en pris immédiatement avec un bistouri aseptique trois ou quatre tranches, aussitôt jetées dans l'alcool absolu. Quelques instants après, j'incisais par le milieu une de ces tranches, j'en raclais légèrement la surface et j'examinai le liquide ainsi obtenu, lequel renfermait des micrococques reconnaissables à leur réfringence, à leurs mouvements indépendants et à leur association fréquente (diplocoques); je fis le lendemain sur les tranches durcies, de nombreuses coupes colorées à la safranine, au bleu de méthyle, au brun de Bismarck. La tumeur était un fibrome, mais certains points étaient ramollis ou en voie de ramollissement; or, c'était précisement dans ces foyers que se trouvaient en plus ou moins grande abondance des micrococques, des diplocoques, mais en plus cette fois des microbactéries.

M. Verneuil, utilisant cette donnée, expliqua par la rupture de quelques-uns de ces foyers pendant l'opération et par leur inoculation consécutive à la plaie opératoire la fièvre traumatique subite (dès le 1er jour) de son opéré. Celui-ci, sorti de l'hôpital guéri en apparence, rentra le 27 octobre suivant et mourut cinq mois à peine après l'opération avec paraplégie, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et les lombes. paralysie viscérale et diarrhée opiniâtre. A l'autopsie on trouva une énorme masse néoplasique ramollie par places, qui avait envahi les vertèbres lombaires et comprimait la moelle épinière.

(1) Cette observation a été publiée par M. Verneuil à un autre point de vue, *Gazette hebdomadaire*, p. 5, janvier 1884. La note suivante mentionne mes recherches et l'interprétation que j'en donnais « M. Nepveu poursuit ses recherches sur le ramollissement des tumeurs et sur le rôle que pourraient jouer les microbes dans ce phénomène encore mal expliqué. »

Les bactériens trouvés dans la tumeur première ne présentaient rien de spécial dans leurs caractères extérieurs et les cultures que j'en fis avec du bouillon de viande stérilisé ne me donnèrent pas de résultats satisfaisants; mais le point intéressant était de savoir d'où ils pouvaient venir. Un instant je soupçonnai que le point de départ anatomique du néoplasme pouvait être un ganglion profond qui se serait accolé plus tard au nerf sciatique. Ce ganglion eût pu recevoir, à une époque indéterminée, à la suite d'une éraillure du derme, une colonie de bactériens; mais l'étude minutieuse que je fis de la tumeur ne me permit pas de vérifier cette hypothèse.

Je me demandai alors si le sang lui-même contaminé d'une façon quelconque n'aurait pas simplement déposé les bactériens dans la tumeur où ils auraient trouvé des conde culture favorables.

Telles sont les deux hypothèses qui me vinrent à l'esprit et entre lesquelles il ne me fut pas possible de choisir.

Depuis lors j'ai examiné un assez grand nombre de tumeurs dans le même but, je ne citerai que les principales.

Dans cinq lipômes, je n'ai pas trouvé le moindre bactérien; on sait que les lipômes ne se ramollissent guère. Dans deux sarcomes, très durs, l'un du bassin, l'autre de la jambe, j'observais dans le sang un certain nombre de globules blancs (une vingtaine par champ, obj. 5 et oc. 2 de Nachet) et un grand nombre de granulations libres. Mais je n'observai pas le moindre microbe, ni dans le suc de la tumeur examiné à l'état frais, ni dans le sang. Chez un malade atteint d'un épithélioma de la mâchoire en pleine récidive je n'ai pu trouver de microbe dans le sang, mais chose intéressante, j'y remarquais des cellules très petites, avec un noyau tantôt volumineux, tantôt tout petit et brillant, de forme polygonale: il s'agissait évidemment de jeunes cellules épithéliales d'origine embolique.

Diverses tumeurs du sein, dans lesquelles les antécédents de la malade rendaient peu probable la pénétration externe des microbes, se répartissaient en deux séries : dans les unes, les bactériens ne se trouvaient que dans les points ramollis, dans les autres il n'y avait ni points ramollis, ni microbes.

M. P..., quarante-deux ans : épithélioma du sein avec engorgement ganglionnaire, foyers de ramollissement dans lesquels on observe en abondance des micrococques et de microbactéries.

B..., cancer du sein. Mêmes résultats.

---

veau monument. Les toasts ont été nombreux et l'on a bu sans réserve à la prospérité de la Faculté de Bordeaux. Ce que nous venons d'en dire ne permet pas de douter que ces vœux ne se réalisent.

François-Franck.

Corps de santé de la marine. — A été nommé au grade de médecin de 2e classe, M. le docteur Brossier, aide-médecin.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Bourgade de la Dardye, professeur à l'Ecole secondaire de Clermont.

Mortalité a Paris (16e semaine, du 15 au 21 avril 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 8. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 35. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 223. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs: cancéreuses, 41; autres, 3. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 66. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 76. — Bronchite aiguë, 44. — Bronchique chronique, 44. — Broncho-pneumonie, 30. — Pneumonie, 69. — Gastro-entérite: soin, 14; biberon, 31. — Autres diarrhées, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 31. — Suicides, 27. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 205. — Causes inconnues, 12. — Total: 1115.

V. L..., cancer du sein, nombreux foyers de ramollissement avec micrococques et microbactéries.

B..., épithélioma du sein, pas de foyers de ramollissement, malgré de minutieuses recherches, pas de microbes.

Il est donc très probable qu'une étroite relation existe entre le ramollissement de certaines tumeurs et l'apparition de bactériens dans les points ramollis.

Enfin j'ajoute en insistant sur ce fait malgré que de minutieuses recherches il est un grand nombre de tumeurs dans lesquelles je n'ai pu trouver trace de bactériens, ce qui est absolument contraire aux opinions de Scheurlen.

Conclusions. — Il est possible qu'on arrive un jour à démontrer l'existence d'un bacille du cancer, mais en présence des contradictions et des incertitudes des expérimentateurs, il m'a semblé utile d'étudier au préalable quelques-unes des conditions dans lesquelles les bactériens peuvent apparaître dans les tumeurs.

Je les ai observés dans les tumeurs ulcérées spontanément ou à la suite d'un trauma; les liquides des cavités dans lesquels elles baignent parfois, sont le plus souvent le lieu d'origine de ces bactériens; les lésions inflammatoires des téguments qui les revêtent, spontanées ou provoquées, auraient le même rôle.

Les lésions antérieures au néoplasme (eczéma, abcès, inflammations diverses) réalisent des conditions analogues, par l'introduction des microbes et leur incarcération consécutive dans certains tissus. L'irritation lente et prolongée que produit ainsi leur long séjour dans les parenchymes glandulaires pourrait être une des causes de la production ultérieure des néoplasmes.

Il est probable que des bactériens d'origine externe ou contenus dans le sang trouvent dans certains foyers néoplasiques où les éléments cellulaires sont très abondants, un milieu de culture favorable. Les bactériens, en s'y fixant, activent le ramollissement et la destruction du tissu morbide.

Il y aurait lieu de rechercher les microbes, non seulement dans les néoplasmes ramollis, mais encore dans ceux qui sont le siège de ces hyperplasies rapides avec élévation de température locale, signalés par Estlander et Verneuil.

Thérapeutique.

Du traitement du rhumatisme blennorrhagique par l'électricité, lu à la Société de médecine de Constantinople par M. le docteur Ph. Photiades.

Personne n'ignore que dans ces derniers temps l'électricité a été appliquée au traitement des différentes affections articulaires avec le plus grand succès. Pourtant, rien n'a été tenté, du moins à notre connaissance (1), pour faire bénéficier l'arthropathie blennorrhagique des progrès accomplis dans un domaine si voisin. Aussi m'a-t-il paru convenable d'appeler l'attention sur cette lacune, d'autant plus que l'application de l'électricité dans cette arthropathie a été couronnée d'un plein et rapide succès dans le cas suivant:

Au commencement du mois d'avril 1887 je fus appelé pour soigner M. X. Z..., atteint d'un rhumatisme articulaire qui le retenait au lit depuis quelques jours.

Connaissant le malade depuis très longtemps et l'ayant déjà antérieurement soigné pour deux attaques de rhumatisme blennorrhagique, je n'avais aucune peine à soupçonner tout de suite la vraie cause de cette nouvelle attaque.

Je relaterai ces trois attaques dans leur succession chronologique.

Cet homme grand, maigre, d'une constitution faible, n'avait souffert jusque-là que de bronchites réitérées.

Au commencement de l'année 1881 il réclama mes soins pour une affection articulaire. Il me raconta qu'il avait contracté une blennorrhagie, que trois semaines plus tard il s'était senti courbaturé, que la plupart de ses articulations étaient devenues douloureuses et que s'étant péniblement traîné pendant quatre ou cinq jours il s'était vu forcé de s'aliter. Cette blennorrhagie était la première qu'il contractait. Les jointures attaquées étaient du côté gauche: l'articulation tibio-tarsienne, celle du genou et celles du poignet et des doigts; du côté droit: le genou, mais à un degré beaucoup plus léger.

Cette première attaque avait retenu le malade au lit pendant plus de trois mois, et cela malgré les traitements les mieux institués, et le plus consciencieusement suivis: vésicatoires, immobilisation, salicylate de soude, cyanure double de zinc et de potassium, badigeonnages iodés, iode et iodure de sodium à l'intérieur, rien n'a influencé la marche de la maladie.

La résolution est restée incomplète et son état de raideur dans les articulations a persisté, jusqu'à la troisième attaque, c'est-à-dire pendant une durée de six ans.

Les genoux ne pouvaient être fléchis au delà d'un certain angle; le malade, selon son expression, les sentait comme rouillés.

Les bains aromatiques, térébenthinés, sulfureux, l'arsenic, l'iodoforme, n'avaient apporté aucune amélioration à cet état chronique et le patient avait fini par en prendre son parti.

Par suite de différentes particularités, je conjecturai la nature blennorrhagique de cette arthropathie. Cette conjecture se transforma en certitude lorsqu'un an plus tard le malade eut de nouveau une attaque de rhumatisme articulaire à la suite de sa seconde blennorrhagie. Cette fois l'affection attaqua les deux genoux et l'articulation tibio-tarsienne droite restée inattaquée la première fois. Cette seconde attaque a montré une évolution beaucoup plus rapide. Ayant débuté une semaine après le commencement de la blennorrhagie, elle a duré avec une intensité moyenne pendant un mois, et a fait place à une résolution, qui sans être complète, a permis au malade de reprendre plus vite ses occupations. J'ai été cette fois très sobre de traitement et le malade ne s'en est pas trouvé plus mal.

La troisième attaque, celle dont il est question maintenant, est survenue trois semaines après la nouvelle et troisième blennorrhagie contractée au mois d'avril de l'année 1887. Les articulations cette fois-ci attaquées sont: les articulations du poignet et des doigts de la main droite, celle du genou droit, et l'articulation tibio-calcanéenne droite.

Ces dernières sont légèrement affectées; par contre, les articulations du poignet droit, toutes les articulations des doigts et les gaines tendineuses des fléchisseurs et extenseurs dans toute leur étendue sont vivement affectées; tuméfaction très prononcée, teinte rouge de la peau, distendue par un exsudat rigide, douleurs spontanées assez vives, mouvements abolis; fièvre légère, extrême courbature. Cette fois je n'ai voulu recourir à aucune des médications, qui pendant la première et la seconde attaque n'avaient fait que me donner des déceptions. La blennorrhagie a été abandonnée à elle-même; j'ai administré l'ichthyol intus et extra sur les articulations attaquées. Cinq jours de ce traitement s'étaient écoulés, l'articulation tibio-tarsienne droite se trouvait presque libre, celle du genou était améliorée et j'allais attribuer une influence heureuse à l'application

(1) On voudra bien me tenir compte de l'extrême difficulté que rencontre dans notre ville toute recherche bibliographique un peu minutieuse. J'ai en vain cherché dans les manuels les plus connus des cas analogues, Moritz Mayer, 1883; Erb, 1882; Onimus et Legros, 1872; de Watteville, 1884; Beard et Rockwell, 1884, etc. Je n'ai eu que ces derniers jours connaissance du travail du docteur Danion : *Sur le traitement des affections articulaires par l'électricité*, O. Doin, 1887. Il y est question d'une étude rapide faite par A. Joffroy et publiée dans les *Archives générales*. Il paraît que A. Joffroy a déjà appliqué les courants continus au traitement de l'arthropathie blennhorragique. Malheureusement je n'ai pas pu me procurer ce travail.

de l'ichthyol, lorsque tout à coup avec un léger mouvement fébrile toutes les articulations des vertèbres cervicales ont été attaquées à la fois. Le gonflement était tel que le cou du malade devint uniformément bombé d'une apophyse mastoïde à l'autre. Les trois gouttières de sa nuque longue et maigre avaient complètement disparu; la peau était distendue, légèrement rouge; la région cervicale absolument immobile paraissait comme coulée d'une seule pièce; douleurs spontanées assez vives, mais pourtant pas en proportion avec l'état local si violent.

Cette nouvelle fluxion articulaire avait été précédée, nous dit le malade, de quelques points de côté, avec une légère dyspnée et du mouvement fébrile. A l'auscultation, le jour suivant, nous n'avons pu rien constater; d'ailleurs ces phénomènes ont disparu sans médication dans l'espace de deux jours, mais en revanche l'état des articulations cervicales et de la main a plutôt empiré.

Nous ne croyons pas nécessaire de faire une longue digression sur la nature de l'affection, nul doute d'ailleurs qu'il s'agissait d'un rhumatisme blennorrhagique; le malade n'était aucunement rhumatisant; il n'a vu se produire chez lui de fluxions articulaires qu'à la suite de chaque blennorrhagie nouvelle, et cela d'une façon absolument fatale; par contre, il restait indemne de toute manifestation rhumatismale alors que son urèthre restait sain. D'ailleurs comme preuve presque expérimentale voici ce qui est arrivé: vers la fin du traitement, dont nous allons parler tout à l'heure, le malade pressé de retourner à ses occupations avec des articulations encore insuffisamment guéries, s'est exposé sur mer à un grand refroidissement; il a contracté une pharyngite grave avec fièvre intense et adénite cervicale; les ganglions antéro-latéraux du côté droit étaient énormément tuméfiés, l'existence du malade paraissait à un moment donné compromise, et j'ai dû avoir recours à des incisions très profondes et réitérées et à un drainage soigneusement surveillé. Eh bien, un refroidissement d'une telle intensité n'avait pas exercé la moindre influence sur des articulations encore en voie de guérison. Non moins caractéristique a été le mode d'évolution de ce rhumatisme; il s'est attaqué d'abord aux grandes, puis aux petites articulations, et encore il envahissait ces dernières sans quitter les premières; la réaction générale et locale a été en disproportion frappante avec l'inflammation articulaire; la fièvre presque insignifiante, et les douleurs spontanées n'ont en aucun moment atteint le degré qu'elles auraient eu dans un rhumatisme vulgaire de la même intensité locale; et de plus ces douleurs s'apaisaient encore bien vite alors que les symptômes locaux persistaient ou s'aggravaient.

Il y aurait encore quelques points à relever dans cette observation, mais c'est avant tout sur le traitement appliqué que je voudrais attirer l'attention.

Convaincu de l'inanité de tous les autres traitements, du moins dans ce cas, j'ai eu recours à l'électricité. Un courant faradique de la spirale primaire ou extra-courant a été appliqué au moyen de deux plaques flexibles (d'étain) et très larges (de 100 centimètres carrés de superficie chacune), d'abord au genou, puis à la main (faradisation humide). Pour la nuque, j'ai choisi deux excitateurs en charbon de 20 centimètres carrés chacun appliqués à côté de chaque apophyse mastoïde. La durée de l'application a été de six minutes pour le genou, de six minutes pour la main et de quatre minutes pour la nuque. L'intensité du courant a été augmentée graduellement jusqu'au degré extrême que le malade pouvait supporter.

Une détente frappante a suivi immédiatement la première application; le malade riait d'étonnement de pouvoir tourner sa tête légèrement de côté et d'autre alors qu'un quart d'heure auparavant il n'osait même y penser.

Cette première application avait lieu quatorze jours après le début de l'affection, c'est-à-dire en plein état aigu, mais l'état aigu d'une arthropathie ne contre-indique en aucune façon l'application de l'électricité, c'est un point reconnu, je ne veux pas m'y arrêter.

Dans l'espace de deux jours l'état du genou permettait déjà le transport du malade chez moi; je me suis alors appliqué les jours suivants à élucider la question de savoir lequel des courants conviendrait le mieux à cette arthropathie. A cet effet j'ai appliqué pendant trois séances le courant galvanique seul; les mêmes plaques qui m'ont servi pour la faradisation humide ont été appliquées pour le courant constant; l'intensité a été de 16 milliampères pour la main (60 éléments), de 10 milliampères pour le genou (40 éléments) et de 2 à 3 milliampères pour la nuque (12-15 éléments). Durée cinq minutes pour chacune des deux premières séances, trois pour la nuque (batterie à grands éléments de Siemens-Rema; galvanomètre vertical de Hirschmann, de Berlin).

Pendant trois autres séances j'ai eu recours à la combinaison galvano-faradique (de Watteville).

Après ces essais j'eus l'impression que l'extra-courant employé pendant les deux premières séances était encore celui qui convenait le mieux dans ce cas. J'y revins et prolongeai la durée de chaque application à dix minutes, en poussant graduellement l'intensité du courant aussi loin qu'elle pouvait être supportée. D'ailleurs, la sensibilité électro-cutanée étant émoussée, des courants même très forts étaient facilement supportés.

L'effet résolutif du courant faradique était manifeste dès les premiers moments du traitement; l'exsudat rigide se résorbait à vue d'œil; les plis et les veines commençaient à se dessiner; la main recouvrait peu à peu sa physionomie habituelle. Après vingt-quatre séances faites dans l'espace de trente-six jours, toutes les articulations étaient guéries et à tel point que le malade ne ressentait plus rien de la rigidité de ses genoux, qui ne l'avait pas quitté depuis six ans, date de sa première attaque. Ainsi l'électricité, en agissant sur l'état aigu d'une manière si rapide, a en même temps balayé d'une façon radicale le résidu chronique.

Ce n'est certes pas un traitement étiologique, antiparasitaire, que je présente ici, aussi j'ai évité toute explication théorique, et je n'ai voulu signaler à l'attention de mes confrères que les points cliniques suivants: à savoir que le mode d'application est des plus simples, que l'état aigu ne contre-indique en aucune façon l'application, que le courant suffit à lui seul à faire tous les frais du traitement, et que par conséquent il doit être appliqué dès les premiers moments et non en désespoir de cause.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 23 AVRIL 1888.

Sur les relations entre l'atomicité des éléments inorganiques et leur action biologique. Note de M. *J. Blake*. — L'auteur a étudié les relations existant entre l'atomicité des éléments et les réactions qu'ils font naître dans la matière vivante. Ses expériences ont été faites avec des substances appartenant à des groupes d'éléments monoatomiques, biatomiques, triatomiques et tétratomiques; les résultats obtenus l'ont conduit à donner le tableau suivant:

Eléments monoatomiques: Actions sur les artères pulmonaires.

Eléments biatomiques: Actions sur les centres des vomissements et sur les muscles volontaires et cardiaques.

Eléments triatomiques: Actions sur les centres respira-

toire, vaso-moteur, inhibitoire, sur les ganglions cardiaques et les artères pulmonaires.

Éléments tétratomiques : Action sur les centres respiratoire, vaso-moteur, inhibitoire, sur le cerveau, la moelle épinière, les ganglions cardiaques et les artères pulmonaires.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Contribution a l'étude des bactériens dans les tumeurs. Note de M. *G. Nepveu*. (Voy. aux *Travaux originaux*, p. 278.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 1er MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts consulte l'Académie sur la question de savoir comment doivent être interprétés les termes : remèdes magistraux et remèdes officinaux. — (Renvoi à l'examen d'une Commission composée de MM. *Jules Lefort*, *Planchon*, *Bourgoin*, *Dujardin-Beaumetz* et *Prunier*.)

M. le docteur *H. Peyrand* (de Libourne) prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. — (*Accepté*.)

M. le docteur *Commenge* envoie un *Rapport* manuscrit sur les *vaccinations* faites dans le IVe arrondissement de Paris en 1887. — (*Commission de vaccine*.)

M. le docteur *Delamare*, médecin-major de 2e classe, adresse une *Étude sur la statistique médicale du 9e corps d'armée pendant les années* 1883-1884-1885. — (*Commission des épidémies*.)

M. *Vidal*, pharmacien à Lyon, envoie un *Manuel d'hygiène rurale* pour le concours du Prix Vernois en 1889. — (*Inscrit sous le n° 2*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Bertin-Sans* (de Montpellier), ses *Rapports généraux sur les travaux des Conseils d'hygiène publique et de salubrité de l'Hérault en* 1884-1886 et un volume renfermant des *Études sur la méthémoglobine*; 2° de la part de M. le docteur *Fredet*, une brochure intitulée : *Quelques indications thérapeutiques de Royat*.

M. *Larrey* présente : 1° au nom de M. le docteur *Mauricet* (de Vannes), une *Histoire des épidémies de maladies fébriles dans le Morbihan, de 1792 à 1851*; 2° de la part de M. le docteur *Bimar* (de Montpellier), la *description anatomique d'un monstre*.

M. *Germain Sée* dépose un mémoire manuscrit de M. le docteur *Moncorvo* (de Rio-de-Janeiro) sur *l'antipyrine dans le traitement de la chorée*.

M. *Richet* présente une brochure de M. le docteur *J.-A. Fort*, intitulée : *Quelle est la meilleure méthode opératoire applicable aux rétrécissements de l'urèthre?*

M. *Fournier* dépose, de la part de M. le docteur *Moncorvo* (de Rio-de-Janeiro), une brochure sur *l'éléphantiasis des Arabes chez les enfants*.

Élections. — Par 51 voix sur 72 votants, M. *d'Arsonval* est élu membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales. M. Quinquaud obtient 16 voix; M. Riban, 3; M. E. Hardy, 1; plus 1 bulletin blanc.

Emprisonnement cellulaire. — M. le docteur *A. Voisin* lit un mémoire tiré d'observations qu'il a prises dans les prisons cellulaires de Belgique sur des détenus ayant subi l'emprisonnement cellulaire depuis dix ans et plus. Il ressort de ces observations que la santé physique de ces condamnés, ainsi que leur état intellectuel et moral ne sont pas atteints et que la statistique portant sur les trente années qui se sont écoulées depuis la fondation des prisons cellulaires de Belgique, démontre que la mortalité et la morbidité y sont moins grandes que dans les prisons communes, ainsi que le suicide et la folie. M. Voisin entre dans des détails circonstanciés sur l'hygiène, sur l'organisation du travail manuel dans chaque cellule, sur les occupations nombreuses et variées des prisonniers, sur l'enseignement primaire et les instructions religieuses qui leur sont donnés, sur les visites quotidiennes très fréquentes qui leur sont faites d'après les règlements, et il en conclut que ces conditions suffisent à expliquer ces résultats satisfaisants du régime de l'emprisonnement cellulaire belge, dont le but principal et absolu est d'isoler les détenus les uns des autres et d'éviter toute promiscuité. — (Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Rochard*, *Dujardin-Beaumetz* et *Lagneau*.)

Antipyrine, analgésine. — L'administration de l'Assistance publique de Paris vient, à la demande de M. *Bourgoin*, de décider que la diméthyloxyquinizine ou antipyrine serait désormais prescrite par les chefs de service sous le nom d'analgésine. Cette mesure a été prise afin d'éviter d'acheter directement ce médicament, qui est actuellement l'objet d'un monopole d'ailleurs injustifiable en droit et qu'on ne peut par suite contrôler suffisamment; tandis que tous les médicaments de cette administration sont ou fabriqués par elle ou mis en adjudication. M. Bourgoin invite tous les médecins à opérer également dans leurs ordonnances cette substitution de nom.

Diabète sucré avec altération du pancréas. — Sous ce titre, M. *Lancereaux* communique un mémoire avec plusieurs observations à l'appui. Pour lui, le diabète sucré, tel qu'il est compris aujourd'hui, n'est pas une maladie univoque; cette dénomination sert à désigner des formes morbides diverses. Parmi ces formes il en est une qui par son début brusque, ses manifestations symptomatiques accentuées, son évolution rapide et avant tout par la maigreur qu'elle détermine et la lésion pancréatique qui l'accompagne, constitue un type nettement défini ; c'est le type qu'il désigne sous le nom de diabète maigre ou diabète pancréatique. A côté de ce type, il en est un autre, non moins distinct, beaucoup mieux connu que le précédent; celui-ci, essentiellement héréditaire, se manifeste tout d'abord par un embonpoint qui persiste et n'est généralement pas accompagné de lésions pancréatiques. Ses symptômes sont beaucoup moins accusés que ceux du diabète maigre; sa marche est lente, sa durée indéterminée; c'est un syndrome s'ajoutant à d'autres états pathologiques et, la plupart du temps, à des manifestations articulaires chroniques; c'est le diabète gras ou diabète constitutionnel. Un troisième type se montre parfois à la suite d'un ébranlement du système nerveux, d'un traumatisme ou d'une vive commotion cérébrale; il est purement accidentel et se distingue par des symptômes relativement légers, par une évolution et une durée très variables, puis par une certaine tendance à la guérison. Ce diabète traumatique ou nerveux est la forme la moins grave de celles que M. Lancereaux a signalées, sans avoir la prétention de les indiquer toutes.

Hyperchlorhydrie et atonie de l'estomac. — M. *Germain Sée* appelle l'attention sur l'atonie stomacale, c'est-à-dire sur le relâchement des parois musculaires, l'insuffisance contractile des muscles gastriques qui ne parviennent plus à déverser le contenu stomacal dans l'intestin, à exécuter en un mot les contractions péristaltiques, ce qui entraîne le stationnement prolongé de la masse alimentaire dans la cavité gastrique, d'où les digestions lentes par atonie stomacale. Pour peu que des éructations se produisent, du pyrosis, des vomissements, on se trouvera en présence de spasmes venant se surajouter à l'atonie ou l'interrompre; si celle-ci se trouve entretenue par des repas excessifs, par un régime antihygiénique, il en résultera d'abord une distension gazeuse, une flatulence exagérée et finalement la dilatation stomacale vraie, persistant souvent sans gravité et d'autres fois d'une complète incurabilité. On voit ainsi combien il est intéressant d'étudier le parallèle du mécanisme et de la chimie gastrique, c'est-à-dire de déterminer le type nouveau de l'atonie simple ou ectasique, combinée avec l'altération du suc gastrique ou hyperchlorhydrie.

Cette acidité exagérée se constate à la suite d'un repas d'épreuve, qu'on fait suivre de l'examen du suc gastrique retiré à l'aide d'une pompe œsophagienne, au moyen soit de la phloroglycine-vanilline, soit du vert brillant, réactif nouveau, également dérivé de l'aniline et découvert par M. Lépine; il est également utile de chercher à déterminer la quantité de peptone et le pouvoir digestif du suc gastrique

obtenu, enfin de faire avec celui-ci des digestions artificielles. De quatre observations prises avec le plus grand soin par M. Germain Sée et ses chefs de clinique, MM. Albert Mathieu et R. Durand-Fardel, il résulte qu'il est presque constant de trouver un suc chlorhydrique plutôt exagéré que normal. Les trois premiers cas constituent une véritable série morbide, qui commence à l'atonie ectasique avec spasmes douloureux, pour aboutir à des crises gastriques, suivies de vomissements; le trait commun à ces faits en apparence dissemblables, c'est la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique, de là à l'ulcère rond il n'y a qu'un pas à franchir, car on sait maintenant que la plupart des ulcères simples sont également accompagnés ou peut-être produits par cette hyperchlorhydrie.

Passant en revue la pathogénie de cette affection, M. Germain Sée expose comment s'expliquent et se différencient l'atonie ectasique et l'atonie spasmodique et étudie quelles sont les influences de l'acidité sur ces phénomènes moteurs diminués ou augmentés. Le diagnostic se fait surtout à l'aide de la recherche de l'acidité du suc gastrique; mais il ne faut pas négliger les symptômes objectifs et savoir séparer nettement les atonies intestinales des atonies gastriques. Quant au traitement des hyperchlorhydro-atoniques, il ne suffit pas pour les déterminer de combattre l'atonie avec ou sans dilatation de l'estomac, il importe de tenir compte de la lésion chimique connexe; la dilatation n'est qu'un épiphénomène de la dyspepsie chimique; elle ne guérira ni par le lavage de l'estomac, ni par la restriction des matières alimentaires, ni par le choix d'aliments ne laissant que peu de résidus. Ce qu'il faut, c'est parvenir à neutraliser l'excès chlorhydrique du suc gastrique au moment où l'hyperacidité se constitue. C'est pourquoi il y a lieu de recourir à l'alcalinothérapie, à la condition qu'on ait soin d'intervenir lorsque l'acide chlorhydrique atteint son maximum, alors que les malades commencent à en souffrir. De même, une certaine quantité de laid chaud est utile au moment douloureux et pénible de l'hyperacidité nocturne; les amers, les toniques, les excitants, doivent être absolument proscrits. Le régime doit enfin être surveillé avec soin, les hyperchlorhydriques digèrent bien les albuminates, très mal les féculents; d'où l'indication du régime carné et des viandes à l'exclusion des légumes; les boissons chaudes, surtout théiques, permettent, d'autre part, de réveiller la contractilité de l'organe.

— L'Académie se forme en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Laboulbène* sur les candidats au titre de correspondant national dans la première division (médecine). La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Mordret (du Mans); 2° M. Morache (de Bordeaux); 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Chedevergne (de Poitiers), Fabre (de Commentry), Niepce (d'Allevard) et Pierret (de Lyon).

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Hémiathétose chez une jeune fille de seize ans : M. Renault (Discussion : MM. Féréol, Rendu). — Abcès tuberculeux multiples; tuberculose pulmonaire; influence du traitement : M. Bucquoy (Discussion : M. Barié). — Anévrysme de l'artère crurale; traitement par la méthode de Baccelli : M. Bucquoy (Discussion : M. Rendu). — Tubage du larynx dans le croup : M. d'Heilly.

A propos du procès-verbal de la précédente séance, M. *Renault* présente une jeune fille atteinte d'athétose depuis l'âge de quatre ans, à la suite d'une hémiplégie survenue au quinzième jour d'une fièvre typhoïde. Ses père et mère sont bien portants, ainsi que trois sœurs; elle a perdu trois frères en bas âge, sans doute de méningite. Les mouvements athétosiques sont très nets et limités au côté gauche. Rien d'anormal à la face; aucun trouble de la sensibilité. Les mouvements du pied et de la main paraissent cesser lorsque la malade est calme et qu'on ne la regarde pas. Elle n'est nullement hystérique. Le bras gauche est un peu plus court (1 centimètre) et un peu moins volumineux que le bras droit, mais cette différence est à peine appréciable à la simple vue. L'état général est excellent. Ce fait semble devoir se rapporter à l'hémiplégie spasmodique infantile, dont le début, lorsqu'il a lieu après deux ans, est en effet généralement d'ordre infectieux. On peut incriminer ici quelque encéphalite partielle au cours de la dothiénentérie. Il s'agit d'une athétose vraie et non de simples mouvements athétosiques, car il n'y a ni atrophie ni contracture; les réflexes tendineux persistent, et l'amplitude des mouvements continuels est très notable. Sans doute, comme dans l'observation de Landouzy, existe-t-il dans ce cas une lésion du noyau intra-ventriculaire du corps strié.

M. *Féréol* pense que l'atrophie est plus marquée que ne le croit M. Renault, car elle est en partie dissimulée par un certain degré de lipomatose sous-cutanée. Le raccourcissement du membre est visible à l'œil.

M. *Rendu* est surpris que l'atrophie ne porte pas également sur la face et qu'il n'y ait pas de dégénérescence descendante médullaire avec exagération des réflexes tendineux dans un cas de lésion cérébrale aussi ancienne.

— M. *Bucquoy* présente un malade, amené déjà au mois de juin dernier par M. Barié, alors qu'il était porteur d'abcès sous-cutanés multiples d'origine tuberculeuse. Dans le pus de ces abcès on ne put constater de bacilles, mais l'inoculation aux animaux donna des résultats positifs.

Le malade, bien que soumis aux injections d'éther iodoformé dans ses abcès, et au traitement par la vaseline liquide iodoformée en injections hypodermiques, offrait des signes non douteux de tuberculose pulmonaire et présentait un état cachectique marqué. M. Bucquoy, lorsqu'il trouva le malade, à ce moment, dans son service, remplaça le traitement iodoformé par l'huile de foie de morue, qui n'avait pas été employée jusque-là. La résorption des abcès fut dès lors rapide, ainsi que la cicatrisation de ceux qui étaient ouverts à l'extérieur et dont quelques-uns présentaient d'abondantes fongosités. Les symptômes pulmonaires se sont améliorés, l'état général est devenu excellent. Il reste cependant encore un abcès à la région sacrée, et un autre dans la gaine des extenseurs du pied droit. L'huile de foie de morue a eu une influence curative évidente en ce cas.

M. *Barié* rappelle que chez ce malade le phosphate de chaux et l'arsenic n'avaient pu produire les heureux effets obtenus avec l'huile de foie de morue.

M. *Rendu* fait remarquer que souvent on ne peut déceler des bacilles dans le liquide de certains abcès, alors que les parois fongueuses de ces abcès en renferment abondamment. L'examen histologique borné au pus n'est donc pas probant.

— M. *Bucquoy* donne lecture d'une observation d'*anévrysme de l'artère crurale, traité par la méthode de Baccelli*. (Sera publié.)

M. *Rendu* insiste sur ce fait que les anévrysmes, que l'on peut constater s'être développés dans une artère primitivement saine, sont en effet d'origine embolique. Il se demande pourquoi l'opération radicale a été écartée, puisqu'on avait affaire à un vaisseau dont les parois n'étaient pas altérées?

M. *Bucquoy* croyait tout d'abord à une aortite avec lésions bien plus étendues sur divers points du vaisseau et

se demandait s'il n'existait pas d'altérations de même ordre dans tout l'arbre artériel. Il semblait que le traitement dirigé sur la poche ait les meilleures chances de réussir. C'est là ce qui a porté M. Tillaux à ne pas intervenir par la ligature de l'iliaque externe.

— M. *d'Heilly* lit une note sur le *tubage du larynx dans le croup*. Ce procédé, préconisé par Bouchut dès 1858, n'avait pas rencontré l'approbation de l'Académie, et avait été abandonné. Mais il fut repris par O'Dwyer, de New-York, et à sa suite par de nombreux médecins américains, allemands, russes et belges. Les statistiques produites au Congrès de Washington ont montré que la proportion des succès a été de 26 pour 100, c'est-à-dire au moins aussi élevée que celle de la trachéotomie. M. d'Heilly a expérimenté le tubage tel que l'a institué O'Dwyer, et a employé les mêmes tubes en métal doré, à section elliptique dirigée dans le sens de la glotte; chacun de ces tubes, de longueur et de calibre variables, suivant les âges, présente un calibre uniforme intérieur et, à l'extérieur, à sa partie moyenne, un renflement fusiforme destiné à le maintenir en place après avoir franchi la glotte avec un certain effort de l'opérateur; l'extrémité supérieure en forme d'expansion aplatie s'appuie sur les cordes vocales supérieures; elle est traversée par un fil qui, maintenu à l'extérieur, permet de retirer au besoin le tube. On se sert d'un conducteur pour l'introduire dans le larynx. M. d'Heilly a employé ce procédé dans treize cas chez des enfants d'âge variant depuis dix-neuf mois jusqu'à quatre ans; il a choisi des cas analogues à ceux qui nécessitent la trachéotomie: tirage, dyspnée continue, asphyxie commençante. Deux enfants sont morts de misère physiologique et d'épuisement sans qu'on puisse incriminer le tubage; les onze autres ont fourni deux guérisons. Le tube est resté en place de six à sept jours. Le tube est en général bien supporté. mais il a l'inconvénient de se boucher facilement par des fausses membranes; il faut immédiatement l'enlever, puis le replacer, ce qui nécessite la présence d'une personne expérimentée. D'autre part, un grave inconvénient consiste dans la gêne de la déglutition, qui entraîne la difficulté de l'alimentation et le danger de la pénétration de parcelles alimentaires dans les voies aériennes. On peut d'ailleurs y remédier en alimentant systématiquement tous les tubés au moyen de la sonde en caoutchouc introduite par la voie nasale. Il faut reconnaître que dès l'introduction du tube la respiration devient calme, le tirage cesse, l'asphyxie disparaît, et cela sans les dangers de la trachéotomie avec ses difficultés opératoires et les suites parfois graves de l'opération. Enfin, l'air ne pénètre plus froid dans les voies aériennes, ce qui est une condition précieuse pour les jeunes enfants. En résumé M. d'Heilly conclut que: 1° Il y a lieu de recourir au tubage chez les très jeunes enfants auxquels l'ouverture de la trachée offre si peu de chances de succès, chez lesquels l'opération est périlleuse et qui ont peu de résistance vitale; 2° dans les cas légers avec peu d'angine, peu de gonflement, où il y a chance pour que la production des membranes soit médiocrement active, le tubage gardé vingt-quatre à quarante-huit heures permettra de surseoir à l'asphyxie et de l'écarter définitivement. Dans ces croups légers la trachéotomie est une extrémité bien grave; malheureusement il n'est pas toujours facile de les diagnostiquer; 3° inversement, dans la diphthérie toxique où il semble que le malade soit à bout de résistance, le tubage est préférable à la trachéotomie, qui aggrave l'état général; 4° les croups secondaires à la rougeole ne survivent jamais à l'opération sanglante, le tubage leur offre peut-être une chance de salut; 5° enfin d'une manière générale, il faudrait tuber toutes les fois que l'ouverture de la trachée est impossible ou dangereuse. M. d'Heilly ajoute, d'ailleurs, que la méthode est encore à ses débuts, qu'elle est à coup sûr perfectible, et qu'il y a lieu de l'étudier pour en développer toutes les ressources. André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Plaies pénétrantes de l'abdomen: MM. Le Fort, M. Sée, Berger. — Fracture du bassin: M. Le Fort. — Amputation ostéoplastique du pied: M. Berger. — Orteil en marteau: M. Brun.

M. *Le Fort* pense qu'il faut distinguer parmi les plaies pénétrantes de l'abdomen. Ainsi, il est prouvé que les plaies de l'estomac guérissent relativement bien: M. Le Fort a vu survivre, il y a peu de temps encore, un homme atteint d'un coup de couteau. A ce propos, il a inspiré une thèse à M. Bailly, qui a pu réunir 88 observations avec 75 guérisons, dont 52 sans intervention chirurgicale. D'autre part, on a tort de considérer généralement comme pénétrantes simples les plaies non suivies de réaction péritonéale; il est prouvé expérimentalement, pour l'épée au moins, que, pour les plaies ombilicales et sous-ombilicales, la lésion de l'intestin (ou celle d'un autre viscère) est à peu près certaine; or un assez grand nombre des plaies de cette région restent sans accidents. Enfin, avec M. Reclus, il faut admettre l'oblitération spontanée des plaies par balles de revolver. Aussi faut-il réserver la laparotomie, toujours grave dans ces circonstances, aux cas où il se manifeste une réaction péritonéale.

M. *Marc Sée* se refuse à assimiler les plaies par balles de revolver aux plaies par épée.

M. *Berger*, dont l'observation a été l'origine de ce débat, constate que l'on est à peu près d'accord pour intervenir quand il survient un accident. Mais la laparotomie exploratrice est formellement repoussée par M. Berger, car: 1° c'est une opération très grave dans ces conditions; 2° la plaie intestinale peut guérir spontanément.

— M. *Le Fort* présente des pièces de *double fracture verticale des pubis*. L'homme avait été serré entre deux bateaux et avait pu marcher ensuite. Aucun symptôme ne permettait un diagnostic. Le malade est mort de cellulite pelvienne diffuse.

— M. *Berger* montre un malade qui a subi avec succès une *amputation ostéoplastique du pied par le procédé de M. Le Fort*.

— M. *Brun* fait voir des pièces de *résection articulaire pour orteil en marteau*.

— M. *Prengrueber* est élu titulaire.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Action réductrice de l'indigo blanc sur l'oxyhémoglobine: M. Lambling. — Sur la respiration de la levure: MM. Gréhant et Quinquaud. — Nouvelle trompe soufflante: M. F. Gréhant. — De l'anesthésie locale: M. Laborde. — Nouveau calorimètre: M. d'Arsonval. — Procédé pour conserver les gaz liquéfiés: M. d'Arsonval. — Présentation d'ouvrages: M. le prince héréditaire de Monaco. — Variations d'excitabilité des centres psycho-moteurs: M. Brown-Séquard. — Sur les effets des injections intraveineuses de glucose: M. Butte. — Sur la reproduction des matières albuminoïdes du sang: M. Torup.

M. *Gley* présente une note de M. *E. Lambling* (de Lille) sur l'action réductrice qu'exerce l'indigo blanc sur l'oxyhémoglobine du sang. On sait que le dosage par le procédé de Schützenberger de l'oxygène combiné à l'hémoglobine donne des résultats notablement plus élevés que sur la pompe à mercure, bien que les deux procédés fournissent

des chiffres concordants pour l'oxygène dissous dans l'eau. Pour le sang, l'écart est d'environ 4 à 5 centimètres cubes de gaz pour 100 centimètres cubes de sang. Les Allemands ont attribué cet écart, au moins en partie, à ce fait, que le réactif de Schützenberger exerçait non une simple réduction de l'oxyhémoglobine à l'état d'hémoglobine, mais une décomposition plus profonde allant jusqu'à la production d'hémochromogène. Les expériences dont M. Lambling communique les résultats, démontrent qu'il n'en est rien et que la différence dont il s'agit tient uniquement à la rapidité avec laquelle le sang abandonné à lui-même consomme l'oxygène qu'il renferme. Or l'extraction des gaz par la pompe à mercure exige toujours une certaine durée.

— M. *Gréhant* a étudié avec M. *Quinquaud* les phénomènes respiratoires que présente la levure de bière au moyen de dispositifs nouveaux. Pour constater les variations dans la composition de l'air mis à la disposition de la levure, ils ont recueilli les gaz par la pompe à mercure et les ont analysés par les procédés ordinaires; un dispositif spécial permettait d'agiter la levure, de telle façon que l'absorption d'oxygène fût toujours constante et au maximum. C'est ainsi qu'ils ont pu constater l'influence de la température sur la respiration de la levure; à 0°, 5 grammes de levure, respirant pendant une heure, absorbent 2^{cc},4 d'oxygène et exhalent 2^{cc},1 d'acide carbonique; pour peu qu'on élève la température, les proportions changent; à 13°, 5 grammes de levure en une demi-heure ont absorbé 2^{cc},4 d'oxygène et exhalé 2^{cc},6 d'acide carbonique. Ainsi le rapport de l'oxygène à l'acide carbonique croît avec la température, de telle façon que à 45°, 5 grammes de levure en une demi-heure ont absorbé 4^{cc},9 d'oxygène et exhalé 22^{cc},3 d'acide carbonique.

MM. Gréhant et Quinquaud ont appliqué leur méthode au procédé de dosage du glucose par fermentation, en faisant fermenter de la levure seule et une même quantité de levure avec du glucose, et mesurant l'absorption d'oxygène et l'élimination d'acide carbonique dans les deux cas et prenant la différence.

— M. *Gréhant* présente, au nom de son fils, M. *F. Gréhant*, une trompe soufflante très simple qui fonctionne avec une assez faible pression d'eau et suffisante pour faire marcher à la fois deux chalumeaux.

— M. *Laborde*, à propos d'une communication récente de M. Liebreich sur les anesthésiques locaux, fait remarquer combien l'expression *anesthésie douloureuse* est paradoxale. Pour lui, il attribue cette douleur locale causée par certains anesthésiques uniquement à ce fait que ces substances exercent une action caustique sur les tissus.

— M. *d'Arsonval* rappelle le principe qu'il a établi, il y a déjà dix ans, pour la calorimétrie appliquée aux êtres vivants; pour mesurer exactement la quantité de chaleur que ces êtres dégagent, il faut les placer dans une enceinte maintenue à une température constante; par suite il faut incessamment enlever la chaleur que l'animal fournit au calorimètre. M. d'Arsonval a, conformément à ces principes, perfectionné peu à peu l'appareil qu'il avait d'abord construit. Il présente aujourd'hui et décrit un appareil très simple et très précis, tel que la mesure de la quantité de chaleur dégagée revient à la mesure d'un volume gazeux.

— M. *d'Arsonval* présente un petit appareil, fondé sur le fait du pouvoir thermo-isolateur du vide sec, destiné à la conservation des gaz liquéfiés.

— M. *le prince héréditaire de Monaco* offre à la Société un ouvrage de M. de Guerne, publié par ses soins et relatant les résultats des pêches faites dans les lacs d'eau douce des Açores, lors de la dernière campagne de son yacht l'*Hirondelle;* et le sommaire général des résultats principaux, physiques, biologiques, etc., des diverses campagnes qu'il a entreprises sur ce yacht.

— M. *Brown-Séquard* a observé sur plusieurs chiens une perte absolue de l'excitabilité électrique des centres dits psycho-moteurs, coïncidant avec la conservation de toutes les puissances motrices et sensitives de l'animal, et inversement la perte de tout mouvement et de la sensibilité accompagnée d'une parfaite excitabilité des centres moteurs.

— M. *Quinquaud* présente une note de M. *Butte* sur quelques effets des injections intraveineuses de glucose; l'exhalation pulmonaire d'acide carbonique augmente, l'oxygène absorbé augmente aussi; on trouve aussi plus d'acide carbonique dans les sangs artériel et veineux; en même temps la température augmente.

— M. *Dastre* présente un travail de M. *Torup* (de Copenhague), concernant la reproduction des matières albuminoïdes du sang, après une saignée telle que les conditions mécaniques de la circulation ne soient pas modifiées. Pour pouvoir déterminer comment ces matières albuminoïdes se renouvellent, il fallait d'abord pouvoir mesurer la quantité totale de sang. M. Torup apprécie cette quantité au moyen du procédé qu'il a légèrement modifié, fondé sur la détermination du nombre des globules du sang. Quant au dosage des albuminoïdes, il le fait par le dosage de l'azote au moyen du procédé de Kjeldahl un peu modifié. Ainsi il a pu constater qu'après la soustraction d'une certaine quantité des albuminoïdes du sang, chez le chien, il se produit une légère augmentation des albuminoïdes qui est due à l'augmentation du nombre des globules. De même les albuminoïdes du sérum augmentent, ainsi que la fibrine.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE.

Acromégalie (croissance gigantesque), par M. le professeur Erb, d'Heidelberg. — Dans la *Revue de médecine* de 1886 M. P. Marie a publié un travail des plus intéressants sur une maladie encore peu connue à laquelle il a donné le nom d'*acromégalie*. Cette dénomination nouvelle s'appliquait à une *hypertrophie singulière non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphaliques*.

Le professeur Erb, d'Heidelberg, vient de consacrer à cette maladie une étude très remarquable. Dans cette étude l'auteur allemand, bien que blâmant le nom d'acromégalie comme insuffisamment concluant et extensil, montre combien M. Marie a eu raison de voir là une nouvelle entité pathologique. Il approuve toutes les conclusions de notre compatriote et leur donne par là une nouvelle autorité. Erb reconnaît l'acromégalie dans l'*hyperostose de tout le squelette* de Friedreich (1868), dans la *croissance gigantesque* de Frifsche et Klebs (1884), dans l'*hypertrophie générale* de Lombroso (1869) aussi bien que dans le cas de Henrot (Reims, 1877), qualifié de *myxœdème*. Il n'y a que quelques semaines que Minkowski a pu observer à la clinique médicale de Königsberg un cas très curieux d'acromégalie. La malade ressemblait étrangement aux frères Hagner, dont l'histoire clinique a été rapportée il y a vingt ans déjà par Friedreich et qui vivent encore.

Le professeur Erb rapporte les 11 cas connus dans la science et signale avec intention à propos des frères Hagner et d'une femme qu'il a observée une matité insolite de la région sternale. Chez la malade la matité que l'on trouvait à la partie supérieure du sternum mesurait en bas 8 centimètres; en haut, 12; sur les côtés, 9.

Chez les frères Hagner cette matité occupait les mêmes régions ou à peu près. Malgré quelques différences de détail l'auteur

n'hésite pas à considérer ces 3 cas comme relevant de la même maladie. Pour des raisons semblables il conclut de la même manière dans toutes les autres observations.

Erb, d'après ces observations variées, établit une symptomatologie schématique de l'affection. Il montre que les déformations peuvent ne se retrouver qu'aux extrémités et à la mâchoire inférieure (Marie), se généraliser à tous les os (Sancerotte, cité par Marie) et augmenter le poids total du corps de 119 à 178 livres; atteindre la langue, les lèvres (Lombroso), les paupières, les amygdales, les dents (Henrot), les oreilles (Minkowski).

Les hommes ont paru plus sujets à l'affection que les femmes, la classe inférieure est plus souvent atteinte. La maladie peut commencer à tout âge; elle a une marche lente et traînante et débute par des sensations vagues de faiblesse et de la somnolence.

Parmi les articulations, les moins souvent prises sont celles du coude et des genoux; les autres jointures sont généralement raides. Tout semble tenir à une augmentation de volume des os atteints plus dans leur partie épiphysaire que dans leurs diaphyses, dans la largeur que dans la longueur. La peau n'est pas directement en cause si ce n'est à la plante des pieds et à la paume des mains, ainsi qu'à la pulpe des doigts.

Les symptômes inconstants, utiles à connaître cependant, sont: des sensations d'angoisse et d'étouffement, de l'albuminurie, de la soif, des atrophies musculaires, des maux de tête, de l'affaissement intellectuel attribués aux hypertrophies des *hypophysis cerebri*, du goitre (trouvé 8 fois sur 11 cas, ressemblance avec le crétinisme et le rachitisme).

La marche de l'affection est lente; la maladie, après quatre ou cinq ans de marche en avant, reste stationnaire ou avance très lentement. Habituellement on ne trouve que peu ou pas de phénomènes nerveux ni du côté du mouvement, ni du côté de la sensibilité à aucune phase du mal; il y a cependant quelquefois des parésies et des douleurs de tête. La mort vient presque toujours par suite d'une complication.

Le diagnostic doit être fait : 1° avec l'*elephantiasis*, atteignant surtout la peau et les parties molles; 2° avec le *myxœdème*, qui rougit ou pâlit la peau, atteint la face, à laquelle il donne une expression stupide; 3° avec l'*elephantiasis ossea* (Wirshow), *mal de Paget*; 4° avec le rhumatisme déformant.

La science ne possède que les résultats de trois autopsies. On n'a guère trouvé là qu'une hyperplasie généralisée de tout le système conjonctif et une hypertrophie osseuse. On a supposé que la maladie était due à une irritation microbienne ou chimique, à une altération trophique, tout cela sans preuves.

Klebs, constatant une hypertrophie du thymus ou du corps thyroïde, suppose que la compression du sympathique par ces organes est la vraie cause des accidents.

Erb aurait tendance à voir dans l'hypertrophie des organes hémato-poiétiques un effet plutôt qu'une cause.

Au point de vue thérapeutique, Erb est éclectique. Il conseille d'employer alternativement les antiplastiques, les toniques et l'électricité. En somme, dit en terminant le professeur d'Heidelberg, on peut conserver jusqu'à nouvel ordre le nom d'acromégalie, mais la question appelle de nouvelles recherches. (*Deutsches Archiv für kliniche Medicin*, 29 février 1888.)

Névralgies simulant des calculs rénaux. — Il existe, indépendamment de tout calcul rénal, des crises douloureuses qui sont habituellement rapportées aux causes les plus variées (ataxie locomotrice, maladies spinales, lithiase rénale). M. Henry Ralfe classe ainsi les douleurs rénales :

1° *Névroses rénales.* — Douleurs dues au gonflement sympathique des reins au moment des règles; douleurs rénales dues à la malaria? douleurs réflexes dans l'insuffisance aortique (Murchison), dans l'hypertrophie cardiaque (Hoberslion), dans la pneumonie, dans les cystites.

2° *Névralgies par lésions de voisinage.* — Ulcères de l'estomac et de l'intestin (surtout du duodénum); calculs biliaires. Dans cette catégorie d'affections, on doit prendre garde à ne pas confondre avec la névralgie les douleurs causées par les abcès rachidiens.

3° *Névralgies dans les maladies des reins.* — Sensibilité spéciale du rein migrateur. Chez la femme, cette sensibilité augmente toujours au moment des époques.

La névralgie, dans le cas de rein granuleux, s'accompagne souvent d'hémorrhagie, ce qui augmente encore les difficultés du diagnostic avec les calculs.

4° *Névralgies dans les dérangements fonctionnels de l'urine.* — Diminution ou augmentation de quantité de l'urine; composition acide, etc.

La nécessité de faire un diagnostic précis s'impose dans les cas de douleurs rénales, on ne peut donc que lire avec fruit l'article intéressant du docteur Ralfe. (*British medical Journal*, 28 janvier 1888, p. 182.)

Tumeur cérébrale. — La question de l'intervention chirurgicale dans les maladies néoplasiques du cerveau est de plus en plus à l'ordre du jour. Nous relevons, dans les *Comptes rendus de la Royal Academy of Medicine in Ireland* du 16 décembre 1887, une discussion des plus intéressantes à propos d'un kyste du lobe temporo-sphénoïdal qui s'étendait jusqu'à la circonvolution de Broca, et qui causa, en même temps que des attaques apoplectiformes, de l'hémiopie, une blépharoptose, de l'amnésie verbale, de l'agraphie, etc. On pensa qu'une application de trépan dans l'espace de Broca aurait pu avoir de bons résultats. Un grand nombre de membres de la Société prirent part à la discussion et répondirent au présentateur, M. Rendal Franks. (*British medical Journal*, 21 janvier 1888, p. 139.)

Épilepsie jacksonienne. — M. Morgan a pu observer un beau cas d'épilepsie jacksonienne, à type brachial, commençant par une sensation de froid, à laquelle font suite immédiatement des mouvements cloniques. La perte de connaissance se produit au moment précis où l'aura atteint la bouche qui se dévie. Constatant l'existence d'une légère hémiplégie gauche avec exaltation des réflexes, M. Morgan n'hésite pas à rattacher ces symptômes à une lésion probablement syphilitique de la région rolandique du côté droit; *il repousse absolument l'idée d'une épilepsie réflexe.* (*Manchester medical Society*, 21 décembre 1887, and *British medical Journal*, janvier 1888, p. 80.)

De l'épilepsie Jacksonienne, par M. E. Rolland, médecin des asiles John-Bost, de Laforce (Dordogne). — Le docteur Rolland, dans un mémoire des plus intéressants, vient de combler une lacune assez considérable en publiant un travail d'ensemble sur l'épilepsie Jacksonienne.

Une étude de ce genre s'imposait aujourd'hui où la doctrine des localisations cérébrales universellement admise est la base d'une chirurgie spéciale, *la chirurgie du cerveau*.

Après un historique extrêmement complet, M. Rolland esquisse un schéma de l'attaque d'épilepsie partielle, puis il en analyse les éléments: aura, convulsions, perte de connaissance, etc. Il étudie ensuite, après un résumé anatomique très bien fait, les causes vraies de l'attaque. Il cite un grand nombre d'observations suivies d'autopsie. Il réunit les observations éparses dans la science et dresse des tableaux qui indiquent pour chaque cas donné la nature et le siège de la lésion.

Le diagnostic est fait soigneusement avec l'hystérie (surtout l'hystérie à forme d'épilepsie partielle), avec l'épilepsie vulgaire et les accidents épileptiformes des différentes intoxications, diabète, urémie, etc.

Le pronostic est tiré naturellement de tout ce qui précède.

Le traitement a une grande part dans cet excellent travail.

La médication par le bromure, le traitement par les vésicatoires appliqués au siège de l'aura ou bien en bracelets autour des membres, la ligature ou constriction des membres sont étudiés avec soin. Mais c'est surtout au traitement chirurgical (trépanation simple, ouverture d'abcès intracrâniens, extirpa-

tion de tumeurs ou même ablation d'une portion de substance cérébrale) que l'auteur donne les plus grands développements.

On ne peut que conseiller la lecture de ce travail dont le sujet né en France avec Bravais (1827), préparé et confirmé par l'École française, s'est imposé à l'étranger et est devenu l'occasion d'un nouveau triomphe pour la chirurgie des différents pays.

Aphasie sensorielle. — M. Hugues Bennett se demande quelle part prennent à la production du symptôme aphasie les sens d'un côté, les éléments moteurs du système nerveux d'un autre côté.

L'auteur rapporte une belle observation de cécité verbale, une observation de surdité verbale et une troisième observation d'amnésie verbale. Il s'agit de cas très purs. Sans hémiplégie très accusée et sans que l'appareil moteur du langage soit troublé en rien, les malades présentent les curieux phénomènes décrits par M. Charcot. Le malade atteint de surdité verbale comprenait ce qu'on lui disait au mouvement des lèvres... de son interlocuteur.

M. Bennett pense que le centre percepteur général n'est que le résultat du fonctionnement quasi inconscient de centres particuliers encore à trouver, dont le mécanisme peut être dérangé isolément. (*Clinical Lectures on diseases of the nervous system*, by Hugues Bennett, in *British medical Journal*, 18 février 1888, p. 339.)

Cas de maladie de Raynaud ou gangrène symétrique. — M. Smith Shand publie une très intéressante observation de gangrène symétrique des extrémités chez une servante de vingt ans. Les plaques de sphacèle atteignaient également la face externe des deux membres supérieurs, ainsi que le visage. Les symptômes habituels se déroulèrent au milieu d'un cortège fébrile si accusé que le médecin crut d'abord à quelque empoisonnement. M. Smith Shand rappelle la variété des descriptions de ces maladies dans les ouvrages classiques sur le système nerveux; il cite comme exemple le *Dictionnaire de médecine de Quain*, qui consacre trois lignes à cette maladie. Il n'y a presque rien sur ce sujet dans le *Ziemsen Handbuch*. M. Allen Stars, dans le *Pipper's System of practical medecine*, a publié un très intéressant article sur l'asphyxie locale. L'auteur anglais décrit les douleurs que ressentent les patients, douleurs qui sont communément suivies, rarement précédées par les trois manifestations suivantes : 1° l'ischémie; 2° la cyanose; 3° l'érythème.

Cette leçon est intéressante et sera lue avec avantage par les médecins qu'intéressent les affections vaso-motrices. (*British medical Journal*, 18 février 1888, p. 343.)

Leçon clinique sur la paralysie de la cinquième paire crânienne faite au King's College Hospital (décembre 1887) (*Lancet*, janvier 1888), par M. D. FERRIER. — M. D. Ferrier a eu l'occasion d'observer une malade qui, à la suite d'un violent traumatisme intéressant le trijumeau droit, a présenté, au point de vue du mouvement, de la sensibilité et de la nutrition, des symptômes capables d'éclairer la physiologie de ce nerf.

Mouvement. — Difficulté pour ouvrir largement la bouche, menton dévié à droite, impossibilité d'avancer la mâchoire inférieure, paralysie du temporal et du masséter droit, diminution de l'excitabilité faradique, léger blépharoptosis droit.

Sensibilité. — Chute des dents comme dans le tabès; anesthésie de la moitié droite des régions faciale et temporale; diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit; anesthésie des muqueuses nasale et buccale à droite, ainsi que de la moitié de la langue.

Œil. — Opacité et anesthésies cornéenne et conjonctivale; synéchies postérieures; douleurs paroxystiques dans le fond de l'œil.

Goût. — Abolition de la sensibilité gustative dans les deux tiers antérieurs de la langue, du côté droit.

Troubles trophiques. — Amaigrissement de la joue et de la région temporale droites.

Cette observation est curieuse à plus d'un titre; elle révèle une lésion périphérique du trijumeau (perte ou diminution de l'excitabilité faradique). La lésion est de nature traumatique, puisqu'elle a été produite brusquement par la chute.

Rigler cite des cas semblables d'après Romberg.

Ferrier montre ensuite que cette observation ne confirme en rien la théorie qui admet que la portion motrice du trijumeau innerve le palato-staphylin, le péristaphylin externe et le muscle du marteau (rien à l'ouïe).

Elle ne confirme pas davantage les idées de Vulpian, de Beevor et de Horsley, qui croient avoir établi que le nerf accessoire est le seul nerf moteur du voile du palais.

Mêmes doutes à propos du rôle du muscle du marteau.

L'iritis et les synéchies paraissent devoir être rapportées à ce qu'on a appelé une ophthalmie neuro-paralytique, affection fréquemment observée chez les animaux comme manifestation d'une lésion de la cinquième paire.

On pourrait encore attribuer les lésions inflammatoires de l'œil à l'anesthésie de la cornée, qui permet les chocs extérieurs. Mais bien des objections font que l'on doit rapporter au trijumeau lui-même, c'est-à-dire à la branche ophthalmique de Willis, la dénutrition du globe de l'œil.

Ferrier, malgré tout, ne peut admettre dans le trijumeau l'existence de nerfs trophiques indépendants de ceux qui sont dévolus à la motilité et à la sensibilité.

Nous avons là un exemple d'anesthésie douloureuse imputable, comme les lésions inflammatoires, à l'irritation du nerf sensitif.

Sans entrer dans de grands détails à ce sujet, nous pouvons dire que l'observation de Ferrier ne tranche pas non plus la question de la part que prend le trijumeau à l'innervation de la muqueuse linguale. (*Clinical lecture on paralysis of the fifth cranial nerve, Revue delivered at King's College Hospital* on Dec. 5 th. by David Ferrier.)

Syringo-myélite. — Les cas de syringo-myélite avec confirmation anatomique sont assez rares pour qu'on les relate. M. Quarry Silcock publie un cas curieux de cette affection. Il suppose que la cavité qui se forme dans la partie postérieure de la moelle se développe aux dépens du tissu conjonctif de nouvelle formation. Son malade, un garde de vingt-huit ans, s'était brisé la nuque en se précipitant dans la Tamise. Le corps de la cinquième vertèbre cervicale avait été blessé et déplacé en bas; la moelle était fort abîmée. A l'autopsie, on trouva une cavité s'étendant sur un long espace, située dans la partie étroite de la colonne grise postérieure, dont les parois étaient formées de tissu conjonctif de nouvelle formation. *Cette cavité était indépendante du canal épendymaire.*

M. Silocck pense que cette observation peut éclairer un certain nombre de cas dans lesquels une cavité est formée aux dépens du tissu conjonctif sclérosé comme phénomène secondaire. L'auteur anglais pense, du reste, qu'il y a de ces cavités qui doivent être considérées comme des vestiges d'une cavité ou d'une fissure qui existe chez l'embryon entre la colonne postérieure et la périphérie de la moelle. (*Pathological Society of London*, rapporté dans le *British medical Journal*, 1888, p. 21. Séance du 3 janvier 1888.)

Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique, par F. H. M. THYSSEN (thèse de doct., Paris, 1888). — Un médecin hollandais, M. Thyssen, vient de demander à la Faculté de Paris la confirmation des titres qu'il a déjà obtenus devant l'Université d'Amsterdam. Après cinq années passées à suivre les leçons de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière, M. Thyssen a pris l'hystéro-traumatisme pour sujet de sa thèse inaugurale. Deux nouveaux cas d'hystéro-traumatisme justifient le titre de son travail. Nous relevons, à côté d'une étude critique très bien faite de ces deux cas, un chapitre historique très intéressant. M. Thyssen s'efforce de prouver que l'hystérie existe chez tous les peuples, et il nous donne comme exemples un certain nombre

de cas d'hystérie qu'il a recueillis dans la littérature médicale ancienne et moderne de son pays.

M. Thyssen a déjà soutenu en Hollande une thèse très estimée sur un sujet historique, *le Docteur Van Tulp*, le même qui est représenté dans le tableau de Rembrandt, *la Leçon d'anatomie*.

Dr Paul Berbez.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel des maladies du système nerveux, par Gowers, professeur de clinique médicale au Collège de l'Université de Londres, médecin de l'hôpital du Collège de l'Université et de l'hôpital des paralytiques et des épileptiques. — Volume II : *Maladies du cerveau et des nerfs crâniens, maladies générales et maladies fonctionnelles du système nerveux.* — J.-A. Churchill, London, 1888.

M. Gowers étudie attentivement l'écorce cérébrale, les tractus unissants, les ganglions centraux, puis il recherche avec soin l'origine réelle des différents nerfs crâniens. Après quelques paragraphes consacrés au cervelet, aux vaisseaux sanguins du cerveau, il passe aux dégénérations secondaires et entame la pathologie générale du cerveau par l'étude des grands syndromes nerveux : l'hémiplégie, les convulsions; les *troubles de la sensibilité :* les anesthésies, la céphalalgie, le vertige; les *troubles de l'intelligence :* coma, apoplexie, délire, troubles mentaux proprement dits; les *troubles de la parole :* les réactions générales (température, pouls, etc.), les symptômes ophthalmoscopiques.

Les maladies propres à chaque nerf crânien sont étudiées séparément; ensuite viennent les localisations cérébrales, puis les maladies des méninges. Les anémies, les congestions, les hémiatrophies, les ramollissements du cerveau sont passés en revue, ainsi que les dégénérations cérébrales.

Enfin nous arrivons aux maladies fonctionnelles générales : la chorée, la paralysie agitante, le torticolis?! le tétanos, la tétanie, la crampe des écrivains, l'épilepsie, les convulsions, l'éclampsie, le vertige, les névralgies, les hémiatrophies faciales, le goitre exophthalmique.

Gowers consacre un chapitre intéressant à l'étude des paralysies consécutives aux maladies aiguës ou infectieuses; il s'occupe ensuite de la rage, des maladies nerveuses par intoxication, de l'alcoolisme, de l'hystérie et de la catalepsie, de l'hypochondrie et de la neurasthénie.

Ce livre, illustré de nombreuses figures, est le complément obligé d'un volume déjà paru il y a quelque temps et dans lequel l'auteur anglais a traité des maladies de la moelle et des nerfs rachidiens. L'ouvrage donne une idée très nette de l'état de la science neurologique chez nos voisins d'outre-Manche.

Revue historique et critique des méthodes de traitement de la fièvre typhoïde, par M. le docteur Georges Bertin. — Paris, 1887. O. Doin.

Après avoir jeté un coup d'œil rétrospectif sur les théories médicales relatives à la fièvre typhoïde émises par Prost, Petit et Serres, Louis, Bouillaud, de Larroque, et sur les diverses médications successivement employées pour la combattre, méthode antiphlogistique, tonique, évacuante, l'auteur aborde les médications plus récentes basées sur les notions modernes de physiologie pathologique ou de pathogénie. Ces médications peuvent se partager en trois groupes principaux: la médication *antithermique*, avec ses divers procédés dont le plus célèbre est celui des bains froids, suivant la méthode de Brand; la médication *antipyrétique* avec ses multiples agents tour à tour prônés ou relégués dans l'oubli, acide phénique, vératrine, digitale, ergot, thalline, antipyrine, etc. ; enfin, la médication *antiseptique*, destinée à combattre l'agent morbigène spécifique, le bacille d'Eberth, et à assurer l'antisepsie du milieu intérieur. On ne peut que se rallier aux sages conclusions qui résument chacun de ces chapitres; lorsque la température est hyperpyrétique, l'usage des antithermiques et des antipyrétiques est légitime, mais il ne faut pas leur demander plus que d'agir sur la température, ni oublier que cette médication ne diminue ni d'un jour ni d'une heure la durée de la maladie. D'autre part, si l'expérimentation a fait découvrir des agents capables d'empêcher *in vitro* l'évolution du bacille d'Eberth, et bien que rien ne paraisse s'opposer à la possibilité de pratiquer l'antisepsie du milieu intérieur, jusqu'à présent on n'est pas en droit d'affirmer que l'on ait découvert un médicament antiseptique, à part le mercure peut-être, qui puisse enrayer la pullulation du microbe dans l'organisme. Les antiseptiques intestinaux paraissent capables de diminuer la toxicité des matières fécales et des urines ; ils entravent la formation de produits dangereux, et s'opposent à l'évolution de certains germes venant surajouter leurs effets à ceux que provoque le germe pathogène; à ces titres, ils méritent d'être préconisés dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Contribution au diagnostic de la lithiase biliaire considérée en dehors de l'accès de colique hépatique, par M. le docteur A. Alison. — Paris, 1887. Asselin et Houzeau.

Frappé de la difficulté que présente d'ordinaire le diagnostic de la lithiase biliaire lorsque l'on est privé de ce grand appareil révélateur constitué par l'accès de colique hépatique, l'auteur s'est efforcé de joindre aux notions étiologiques et symptomatiques sur lesquelles se fonde en général l'opinion du clinicien, un certain nombre d'autres données permettant de déceler plus sûrement l'existence de cette lithiase. L'étude attentive des faits relatés dans dix observations personnelles lui a fourni des renseignements précieux en vue du diagnostic des concrétions biliaires non accompagnées d'accès de colique hépatique; en première ligne, la présence dans les urines de la matière colorante de la bile (urobiline ou ses dérivés), accompagnée de peptonurie; puis l'irritation provoquée chez de semblables malades par les cholagogues, et disparaissant après l'expulsion des corps étrangers; enfin, comme phénomène de moindre importance, les congestions éphémères de la face, la céphalalgie, et aussi les relations étiologiques de certaines grippes tenaces avec la lithiase biliaire chronique.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

Élections au Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le 27 avril dernier, la Commission chargée de procéder au dépouillement et au recensement des votes pour les élections au Conseil supérieur de l'instruction publique a déclaré élus au premier tour de scrutin trente-trois membres de ce Conseil. Parmi ceux-ci figurent MM. Brouardel, doyen de la Faculté de Paris, qui a obtenu 159 voix, et Gaulard, professeur à la Faculté de Lille, qui en a obtenu 134. 20 voix seulement se sont perdus sur différents professeurs non candidats. Ainsi se sont affirmées d'une manière éclatante, par l'unanimité des suffrages accordés au doyen de notre Faculté parisienne, l'autorité que donnent à M. Brouardel les éminents services qu'il a déjà rendus à la cause de l'enseignement supérieur et la sympathie qu'il a su inspirer à tous ses collègues.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 11 mai). — *Ordre du jour :* M. Albert Robin : Pathogénie de l'hémoglobinurie. — M. Féréol : Sur un cas de diphthérie insidieuse.

Légion d'honneur. — Sont promus au grade d'officier : M. le docteur Levieux, administrateur des hôpitaux de Bordeaux, et au grade de chevalier: M. le docteur Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

14565. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 9 mai 1888.

Académie de médecine : **Dénomination des préparations pharmaceutiques. — La méco-narcéine.** — *Académie des sciences :* **Ectopie du cœur.**

On ne peut qu'approuver la nomination d'une Commission permanente chargée par l'Académie de donner un nom acceptable aux préparations pharmaceutiques que la chimie nous indique si fréquemment. Son rôle serait analogue à celui que remplit à l'Institut la commission spéciale qui a pour mission de rédiger les inscriptions des médailles et des monuments publics. Mais elle ne pourra sans quelque difficulté imposer aux inventeurs, si empressés à faire abus de néologismes, un nom différent de celui qu'ils auront tenu à lancer eux-mêmes. C'est ce qui arrive déjà à propos des termes *analgésine* et *antipyrine*. Ne serait-il point aussi urgent de préciser la législation en ce qui concerne le droit de fabrication de tous les produits chimiques, fussent-ils monopolisés comme l'antipyrine? Une consultation juridique nette et précise, analogue à celle que M. Dujardin-Beaumetz a mise sous les yeux de l'Académie, devrait lever toutes les difficultés pratiques en affirmant l'inanité des prétentions émises par les fabricants étrangers.

— On sait avec quelle persévérance M. Laborde lutte depuis plusieurs années pour introduire la narcéine dans la pratique journalière et faire préférer ce médicament aux autres hypnotiques. Il était difficile jusqu'à ce jour d'obtenir un produit parfaitement pur. De plus, on demeurait convaincu que si la narcéine est infiniment moins toxique que la morphine, si elle ne procure au réveil ni lassitude ni vomissements, ni inappétence, elle est, du moins chez l'homme, moins hypnotique que les autres alcaloïdes. D'après Rabuteau il faudrait 20 centigrammes de narcéine pour amener le sommeil et nous avouons que les essais que nous avons entrepris à diverses reprises avec la narcéine que la pharmacie nous donne à Paris et qui était évidemment impure, nous avait confirmé dans cette opinion. La méco-narcéine que vient d'obtenir M. Laborde, agit à la dose de 1 ou 2 centigrammes, c'est-à-dire qu'elle a tous les avantages de la morphine sans en présenter les inconvénients. C'est donc un médicament à prescrire dans les toux et les insomnies rebelles.

— Parmi les communications faites à l'Académie des sciences il convient de signaler la remarquable opération pratiquée pour la première fois par M. Lannelongue et qui a eu pour but de guérir une fissure sternale en transformant une ectocardie en ectopie sous-cutanée.

CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Sur trois mélanges dans lesquels il entre du bicarbonate de soude.

1° Le sirop alcalin que Bazin prescrivait souvent contre l'eczéma n'est pas tout à fait tombé en désuétude; il nous arrive encore assez souvent d'en préparer sur ordonnance. Mais il suffit d'en lire la formule pour s'apercevoir que l'on se heurte pratiquement à une difficulté: faire dissoudre le bicarbonate de soude dans le sirop, sans décomposer le sel.

En effet, ce sirop est ainsi composé :

Sirop de saponaire	300	grammes.
Bicarbonate de soude	8	—

300 grammes de sirop contiennent 107 grammes d'eau. Le bicarbonate est soluble dans 13 fois son poids d'eau; 8 fois 13 donnent 104. Ce poids de 8 grammes de sel a donc été choisi pour donner un sirop saturé de bicarbonate de soude. Mais, pour arriver à cette saturation, le préparateur chauffe généralement un peu le mélange en ayant soin d'éviter que la chaleur soit assez forte pour faire dégager l'acide carbonique. C'est cette précaution délicate qui n'est pas toujours observée. J'ai trouvé le moyen de m'y soustraire en agissant ainsi :

On place dans la douille d'un entonnoir un bourdonnet de charpie lavé à l'eau distillée, on étale dessus le bicarbonate de soude humecté d'eau et l'on ajoute le sirop de saponaire. Quand la filtration est terminée, le bicarbonate de soude est complètement dissous et le sirop a conservé sa densité primitive. C'est dire qu'il ne fermentera pas, ce qui arriverait infailliblement si l'on ajoutait trop d'eau.

Cette méthode n'exige pas plus de temps que l'autre, et elle donne un produit plus parfait.

2° Les solutions alcalines arséniées sont d'un usage fréquent en médecine. Seulement c'est toujours l'eau distillée qui en est le véhicule, et c'est une sage pratique, car en employant d'autres liquides on risque de tomber sur d'étonnantes incompatibilités.

Exemple : Ayant à exécuter la formule suivante :

Vin de quinquina au malaga.......	500 grammes.
Bicarbonate de soude.............	20 —
Arséniate de soude...............	0gr,10

un pharmacien novice, ne s'attendant pas au violent dégagement d'acide carbonique qui se produira infailliblement, perdrait ainsi la moitié du mélange.

Sans doute on évitera cet inconvénient en se servant d'un vase de grande capacité, mais la préparation n'en sera pas meilleure, car les alcaloïdes n'en seront pas moins précipités par l'alcali, et le breuvage ne sera guère appétissant.

3° La réaction dont je viens de parler aurait dû être prévue dans la formule, mais celle dont je vais parler maintenant est tout à fait surprenante.

Chacun sait combien le borax est soluble dans la glycérine et quel heureux parti les praticiens en tirent contre certaines affections de la gorge.

Or, si l'on vient à exécuter la formule suivante :

Glycérine à 30 degrés.............	25 grammes.
Borate de soude...................	2 —
Bicarbonate de soude..............	1 —

On détermine aussitôt une effervescence très marquée qui fait perdre la plus grande partie du liquide, et cela, bien que la glycérine soit pure et neutre, le borax et le bicarbonate parfaitement alcalins.

Il faut admettre dans ce cas que, malgré son alcalinité, le borate de soude peut encore absorber un équivalent de soude et qu'il se fait une troisième combinaison. D'ailleurs cette réaction, qui n'a pas lieu quand les sels secs sont en présence, s'opère aussi dans l'eau distillée; avec moins d'intensité cependant, parce que ce liquide ne dissout que 4 pour 100 de borax, tandis qu'il ne faut que 1gr,60 de glycérine pour dissoudre 1 gramme de borate de soude.

Ce glycéré boraté alcalin peut cependant se préparer sans inconvénients. Il suffit de prendre les précautions suivantes:

Au lieu d'un mortier, on se servira d'une capsule que l'on chauffera légèrement jusqu'à ce que l'acide carbonique se soit dégagé. La solution deviendra très claire, et parfaitement incolore.

Pour ne rien laisser au hasard, les médecins feront bien de terminer l'exposé de cette formule par la recommandation suivante:

Faites dissoudre et réagir à une douce chaleur.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Anévrysme de l'artère crurale consécutif a une endocardite végétante latente, probablement d'origine puerpérale. — Traitement par la méthode de Bacelli (introduction d'un ressort de montre dans le sac anévrysmal). — Aphasie et hémiplégie droite par embolie de l'artère sylvienne. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 27 avril 1888, par M. le docteur Bucquoy, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Les pièces anatomiques que je vais mettre sous vos yeux appartenaient à une malade qui vient de succomber dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, après y avoir fait un séjour de près d'une année.

L'autopsie est venue compléter une observation dont le titre seul vous prouve tout l'intérêt.

La nature de la maladie, la manière dont elle a évolué, ses localisations toutes spéciales, le traitement que je lui ai appliqué lui donnent une importance qui justifie les détails dans lesquels je vous demande la permission d'entrer. Je serai cependant aussi bref que possible.

Cette malade était une femme de trente-trois ans, qui se présenta le 24 avril de l'année dernière, il y a juste un an, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, portant à l'aine gauche une tumeur pulsatile qu'il était facile de reconnaître immédiatement pour un anévrysme de l'artère crurale.

Son développement avait été subit. Cette femme venait d'accoucher de son quatrième enfant le 19 février. L'accouchement avait été normal; elle s'était levée le neuvième jour et avait repris les occupations de son ménage, lorsque le dix-septième jour après son accouchement, cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, elle sentit, le soir en se couchant, de la lourdeur dans le membre inférieur gauche et le matin, en se réveillant, elle éprouva dans l'aine gauche une douleur très vive qui s'étendit à la cuisse et qui, au bout de trois jours, occupait le membre tout entier.

Non seulement la marche était impossible, mais les douleurs étaient tellement vives qu'elles lui arrachaient des cris et lui donnaient des attaques de nerfs, ce qui, du reste, lui était déjà arrivé à plusieurs reprises autrefois.

Son état ne se modifia pas sensiblement avant son entrée à l'Hôtel-Dieu : ce fut à grand'peine qu'elle put se traîner à la consultation pour s'y faire admettre, jusque-là elle n'avait pas quitté son lit.

La malade paraissait d'assez bonne constitution, d'aspect lymphatique et conservant encore la pâleur d'une femme récemment accouchée.

Rien à signaler dans ses antécédents. Fille d'un père mort à quatre-vingt-un ans et d'une mère arthritique encore vivante et bien portante à l'âge de quatre-vingt-trois ans, ses couches précédentes assez difficiles, les deux premières surtout, n'avaient été suivies d'aucun accident et la dernière en particulier ne paraissait avoir eu d'autre complication que celle qui l'amenait à l'hôpital.

A l'examen que nous fîmes le 25 avril, le lendemain de son entrée, nous constatâmes au niveau du pli de l'aine une tumeur assez régulièrement arrondie, de consistance molle, en partie réductible et animée de battements artériels. Son volume était celui d'une grosse pomme d'api, elle remontait un peu au-dessus du pli inguinal dans la fosse iliaque et se terminait là par une surface arrondie. Les battements étaient surtout accusés au centre de la tumeur où les parois avaient peu d'épaisseur. Le souffle diastolique et le frémissement cataire y étaient des plus évidents.

Les battements de l'artère avaient disparu au-dessous de la tumeur anévrysmale. Du côté opposé ils étaient faibles et contrastaient avec les pouls radial et carotidien qui, malgré une certaine étroitesse, donnaient l'impulsion particulière au pouls de Corrigan.

L'exploration de la tumeur inguinale fut bien supportée; elle ne déterminait que peu de douleur. Il n'en était plus de même du reste du membre où le moidre attouchement et où les mou-

vements arrachaient des cris à la malade. Les douleurs étaient vives surtout dans le creux poplité, à la face interne du genou et de la jambe.

La nature de la tumeur, qui ne pouvait être qu'un anévrysme de l'artère crurale, ainsi que le caractère du pouls appelaient l'attention sur l'état du cœur et des gros vaisseaux.

L'impulsion du cœur était forte, mais la pointe n'était pas abaissée. Un double bruit de souffle à la base, systolique se propageant dans l'aorte et les vaisseaux du cou, et diastolique avec propagation en bas le long du sternum, permettait d'affirmer, avec le pouls de Corrigan, le rétrécissement avec insuffisance de l'orifice aortique.

L'intensité du bruit de souffle à l'origine de l'aorte, la coïncidence d'une lésion artérielle au niveau du pli de l'aine, faisaient supposer une lésion intéressant à la fois le cœur et une partie du système artériel, ce qui devait influencer nécessairement sur la décision à prendre relativement à une intervention chirurgicale.

L'anévrysme était de date récente; ses progrès rapides pouvaient faire craindre une rupture de la tumeur. D'autre part, l'intensité des douleurs qui privaient la malade de tout sommeil, en dehors de celui qu'on lui procurait avec le chloral, le retentissement fâcheux de ces accidents sur sa santé générale, son anémie profonde et progressive obligeaient à intervenir sous peine de voir sa vie bientôt compromise d'une manière irrémédiable.

Je montrai la malade à mon collègue et ami le docteur Tillaux, afin d'avoir son avis sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Elle me paraissait contre-indiquée par l'état du système circulatoire. Ce fut aussi l'opinion de M. Tillaux qui regarda, dans le cas actuel, la ligature de l'artère iliaque externe comme trop dangereuse pour être tentée autrement que comme opération d'urgence, nécessitée par des accidents hémorrhagiques ou autres qui compromettaient immédiatement la vie de la malade.

Pour arrêter les progrès de la tumeur anévrysmale et pour soulager la malade, j'eus recours à l'électropuncture pratiquée suivant la méthode de Ciniselli, comme j'ai eu l'occasion de l'appliquer un certain nombre de fois dans le traitement de l'anévrysme de l'aorte thoracique et même du tronc brachio-céphalique. Le siège de l'anévrysme, la tumeur bien limitée semblaient donner des chances de succès qui font trop souvent défaut dans les anévrysmes aortiques.

Deux séances d'électropuncture ont été faites à une semaine d'intervalle, le 16 et le 23 mai.

Avec le concours de M. Gaiffe, je plongeai dans la poche anévrysmale deux aiguilles fines qui furent mises en communication chacune pendant cinq minutes, et à deux reprises différentes, avec le pôle positif, le pôle négatif couvrant une large surface sur la cuisse.

Malgré la lenteur apportée à l'augmentation progressive de l'intensité du courant, l'opération fut chaque fois mal supportée et très douloureuse; à chaque addition d'un couple, sursaut de la malade et pleurs. On ne dépassa pas cependant à la première séance 33 milliampères, et à la seconde, il fut impossible d'aller au delà de 18.

Loin de soulager la malade, la première application avait exaspéré la douleur, qu'on ne put calmer qu'avec des injections de morphine. Il y eut cependant, les jours suivants, une notable amélioration, quoique la tumeur eût sensiblement augmenté de volume.

Après la seconde application, l'expansion considérable qu'on remarquait en dedans avait un peu diminué et les battements étaient moins accusés. — Glace en permanence sur la tumeur pendant quelques jours.

Dans les premiers jours de juin, l'état reste stationnaire, seulement les douleurs jusque-là limitées au membre inférieur gauche s'étendent à la jambe droite.

Il m'était impossible de poursuivre davantage l'application de l'électropuncture. Je pensai alors à provoquer la coagulation du sang dans l'anévrysme en introduisant un corps étranger suivant la méthode de H. Moore sur laquelle le professeur Lépine venait, en apportant des observations personnelles, d'appeler l'attention des médecins (*Semaine médicale*, 25 mai 1887). Ce qui avait pu être tenté impunément, au moins en apparence, pour des anévrysmes de l'aorte pouvait l'être à coup sûr sans imprudence et avec plus de chances de succès, dans le traitement d'un anévrysme crural.

A l'exemple de Moore, je me proposai d'introduire dans la poche un fil de fer fin et très flexible qui pourrait s'y pelotonner; et, pour cela, je fis construire par M. Mathieu un pousse-fil du calibre le plus fin pour me mettre autant que possible à l'abri de toute hémorrhagie.

Deux tentatives furent faites inutilement; le sang qui mouillait la molette de l'instrument lui ôtait toute prise sur le fil que je ne parvins pas à faire cheminer dans la poche.

Cette opération ne provoqua aucune douleur et ne fut cause d'aucun accident. La compression fut faite avec de la ouate après la ponction de l'anévrysme.

Poursuivant l'idée de provoquer la coagulation du sang dans la tumeur anévrysmale et convaincu que les progrès de l'affection ne permettaient plus d'atermoiement, je me décidai à remplacer le procédé de Moore par celui de Baccelli et d'introduire dans le sac anévrysmal, non un fil de fer souple, mais un ressort de montre dont j'avais fait affiler en pointe l'extrémité externe. Cette opération fut pratiquée le 19 juin en présence de plusieurs de mes collègues de l'Hôtel-Dieu.

Malgré les accidents cardiaques, la malade fut chloroformisée avec toutes les précautions que comportait l'état de son cœur; et sans me servir de canule pour porter le ressort dans la poche, je fis préalablement une petite incision à la peau avec une lancette et j'introduisis directement dans le sac anévrysmal la pointe qui terminait le ressort. La pénétration se fit sans difficulté, le ressort poussé à petits coups avec une pince à artère. Seulement, au lieu de s'enrouler en vertu de son élasticité dans le sac comme nous devions nous y attendre, nous remarquâmes que la pointe avait traversé l'autre côté de la poche et venait faire saillie sous la peau. Il me fut facile de la dégager et de la rentrer dans la poche sans toutefois pouvoir en dévider une plus grande longueur. Je coupai le ressort dans la plaie et avec une légère pression, je fis pénétrer l'extrémité coupée dans l'anévrysme où je l'abandonnai. La mensuration de la partie du ressort restante nous montra qu'il n'y en avait eu que 5 centimètres et demi laissés dans le sac anévrysmal. Après cette opération, je maintins une forte compression de la tumeur par l'application d'ouate et d'un spica de l'aine.

Les résultats de cette introduction d'un corps étranger dans la poche anévrysmale ont paru favorables, car, les jours suivants, les douleurs du membre ont notablement diminué. La tumeur est restée indolente et, au bout de quelques jours, présentait des indurations manifestes. Battements moindres au-dessus de l'arcade crurale, toujours aussi marqués au-dessous de cette arcade.

Le 8 juillet, je fis une nouvelle tentative d'introduction en prenant le soin de faire effiler l'extrémité interne du ressort dont le rayon de courbure plus petit m'offrait plus de chances d'enroulement dans le sac.

Je procédai de la même manière: incision préalable de la peau avec une lancette, introduction du ressort à travers la paroi artérielle, mais impossibilité absolue de le débiter dans la poche, le bout pointu s'accrochant à la paroi que j'aurais traversée de part en part, si j'avais persisté dans mes tentatives. Je retirai donc complètement la partie que j'avais cherché à introduire et je renouvelai le pansement par compression.

Les douleurs du membre inférieur droit continuèrent à diminuer, mais au bout de quelques jours la malade eut un peu de fièvre qui persista du 10 au 20 juillet. Un certain état typhique nous fit penser à des complications septicémiques, hypothèse qui parut justifiée par les douleurs qui se manifestèrent d'abord dans le genou droit, puis dans le pied du même côté dont la face dorsale présenta une rougeur légère avec empâtement.

La température oscillait entre 38 et 39 degrés, il n'y avait pas de frissons. Les phénomènes stéthoscopiques ne se modifiaient pas du côté du cœur.

Tel était l'état de la malade, lorsque, le 21, nous la trouvâmes atteinte d'une aphasie complète avec hémiplégie droite. La veille, elle avait causé assez longtemps avec son mari. Après son départ, on la transporte de son fauteuil à son lit et l'on remarque qu'elle ne peut plus parler.

L'hémiplégie droite, comme l'aphasie, est complète; la sensibilité même est notablement diminuée du même côté. Sens normaux, intelligence conservée, pas de surdité verbale prononcée, mais cécité verbale complète.

Deux mois se passent sans que l'aphasie et l'hémiplégie droite se modifient sensiblement. Elle dit quelques mots: *Je ne peux pas! Mais oui! Bonjour*, etc. Elle pleure facilement.

La fièvre n'a pas reparu. La malade a beaucoup pâli et s'est affaiblie. La moindre émotion, et elle s'émotionne facilement, lui fait monter la rougeur au visage.

Pas de changement dans la tumeur anévrysmale, dont les progrès sont arrêtés, mais qui conserve des battements et du frémissement cataire. On sent des bosselures, indices de parties indurées.

A partir du mois d'octobre, une amélioration notable se produisit dans l'état général de la malade, qui commença à se lever et à reprendre des apparences de santé.

L'aphasie et l'hémiplégie persistent cependant presque complètes, les douleurs des membres diminuent et se localisent surtout dans la jambe gauche qui reste toujours assez sensible à la pression.

Aucun changement notable dans la tumeur anévrysmale, ni dans les souffles cardiaques.

Au 1er février, on notait que la malade recommence à se cachectiser; sa pâleur augmente ; les extrémités digitales se renflent en massue.

Le membre inférieur du côté de l'anévrysme devient de nouveau le siège d'une hyperesthésie très marquée. Il semble manifestement plus volumineux que celui du côté opposé; la mensuration comparée des divers segments des deux membres donne, dans toute l'étendue du membre gauche, environ 1 centimètre de différence d'un côté à l'autre.

Les souffrances de la malade rendent le sommeil difficile et agité. On remarque à la main gauche, vers la racine du médium, deux petites ecchymoses bleuâtres qui sont survenues en même temps que la malade accusait des fourmillements et de l'engourdissement dans la main correspondante.

Les douleurs et l'expansion plus prononcée de la tumeur anévrysmale me font recourir de nouveau à des applications de glace qui sont mal supportées. L'état général s'aggrave; affaiblissement progressif et pâleur de plus en plus accentuée ; perte complète d'appétit.

Dans la nuit du samedi 24 mars au dimanche 25, elle a du délire et quitte son lit. Le lendemain soir, elle est prise d'une violente attaque d'éclampsie, à la suite de laquelle elle reste dans un état demi-syncopal et meurt dans la nuit.

Jamais, à aucune époque de la maladie, on n'a observé la présence de l'albumine dans l'urine.

Autopsie le 27 mars. — Pas de liquide dans les cavités séreuses.

Péricarde intact.

Cœur hypertrophié et dilaté dans de médiocres proportions et exclusivement aux dépens du ventricule gauche. La paroi de ce ventricule mesure environ 18 millimètres d'épaisseur. Le muscle paraît sain.

Orifice mitral absolument intact, suffisant.

Les sigmoïdes aortiques sont profondément modifiées par d'importantes lésions d'endocardite végétante. L'une d'elles est en partie détruite et ne forme plus qu'un moignon déchiqueté; les deux autres sont boursouflées, couvertes de végétations verruqueuses et incrustées en partie de sels calcaires.

Ces altérations dépassent le niveau de l'orifice et s'étendent sur la paroi interne de l'aorte jusqu'à la hauteur de 1 à 2 centimètres. A ce niveau, l'endartère est dépoli et ulcéré; au-dessus de l'ouverture de la coronaire gauche se voit une végétation pédiculée, longue de 6 millimètres, large de 2 millimètres. Une ou deux petites végétations sessiles se rencontrent sur la face de la grande valve mitrale qui regarde le sinus aortique.

L'aorte, dans tout le reste de son étendue, est saine, n'offrant que quelques stries graisseuses longitudinales. Elle est remarquablement étroite et ténue. L'iliaque interne et externe, ainsi que la partie de la fémorale située au-dessous de l'anévrysme, sont également parfaitement saines.

Tumeur anévrysmale. — Elle répond à l'arcade crurale et à la partie supérieure du triangle de Scarpa. Son volume est à peu près celui d'un œuf de poule. En la découvrant, on aperçoit un fragment de ressort à extrémité effilée, d'une longueur de 1 centimètre, sortant de la poche dont il a traversé la paroi; cette paroi est épaisse et assez régulière.

L'ouverture du sac montre dans sa cavité deux fragments du ressort, l'un le principal, qui le traverse de part en part et perpendiculairement à la direction de l'artère, une extrémité fixée dans la partie externe de sa paroi et faisant issue de l'autre côté jusque dans les téguments, ce fragment mesure 0m,031 ; l'autre plus court, mesurant 0m,023, est couché sur la paroi postérieure et croise le premier à angle droit. Ces deux morceaux résultant de la fragmentation de la partie de ressort abandonnée dans le sac, sont oxydés et en partie couverts d'une légère couche de fibrine. Il existe aussi dans la poche une petite quantité de caillots actifs qui ne paraissent pas particulièrement groupés autour des morceaux d'acier : pas de caillots passifs.

Le sac anévrysmal est comme surajouté à l'artère dont il occupe la partie latérale et antérieure et avec laquelle il communique par un orifice très étroit, bouché en partie par un caillot fibrineux.

Poumons. — Quelques adhérences aux deux sommets. Cicatrices déprimées et pigmentées de tuberculoses guéries. Deux ou trois petits noyaux crétacés et enkystés. Le reste du poumon est sain.

Rate volumineuse, très ferme, présentant à son extrémité supérieure deux cicatrices d'infarctus.

Reins couturés d'infarctus anciens, sillonnés de dépressions régulières et profondes.

Foie un peu volumineux; hypérémié, sans les caractères qui appartiennent à la cirrhose cardiaque.

Bile, normale.

Estomac, pancréas, sains.

Au niveau de la fosse iliaque droite, petit foyer ancien de péritonite circonscrite, résultant d'une perforation de l'appendice cæcal.

Utérus volumineux; muqueuse congestionnée et tuméfiée manifestement à l'époque des règles.

Ovaire droit également congestionné.

Les *deux fémurs* ont été examinés comparativement et pesés; aucune différence appréciable.

Cerveau. — L'hémisphère cérébral gauche est le siège d'un ramollissement cortical très étendu ; il affecte le lobule de l'insula, les deux premières temporo-sphénoïdales, l'extrémité inférieure de la frontale ascendante, le pli sourcilier et le pied de la seconde frontale. Artère sylvienne atrophiée et oblitérée, sans traces d'embolies.

Après l'exposition complète des particularités les plus intéressantes de cette longue observation, j'ajouterai quelques réflexions sur deux points qui me paraissent mériter de fixer l'attention de la Société : ces deux points sont la pathogénie, c'est-à-dire le mode de développement de l'anévrysme, et le traitement qui lui a été appliqué.

Quand cette femme, jeune encore, s'est présentée à moi, il y a un an, atteinte d'un anévrysme de l'artère crurale assez volumineux au pli de l'aine, j'ai été quelque peu surpris de rencontrer une affection aussi rare, en dehors du traumatisme ou d'une altération athéromateuse du vaisseau ectasié.

Grâce aux renseignements précis donnés par la malade, il n'était pas douteux que, malgré son volume relativement considérable, l'anévrysme ne fût cependant de date récente, et il était permis d'affirmer qu'il avait trouvé son origine dans les accidents qui avaient éclaté brusquement un certain soir, cinq semaines auparavant, accidents qui avaient consisté dans la sensation de lourdeur du membre inférieur gauche, suivis bientôt d'une douleur excessivement vive dans l'aine d'abord, puis dans la cuisse et le membre tout entier.

Deux circonstances étiologiques nous éclairèrent bientôt sur l'origine de ces phénomènes et sur la cause probable de l'anévrysme.

D'une part, l'examen du cœur révélait les signes d'une lésion importante de l'orifice aortique, rétrécissement avec insuffisance, et l'intensité, ainsi que le caractère des bruits morbides dans l'aorte ascendante, laissaient supposer que ce vaisseau lui-même pouvait participer à la lésion de l'orifice aortique. D'autre part, cette femme nous disait qu'elle était récemment accouchée, sept semaines seulement avant son entrée à l'Hôtel-Dieu. N'y avait-il pas lieu par conséquent d'établir une corrélation toute naturelle entre l'affection artérielle, la maladie cardiaco-aortique et l'état puerpéral ? L'influence de l'état puerpéral dans l'étiologie de l'endocardite semblait d'autant plus certaine que la

malade n'avait jamais eu de rhumatismes; mais le difficile était de savoir à quelle époque pouvait remonter cette endocardite.

Accouchée pour la quatrième fois, cette femme n'avait eu aucun accident à la suite de ses couches; elle s'était levée le neuvième jour et s'était remise à son ménage jusqu'au moment où, le dix-septième jour, survinrent les accidents du côté du membre inférieur gauche. On aurait dû supposer que la lésion de l'orifice aortique remontait à une époque antérieure, quoique la malade affirme s'être toujours bien portée, mais l'autopsie ne laisse pas de doute sur l'origine récente de l'endocardite, endocardite végétante restée absolument latente jusqu'au moment où ses effets se manifestèrent loin du siège du mal.

Si, comme nous n'avons pas hésité à le faire, on établit une relation de cause à effet entre la lésion de l'orifice aortique et l'anévrysme crural, comment la chose s'est-elle produite? Sans aucun doute par la projection dans l'artère crurale d'un fragment embolique qui est devenu le point de départ de la formation de la poche anévrysmale.

La soudaineté des accidents du côté du membre affecté, la lourdeur de ce membre et les douleurs particulièrement violentes éprouvées dans l'aine d'abord, puis dans toute la jambe, répondent évidemment aux symptômes les plus ordinaires et les plus connus de l'embolie artérielle. Reste à établir par quel mécanisme s'est formé le sac anévrysmal et quel rôle a joué le bouchon embolique dans sa production?

Notons d'abord que la coïncidence d'anévrysmes avec une affection organique du cœur n'est pas rare. Dans le cas où, comme dans celui-ci, le système artériel est sain, c'est dans le cœur qu'il faut chercher la cause de l'anévrysme; ce sont des anévrysmes que, pour cette raison, on désigne sous le nom d'*anévrysmes emboliques*. Parker (*Medico-chirurg. Transac.*, 1884) en signale un de l'iliaque externe; Tuffnell (*Dublin Journ. of med. science*, 1853) l'observa dans l'artère poplitée; Church (*Bartholomews hosp. Rep.*, 1870) et Kidd (même recueil, 1886) rapportent des cas d'anévrysmes emboliques des cérébrales; Ponfick (*Archiv. für pathol. Anat.*, 1873), de l'artère mésentérique; Pel, du même vaisseau (*Zeitsch für klin. Med.*, 1887); Eppinger (*Arch. für klinische Chirurgie*, 1887), de l'aorte et des vaisseaux divers.

Ces anévrysmes, lorsqu'ils reconnaissent pour cause l'endocardite végétante ou infectieuse, se produisent en raison d'altérations de nature bactérienne, ainsi qu'Eppinger l'a démontré dans cinq observations. Ces altérations succèdent à l'arrêt d'un embolus renfermant des microbes et l'anévrysme résulte de la destruction à ce niveau de la tunique interne et de la membrane élastique de l'artère, d'où l'anévrysme sacciforme.

Quelquefois il peut être aussi fusiforme et il se développe par le même mécanisme, comme l'admettent certains auteurs, Tuffnell, Coats et Ponfick; la distension se fait alors en amont de l'obstacle, ou par passage du sang entre l'embolus et la surface externe du vaisseau (Ponfick).

Faut-il admettre que les anévrysmes emboliques soient tous parasitaires? Avec la tendance actuelle à considérer toute endocardite ulcéreuse ou végétante comme microbienne, la réponse devrait être affirmative. Je ferai cependant, avec Ponfick, quelque réserve en faveur des embolies calcaires auxquelles cet auteur fait jouer un rôle important. Pour le cas actuel, ce ne serait pas sans difficulté que je me verrais obligé d'admettre comme infectieuse une maladie dont j'ai suivi la marche et les progrès pendant une année entière, relevant à diverses époques des disséminations emboliques variées, sans jamais constater de symptômes généraux de septicémie.

Ainsi, nul doute que l'anévrysme observé chez cette malade ne soit un anévrysme embolique. Parasitaire ou non, l'embolus projeté dans l'artère crurale et arrêté au niveau de l'arcade, a déterminé sur la paroi interne du vaisseau une altération immédiate qui, elle-même, a permis la formation rapide d'un sac anévrysmal. Je ne crois pas qu'on puisse interpréter autrement la pathogénie de cette lésion artérielle et le mécanisme de son développement.

Je ne dirai rien des autres embolies viscérales, ni de celle en particulier qui eut pour conséquence l'aphasie et l'hémiplégie droite; c'est un fait d'observation journalière dans les embolies de l'artère sylvienne. Une seule chose à signaler au point de vue des localisations cérébrales, c'est l'absence de surdité verbale, malgré la destruction étendue des deux premières circonvolutions temporo-sphénoïdales.

Quelques mots maintenant sur le traitement employé:

Les détails dans lesquels je suis entré, au cours de l'observation, sur les procédés que j'ai mis en pratique pour chercher à arrêter les progrès rapides de l'anévrysme, et à atténuer les douleurs qu'il provoquait dans le membre affecté, me dispenseront de revenir sur le manuel opératoire.

A cause de l'affection cardiaco-aortique qui accompagnait l'anévrysme crural et qui semblait en avoir été le point de départ, nous avons dû abandonner tout de suite l'idée de faire pratiquer, comme on le fait ordinairement pour les anévrysmes du pli de l'aine, la ligature de l'artère iliaque externe. M. Tillaux s'était montré, du reste, absolument opposé à toute intervention chirurgicale de ce genre.

Quant aux moyens ordinaires en dehors d'un traitement chirurgical: application de glace, usage des iodures à l'intérieur, etc., je n'hésitai pas à les regarder comme insuffisants, et dès le premier jour je me proposai de provoquer la coagulation du sang dans le sac anévrysmal par l'électropuncture. Les bons effets de l'électropuncture, au moins comme palliatif, dans les anévrysmes de l'aorte, pouvaient faire espérer des résultats avantageux de son application dans un sac peu étendu, sur une artère périphérique. L'insuccès cependant a été complet: l'opération a été mal supportée, extrêmement douloureuse, sans que la tension électrique ait atteint, à beaucoup près, celle qui eût été nécessaire pour la cure de l'anévrysme. Je n'en ai pas été absolument surpris, car l'expérience m'avait appris qu'il en était quelquefois ainsi pour les anévrysmes périphériques. Le cas d'un de nos confrères, M. B. de la G., que j'opérai avec le concours de mon ami le docteur Dujardin-Beaumetz, pour un anévrysme du tronc brachio-céphalique, était présent à mon souvenir: là aussi opération très douloureuse et impossibilité d'élever suffisamment le chiffre des milliampères employés.

J'ai dit plus haut comment, forcé d'abandonner l'électropuncture, j'ai été conduit, par la lecture du travail du professeur Lépine, à demander à l'introduction d'un corps étranger dans le sac la cure de l'anévrysme, adoptant d'abord la méthode de H. Moore puis celle de Baccelli, non pas que je sois en aucune façon partisan de ce mode de traitement pour les grands anévrysmes de l'aorte thoracique, les faits de Lépine et ceux réunis dans l'important mémoire de son élève M. Charmeil, me paraissent conduire à des conclusions tout opposées à celles qu'on en a tirées; mais, dans un cas comme celui-ci, avec un anévrysme limité et sacciforme, situé sur une artère périphérique, soustraire, en raison d'une affection concomitante du cœur et des vaisseaux, à l'intervention chirurgicale ordinaire, la ligature au-dessus de la poche anévrysmale, il me sembla tout indiqué d'appliquer la méthode proposée pour les anévrysmes de l'aorte et d'introduire, à l'exemple de H. Moore et de Baccelli, un corps étranger, fil de fer ou ressort, capable d'amener la coagulation.

Je ne me dissimulai pas les difficultés et les dangers possibles de cette pratique; heureusement, si l'opération présenta certaines difficultés, elle fut inoffensive et l'événe-

ment prouva que je n'avais pas eu tort d'y recourir. La malade a bénéficié de cette intervention, car depuis le 19 juin 1887, jour de l'introduction d'un morceau de ressort, jusqu'au 24 mars 1888, jour de sa mort, l'anévrysme n'a plus fait aucun progrès, le corps étranger a été parfaitement toléré, les battements ont sensiblement diminué et des caillots se sont formés dans la poche, dont les parois se sont notablement épaissies. L'anévrysme, à coup sûr, n'a pas guéri, mais il est resté stationnaire, ce qui est bien quelque chose.

C'est après être restée huit mois aphasique et hémiplégique, après avoir subi les progrès d'une anémie poussée à ses dernières limites, que cette malade a succombé aux suites de la lésion double de l'orifice aortique et de son endocardite végétante.

La conclusion à tirer de ce fait est que l'introduction de corps étrangers dans un sac anévrysmal d'une artère périphérique, suivant la méthode indiquée par Velpeau dès 1826, et dont H. Moore et Baccelli ont fait plus récemment l'application en y apportant des procédés personnels, est une pratique justifiée qui peut et doit donner de bons résultats.

A quel procédé faut-il donner la préférence? Pour moi, j'eusse préféré bourrer la poche d'un fil fin et flexible. Mon instrument n'était pas parfait, l'opération n'a pas réussi. Je crois cependant qu'il sera facile de parer désormais aux inconvénients qui m'ont empêché d'introduire le fil métallique.

J'ai donc eu recours au procédé de Baccelli, mais là encore j'ai rencontré quelques difficultés.

Je n'ai pas cru devoir m'aider d'une canule pour l'introduction du ressort : ce fut peut-être un tort. L'enroulement qui ne s'est pas produit dans l'intérieur du sac à chacune des deux opérations aurait peut-être été obtenu. Je craignais, je l'avoue, de provoquer une hémorrhagie en faisant la ponction de l'artère avec une canule conductrice, tandis que j'étais à peu près sûr de l'éviter par l'introduction immédiate de l'extrémité effilée du ressort. Celle-ci se fit du reste très facilement, après incision préalable de la peau avec une lancette.

Quoiqu'une portion relativement courte du ressort, près de 6 centimètres seulement, soit restée dans la cavité de l'anévrysme, les résultats ont été favorables; peut-être auraient-ils été plus complets si sa totalité avait pu s'y loger.

Quoi qu'il en soit, notons encore ce fait intéressant : la fragmentation du ressort en deux morceaux dans l'intérieur de la poche. Quelque surprenante qu'elle paraisse, cette fragmentation spontanée des ressorts dans la cavité des anévrysmes a déjà été notée, car dans les observations de Baccelli, on a trouvé une fois cinq ou six morceaux, et l'autre fois dix morceaux, au milieu du sac anévrysmal. Dans l'un des faits publiés par Lépine, les deux ressorts introduits étaient brisés en plusieurs morceaux et notablement oxydés (observation XIV du mémoire de Charmeil).

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

Étude clinique sur un cas de fièvre hémoglobinurique palustre.

Il s'agit d'un malade, A. C., de Sparte, demeurant à Athènes, âgé de vingt-quatre ans, qui, jusqu'au 8 janvier 1887, se portait bien; il n'avait jamais été atteint de fièvre intermittente, n'avait jamais éprouvé les symptômes d'une fièvre larvée (tels que douleurs en diverses régions du corps, courbature des membres inférieurs, céphalalgie, inappétence, nausées, vomissements, etc.), lorsqu'il fut pris d'une céphalée qui dura, sans aucun autre symptôme, jusqu'au 12 janvier. Alors la céphalalgie augmenta, et le malade sentit des frissons prolongés jusqu'au soir.

A huit heures du matin, le 13 janvier, il fut repris de frissons prolongés jusqu'au soir et suivis de fréquents besoins d'uriner; l'urine était d'un noir rouge. Appelé à ce moment, je constatai que la température était de 38°,4; le malade était anxieux; il souffrait de céphalalgie et de soif; son ventre était douloureux à la pression; la langue était sèche. J'ai pratiqué des injections sous-cutanées de bromhydrate de quinine (50 centigrammes dans 6 grammes d'eau distillée). Le soir, temp., 39 degrés; des vomissements bilieux dans l'après-midi (calomel, 30 centigrammes en trois paquets).

14 janvier, le matin, temp., 39°,2; les urines sont d'une couleur de vin de Malaga; le malade a pris 1 gramme de sulfate de quinine en quatre pilules. Diarrhée; le soir, temp., 40°,1; pouls, 124, plein; soif, mal de tête léger; couleur ictérique des sclérotiques; la peau du corps uniformément jaune. Bourdonnements d'oreilles; le foie et la rate sont augmentés de volume; bruits du cœur normaux. Je pratique des injections de chlorhydrate de quinine (50 centigrammes).

15 janvier, le matin, j'ai vu le malade en consultation avec MM. les docteurs Valeta, Caramitsas et Loulos; temp., 37°,3; pouls, 100; peu de soif. La couleur des urines est plus claire; il y a eu un vomissement bilieux; le malade a pris un demi-gramme de quinine. A deux heures du soir, je pratique encore des injections de chlorhydrate de quinine (50 centigrammes).

16 janvier, le matin, temp., 37°,8; amélioration de la couleur ictérique; les sclérotiques sont moins jaunes; bourdonnements d'oreilles continus et intenses; urines claires; le malade a pris 1 gramme de quinine; il a pris du vin et du bouillon.

17 janvier, l'état du malade s'améliore; diète tonique; bouillon et vin fort; décoction de quinquina.

Les urines du 13 janvier, examinées microscopiquement, ont présenté des débris de globules rouges du sang; dans l'une des quatre préparations microscopiques faites un seul cylindre granuleux fut trouvé. Les urines, examinées chimiquement par M. Comnenos, contenaient de l'hémoglobine et des matières colorantes de la bile.

Réflexions. — Le caractère spécial de ce cas est que le malade n'avait jamais auparavant souffert des fièvres intermittentes, ce qui est très rare; il est à remarquer, d'un autre côté, que le frère de ce malade a eu, à Sparte, trois accès de fièvre hémoglobinurique palustre. Peut-on croire que ce fait confirme l'opinion que, dans certains cas, une prédisposition héréditaire contribue à la production de la maladie? L'ictère, dans ce cas, était hématogène et hépatogène à l'origine de la maladie; la preuve en est que les urines noires du 13 janvier contenaient de la matière colorante du sang et de la bile. A propos du contenu des urines dans la fièvre hémoglobinurique palustre, maladie que nous autres, médecins grecs, avons particulièrement l'occasion d'étudier dans notre climat chaud, nous signalerons les réflexions suivantes. Maurel écrit ceci : « Un élément nouveau se réunit à la continue bilieuse pour constituer la fièvre paludéenne mélanurique. C'est une altération du sang se manifestant surtout par un passage de sa matière colorante dans les urines, et leur donnant une couleur que l'on a généralement désignée sous le nom de *malaga*. » Corre dit que les urines de la fièvre hémoglobinurique doivent leur couleur à l'hémoglobine, mais il ajoute qu'elles peuvent contenir consécutivement du sang naturel et quelquefois aussi de la bile. Il attribue les vraies hémorrhagies dans les urines à des hémorrhagies locales des reins, par suite d'une augmentation de pression dans les vaisseaux; néanmoins il pense qu'il peut aussi se produire un passage de globules rouges du sang dans les urines par diapédèse dans les vaisseaux des reins, parce que, chez plusieurs malades, on n'a point trouvé de vraies altérations hémorrhagiques dans les parenchymes des reins. Dans les cas que nous avons étudiés en Grèce, nous avons remarqué que, sauf la fièvre paludéenne bilieuse qui présente de la bile dans les urines, il existe aussi d'autres formes de fièvres mélanuriques. On observe une forme qui ne présente dans les urines que de l'hémoglobine pure (Caramitsas), une forme mixte où les urines contiennent de l'hémoglobine et des matières colorantes de la bile; ensuite une autre forme que nous pouvons appeler hématurique, où l'on trouve dans les urines des globules rouges du sang entiers relativement peu nombreux, et alors nous pouvons attribuer leur existence à des phénomènes secondaires, c'est-à-dire à des ruptures de vaisseaux capillaires dans les reins; dans d'autres cas, il y a

dans les urines des globules rouges très abondants, et en même temps il se produit aussi des hémorrhagies de divers organes par suite d'une prédisposition hémorrhagique du malade, comme il arrive souvent dans les maladies contagieuses, par exemple dans la rougeole, le typhus, la diphthérie, et même dans les fièvres continues et malignes. Suivant nous, il faut donner à ces fièvres palustres le nom d'hémoglobinuriques, non parce qu'on rencontre toujours de l'hémoglobine dans les urines, mais parce que dans la plupart des cas *elles en contiennent*.

Dr Spyridon Canellis (d'Athènes).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 30 AVRIL 1888.

Recherches anatomiques sur la distribution de l'artère spermatique chez l'homme. Note de M. *Bimar*. — Voici les conclusions de ces recherches qui ont permis à l'auteur de constater des dispositions différentes, sous certains rapports, de celles qui sont généralement admises :

1° L'artère spermatique de l'homme ne se distribue au testicule qu'après s'être divisée dans l'épaisseur de l'albuginée et à la face interne de cette membrane ;

2° Ses ramuscules pénètrent dans la substance glandulaire par les différents points de sa surface et décrivent dans son intérieur des arcades à convexité tournée vers le corps d'Highmore, d'où partent des ramifications destinées aux lobules ;

3° Le mode de distribution est analogue à celui que l'on observe chez la plupart des mammifères et, en particulier, chez les ruminants.

SÉANCE DU 7 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Sur un microbe pathogène chromo-aromatique. Note de M. *V. Galtier*. — Le 22 décembre 1887, le service de l'inspection saisissait, à l'abattoir de Vaise, un jeune porc qui avait été tué pour la consommation et qui présentait de nombreuses lésions de bronchopneumonie, de pleurite, de péritonite, d'entérite et surtout un état congestionnel et hémorrhagique très accusé de tout le système ganglionnaire. Un bacille spécial existait en très grande abondance dans les ganglions.

Le 23 décembre, un mélange de suc pulmonaire et de suc ganglionnaire fut inoculé à un lapin par injection intraveineuse. Ce lapin tomba malade dès les premiers jours qui suivirent l'inoculation et mourut le 19 janvier avec une belle pneumonie accompagnée de pleurésie et de péricardite. Plus de la moitié des poumons était malade, dense, grisâtre, atteinte de pneumonie fibrineuse ; les plèvres étaient tapissées de fausses membranes épaisses et grisâtres ; le péricarde était enflammé et recouvert dans toute son étendue d'une fausse membrane grisâtre et mince ; le sang devenait rouge-groseille à l'air ; on trouvait des bacilles en abondance, dans les lésions pulmonaires, dans les fausses membranes de la plèvre et du péricarde ; le sang en présentait également, mais là ils se montraient moins allongés.

Parmi les onze lapins qui cohabitaient avec le précédent, quatre se contaminèrent et moururent du 20 au 25 janvier en présentant les mêmes lésions et les mêmes microbes.

Des cultures faites dans le bouillon, sur agar, sur gélatine et sur pommes de terre, et ensemencées avec des ganglions de porc saisi à Vaise, ou avec le sang du cœur des lapins, ont donné les mêmes résultats.

Le microbe, ainsi reproduit dans les divers milieux de culture, est un bacille. Inoculé à de nouveaux lapins et à des cobayes, il les a fait périr. De nouvelles cultures, viciées avec du sang ou d'autres produits empruntés à ces animaux, ont donné invariablement le même microbe, qui s'accompagne toujours de phénomènes identiques consistant en production d'une substance aromatique et en sécrétion d'une substance colorante de teinte vert-jaune clair d'abord, puis plus foncée et plus verte, pour s'affaiblir et se modifier plus tard en passant par la teinte brun ardoisé et feuille morte.

Les cultures de ce microbe sont donc aromatiques ; l'odeur qu'elles exhalent est très prononcée, quand elles ont été faites dans le bouillon, c'est une odeur *sui generis*, forte, mais plutôt agréable et comparable, d'après MM. Chauveau et Kaufmann, à celle des graisses extraites du sang. Elle est très persistante ; elle a pu être conservée, ainsi que la teinte vert clair, pendant huit semaines sans se putréfier.

Instruments pour la mensuration du thorax. Note de M. *Demeny*. — Il s'agit d'une série d'instruments ayant pour but de prendre d'une façon précise les diamètres du thorax, la forme des coupes horizontales et des profils verticaux du tronc, ainsi que le débit d'air inspiré et expiré dans les mouvements respiratoires.

Ces instruments donnent des indications graphiques et ont été construits spécialement pour étudier les modifications dans la forme, les mouvements et la capacité du thorax chez des sujets soumis à l'entraînement aux exercices musculaires.

Matière phlogogène fabriquée par un des microbes du poumon dans la péripneumonie. Note de M. *Arloing*. — Ce microbe se cultive aussi bien sur les milieux solides que dans les milieux liquides. Les bouillons injectés dans le tissu conjonctif sous-cutané y déterminent une forte tuméfaction étalée. Ils sont donc phlogogènes. Or, si au lieu d'injecter le bouillon complet on l'injecte après l'avoir débarrassé des microcoques par une bonne filtration, on observe les mêmes phénomènes inflammatoires. Les microbes ont donc laissé dans le milieu une matière phlogogène.

Cette matière ne doit pas être confondue avec le poison spécifique qui détermine la plus grande partie des symptômes de la maladie. Ainsi elle est impropre à exercer vis-à-vis d'elle-même le rôle de vaccin. Sur le même individu elle peut être injectée sous la peau deux fois, trois fois, quatre fois même et, à la dernière inoculation, les effets phlogogènes sont tout aussi intenses qu'après la première inoculation.

Cette matière a encore d'autres caractères intéressants qui ont été très étudiés par M. Arloing : ainsi, dissoute, elle est très facilement retenue par les filtres de porcelaine et de plâtre.

Toutes les espèces animales ne sont pas influencées par cette substance. C'est sur le bœuf qu'elle agit avec son maximum d'activité. Elle impressionne moins la chèvre. Quant au cobaye, au lapin, au chien, ils résistent absolument à l'action de cette substance.

De l'ectocardie et de sa cure par l'autoplastie. Note de M. *Lannelongue*. — Il s'agit d'une petite fille apportée dans le service de l'auteur, à l'hôpital Trousseau, âgée de six jours, d'apparence chétive, prenant assez bien le sein et dont les diverses fonctions paraissent normales. Toutes les parties du corps sont bien organisées, sauf le thorax. On découvre, en effet, sur la face antérieure de la poitrine, vers la partie moyenne du sternum, une ulcération circulaire et médiane de dimensions supérieures à celle d'une pièce de 1 franc et limitée par un bourrelet cutané rouge, d'aspect mamelonné. Cette ulcération présente, en son milieu et profondément, une membrane d'aspect jaunâtre qui paraît en voie de mortification, obstruant complètement l'orifice et sur le point de tomber ; le cœur la soulève et le sommet des ventricules fuit à l'extérieur.

D'autre part, les extrémités internes des deux clavicules

se terminent par une tête articulée en bas avec la première côte et paraissent libres en dedans et en haut; l'intervalle qui les sépare est de 3 centimètres et le sternum fait défaut entre ces extrémités; il existe plus bas, mais il y est bifide jusqu'au-dessous de l'ulcération où ses deux moitiés se rejoignent, formant un véritable appendice xyphoïde.

Autour de l'ulcération, et sur un espace de trois centimètres, la peau est rouge.

Ajoutons que du côté des parents on ne trouve aucun antécédent fâcheux. La mère a eu deux autres enfants bien portants; la dernière grossesse a été exempte de complications et l'accouchement a été régulier et simple.

Dans les jours qui suivirent l'entrée de l'enfant à l'hôpital, les modifications suivantes se sont produites: chute de la membrane jaunâtre obstruant l'orifice; saillie de la pointe du cœur au dehors et en avant du thorax; face antérieure des ventricules tout entière exposée; absence de péricarde; rétrécissement progressif de l'orifice cutané par la formation de gros bourgeons charnus qui soulèvent les ventricules et la pointe du cœur; par suite, danger de complications graves, de troubles circulatoires et nécessité d'une intervention chirurgicale prompte.

L'opération eut lieu par le procédé suivant: deux incisions verticales sont faites de chaque côté de l'anneau cicatriciel à 1 centimètre et demi en dehors de la surface ulcérée; les deux lambeaux latéraux, ainsi formés, sont mobilisés suffisamment pour que leurs bords internes puissent se rapprocher au-devant du cœur. Les bases adhérentes de ces lambeaux, en forme de pont, assurent leur vitalité. Les bords affrontés sont réunis par trois points de suture au crin de Florence. L'enfant n'a perdu que quelques gouttes de sang. Cicatrisation en moins de vingt jours.

Aujourd'hui, deux mois et demi après l'opération, l'enfant est bien portant et l'opération a transformé son ectocardie en une ectopie sous-cutanée, ectopie qui, dans l'avenir, peut, d'extrathoracique, devenir intrathoracique par suite du développement du cœur.

M. *Verneuil* demande la parole pour déclarer que le cas rapporté par M. Lannelongue est un nouveau fait à enregistrer à l'honneur de la chirurgie française.

E. RIVIÈRE.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Chatain*, médecin-major de 2e classe au 19e régiment de chasseurs à Lille, envoie un mémoire manuscrit, intitulé: *De la valeur relative du vaccin humain et du vaccin animal au point de vue des revaccinations; avantages de la vaccination animale étudiés dans l'armée.* — (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Tartière*, médecin-major au 8e régiment de hussards, adresse un *Rapport* manuscrit sur *les vaccinations et les revaccinations qu'il a pratiquées en 1887.* — (*Même Commission.*)

M. le docteur *Krassowski* (de Varsovie) envoie une lettre sur *la pathogénie du choléra.*

M. *Larrey* fait don de plusieurs fascicules des *Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris* et de la *Revue d'anthropologie.*

M. *Chatin* présente un mémoire de MM. *Heckel* et *Schlagdenhauffen* sur *la présence de la caféine dans les gousses du kola.*

M. *Besnier* dépose le *Rapport*, pour les années 1885 et 1886, du *Bureau d'hygiène et de statistique de la ville de Reims*, par M. le docteur *Hoel*, directeur de ce service.

M. *Fournier* présente, au nom de M. le docteur *Fiaux*, un volume ayant pour titre: *La police des mœurs en France et dans les principaux pays de l'Europe.*

M. *Léon Colin* dépose, de la part de M. le docteur *Rivet*, médecin-major, la *Relation d'une épidémie de fièvre scarlatine* qui a régné au 137e régiment d'infanterie à Fontenay-le-Comte en 1886-1887. — (*Commission des épidémies.*)

M. *Sappey* présente la 3e édition du *Traité des maladies des yeux*, de M. le docteur *Galezowski.*

M. *Villemin* dépose un *Rapport* manuscrit de M. le docteur *Schoul*, médecin aide-major de 1re classe, sur *les vaccinations et les revaccinations* qu'il a pratiquées à Aïn-Draham (Tunisie). — (*Commission de vaccine.*)

ÉLECTIONS. — Il est procédé à l'élection de deux correspondants nationaux dans la première division (*Médecine*). Première élection: 1er tour de scrutin, sur 57 votants, majorité 29, M. Mordret obtient 27 voix; M. Pierret, 23; M. Morache, 4; M. Chèdevergne, 2, et M. Niepce, 1. — 2e tour de scrutin, sur 71 votants, majorité 36, M. Mordret obtient 33 voix; M. Pierret, 30; M. Morache, 5; M. Chèdevergne, 2, et M. Niepce, 1. — 3e tour de scrutin, sur 74 votants, majorité 38, M. *Mordret* (du Mans) est élu par 44 voix; M. Pierret obtient 28 voix; M. Niepce, 1; plus 1 bulletin blanc.

Deuxième élection: M. *Pierret* (de Lyon) est élu par 37 voix sur 71 votants; M. Morache obtient 27 voix; M. Chèdevergne, 4, et M. Niepce, 3.

DIMÉTHYLOXYQUINIZINE, OU ANTIPYRINE, OU ANALGÉSINE. — M. *Dujardin-Beaumetz* craint que la dénomination d'analgésine donnée à l'antipyrine par l'administration de l'Assistance publique à la demande de M. Bourgoin, ainsi que celui-ci l'a annoncé mardi dernier, ne prête à des confusions regrettables. Le véritable nom de cette substance est diméthyloxyquinizine; mais, comme ceux de plusieurs autres antithermiques nouvellement découverts, ce nom est difficile, pour ne pas dire impossible, à employer dans la pratique. D'ailleurs, on a reconnu que la quinizine est une base hypothétique et que la dénomination exacte de l'antipyrine devait être phényldiméthypyrazolone. Il est à craindre aussi qu'on ne donne à l'antipyrine une nouvelle appellation à l'étranger et que l'on trouve dans la série aromatique plusieurs autres médicaments auxquels le nom d'analgésine pourrait être également donné. Mieux vaudrait conserver la dénomination d'antipyrine, ou de diméthyloxyquinizine, d'autant plus que cette substance ne peut être brevetée en France et qu'on l'y fabrique maintenant à l'état de pureté parfaite.

Après un échange d'observations entre MM. *Larrey*, *Dujardin-Beaumetz*, *Laborde*. et *Riche*, M. *Armand Gautier* fait observer combien il serait désirable de donner aux médicaments tirés des composés de la chimie organique des dénominations simples. Les noms scientifiques de ces produits ne peuvent être employés dans la pratique et leurs appellations thérapeutiques se confondent, faute d'une base suffisamment rigoureuse, pour le plus grand danger des malades. Il y aurait donc intérêt que l'Académie nommât une Commission chargée d'étudier s'il y a lieu de proposer pour les médicaments nouveaux un nouveau principe de nomenclature fondé, par exemple, sur la détermination de leurs propriétés physiologiques fondamentales. — Cette proposition est adoptée par l'Académie. MM. *Bourgoin*, *Armand Gautier*, *Dujardin-Beaumetz*, *Constantin Paul* et *Laborde* sont désignés pour en faire partie.

MECO-NARCÉINE. — Le produit dont M. *Laborde* entretient l'Académie a été extrait du groupe des alcaloïdes de l'opium insolubles dans l'éther par évaporation des eaux-mères ammoniacales; il jouit des propriétés physiologiques qui appartiennent à la narcéine, mais il en diffère par une solubilité et une activité plus grandes et plus constantes. Avec la morphine, on obtient des effets soporifiques avec agitation, puissants réflexes, sorte de stupeur, salivation, nausées et parfois vomissements, défécations multiples préalables, parésie du train postérieur, anesthésie et analgésie presque absolues et généralisées, myosis, anorexie consécutive, dégoût des aliments. Avec la codéine on constate des effets somnolents avec un peu de stupeur, salivation, défécation, un certain degré de parésie motrice (train postérieur) et d'analgésie, mydriase, anorexie consécutive. Tandis que la meco-narcéine produit un sommeil tranquille, pas d'excitabilité réflexe, pas d'accidents fonctionnels tels que salivation, défécation, vomissements, etc., un peu de mydriase, un certain degré d'analgésie, conservation de l'appétence. C'est pourquoi cette dernière substance détermine des effets thérapeutiques bien plus sûrs et d'une inno-

cuité parfaite. M. Laborde en recommande l'emploi sous forme de pilules, en sirop ou par injections sous-cutanées dans les cas d'insomnie, dans les affections bronchiques, la morphinomanie, la coqueluche.

Arthrectomie. — M. le docteur *Périer* présente un malade auquel il a pratiqué avec succès l'opération de l'arthrectomie pour des productions polypiformes volumineuses de la synoviale des deux genoux.

Ligatures artérielles. — Le second malade que présente M. le docteur *Périer* est un cocher auquel il a pratiqué la ligature simultanée de l'artère carotide primitive et de la jugulaire interne transpercées toutes deux par un fragment de la lame d'une épée brisée après s'être implantée dans une vertèbre cervicale, ce fragment s'étant opposé à l'hémorrhagie jusqu'à son extraction, quarante-huit heures après la blessure. (Renvoi à une commission composée de MM. *Léon Le Fort*, *Lannelongue* et *Rochard*.)

Calculs urinaires. — La collection de calculs fragmentés spontanément dans la vessie que M. le docteur *Debout d'Estrées* montre à l'Académie est composée d'un grand nombre d'échantillons, tous formés uniquement d'acide urique et d'urates; dans la plupart des cas observés ils sont de petit volume et en nombre considérable. En général, on ne peut expliquer cette fragmentation spontanée ni par un écartement par gonflement du noyau, ni par l'exfoliation; il est plus logique d'en attribuer la cause aux contractions énergiques d'une vessie à parois hypertrophiées.

Oculistique. — Les injections sous-cutanées de 0gr,25 d'antipyrine et de 0gr,01 de cocaïne dans dix gouttes d'eau pratiquées à la tête, ont donné d'excellents résultats à M. le docteur *Grandclément* (de Lyon). Elles réussissent rapidement et presque fatalement contre l'élément douleur, oculaire et surtout péri-orbitaire; souvent aussi, mais moins promptement, contre l'élément spasme; enfin elles modifient favorablement la plupart des processus inflammatoires du globe de l'œil, surtout s'ils s'accompagnent de douleurs péri-orbitaires. (Le mémoire de M. Grandclément est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *Javal*, *François-Franck et Maurice Perrin*.)

Poison rabique. — M. le docteur *Peyraud* (de Libourne), ayant fait macérer à l'air libre pendant quarante-huit heures dans l'alcool, puis filtré à 50 degrés, vingt-deux cerveaux de lapins rabiques, il a injecté de ce liquide sous la peau de quatre lapins qui ont succombé à des phénomènes bulbo-médullaires tout à fait analogues à ceux de la rage et de l'essence de tanaisie. Il aurait ainsi isolé le poison rabique ou hydrophobine.

Orthopédie. — M. le docteur *Reynier* fait observer que, dans la section, si l'on veut que la station assise droite redresse la courbure lombaire, il faut absolument que le tronc se porte à gauche, la cuisse gauche appuyant sur le bord du siége ou le pied gauche remplaçant l'ischion de ce côté; aussi insiste-t-il sur le hancher gauche et la station assise droite.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Plaie de l'abdomen : M. Monod. — Action des projectiles de petit calibre : M. Meynier (rapporteur : M. Chauvel). — Fracture de l'extrémité supérieure du tibia : M. Labrosse (rapporteur : M. Kirmisson). — Hernie traumatique des testicules : M. Auriol (rapporteur : M. Chauvel. Discussion : MM. Tillaux, Th. Anger, Perrier, Reclus). — Cathétérisme rétrograde : M. Vigo (rapporteur : M. Kirmisson). — Suture tendineuse : M. Bousquet (Discussion : MM. Championnière, Schwartz, Berger, Kirmisson). — Paralysie radiale par fracture de la clavicule : M. Terrillon. — Kyste du cou : M. Jalaguier. — Malformation du prépuce : M. Nimier.

M. *Monod* communique une observation de *plaie pénétrante simple de l'abdomen* par instrument tranchant. Il y a eu hernie primitive de l'estomac et de l'épiploon non lésés. Réduction, suture pariétale, guérison.

— M. *Chauvel* lit un rapport sur un travail de M. *Meynier: De l'action des projectiles de petit calibre*. L'auteur compare les effets des balles de 11 millimètres (fusil Gras) et de 8 millimètres. Ces dernières ont une enveloppe de maillechort et subissent, aux vitesses considérables, des déformations manifestes quand elles arrivent au contact du squelette. M. Chauvel a fait naguère des expériences sur les projectiles de 8 millimètres à enveloppe d'acier et a constaté que pour ceux-là, sur les os de l'homme, les déformations et divisions n'existent pas.

— M. *Kirmisson* fait un rapport sur une observation de M. Labrosse : *Fracture de l'extrémité supérieure du tibia*. Cette observation confirme le mécanisme de l'arrachement invoqué par M. Richet pour ces fractures. Elle est remarquable par la rapidité inusitée de la consolidation.

— Rapport de M. *Kirmisson* sur une *hernie traumatique du testicule* par M. Auriol. Il s'agit d'une plaie contuse du scrotum avec hernie d'un testicule à nu et de l'autre testicule encore entouré de la vaginale. La réduction de ce dernier fut difficile et pour la maintenir M. Auriol embrocha pendant vingt-quatre heures dans une épingle le testicule et la peau.

M. *Tillaux* conteste le nom de hernie du testicule lorsque la glande est encore entourée de la fibreuse commune. En outre, la réduction est toujours facile en débridant les lèvres de la plaie scrotale rétractée. Puis la suture simple suffit à la contention. M. *Th. Anger* a dû une fois renoncer à réduire et faire la castration.

M. *Reclus* pense que la congestion veineuse de l'organe hernié est une cause d'irréductibilité, par exagération du volume de la glande. Dans un cas de ce genre, il a eu beaucoup de peine à réduire et la suture cutanée était très distendue, si bien que la suture eût probablement échoué. Cela n'a pu être vérifié, le malade ayant vite succombé à un traumatisme concomitant.

M. *Terrier* n'admet pas la castration. Les débridements permettent toujours la réduction et soulagent en outre la suture.

M. *Tillaux* se demande si la rétraction du scrotum, cause de l'irréductibilité, due à la contraction du dartos, n'est pas provoquée par l'influence du froid. Dès lors, l'application de compresses chaudes permettrait peut-être le lendemain une réduction facile. M. *Reclus*, M. *Terrier* ne sont pas opposés à cette conclusion thérapeutique. Mais on ne saurait invoquer l'exposition au froid, tout aussi accentuée lorsque, dans la cure radicale d'une hernie, le testicule est mis à nu. Or le scrotum ne se rétracte pas.

M. *Kirmisson* répond à M. Tillaux que la dénomination de hernie appliquée à l'issue de testicule couvert de sa sé-

reuse est employée dans les livres classiques. La suture de la glande ayant réussi à M. Auriol ne saurait être proscrite, mais la castration semble ne jamais devoir être pratiquée : mieux vaut laisser au dehors la glande irréductible ; elle bourgeonne et se recouvre peu à peu. Cela est démontré par des faits de Kocher, par exemple.

— Rapport de M. *Kirmisson* sur un cas de *cathétérisme rétrograde pour rétrécissement de l'urèthre* par M. *Vigo* (de Caen). Il s'agit d'un rétrécissement traumatique par rupture probablement consécutive à une fracture du bassin. L'uréthrotomie externe ayant échoué, M. Vigo fit la taille hypogastrique. La recherche du col fut rendue difficile par l'absence du ballon de Petersen. Une sonde molle fut mise à demeure. Ces sondes étant sujettes à s'échapper, M. *Tillaux* préfère les sondes en gomme.

— M. *Bousquet* lit une observation de *plaie de la paume de la main* par un fragment de bouteille avec section complète des fléchisseurs du pouce et de l'index et hémorrhagie abondante. — Intervention de M. Bousquet à onze heures du soir. Impossibilité, malgré des recherches persévérantes, de faire l'hémostase dans la plaie. Ligature de la radiale et de la cubitale. Les bouts supérieurs des tendons ne peuvent être retrouvés. Suture de la plaie dans laquelle sont fixées les extrémités inférieures des tendons, dans l'espérance d'obtenir plus tard quelques mouvements. Guérison sans hémorrhagie secondaire. M. Bousquet demande à la Société si elle ne pense pas qu'il y a indication à une intervention secondaire.

M. *Championnière* estime qu'une bonne compression aurait pu arrêter l'hémorrhagie et permettre d'attendre le jour pour opérer. On ne peut pas compter sur l'adhérence des tendons à la cicatrice pour rétablir les mouvements et comme il faudra nécessairement opérer il faut le faire le plus tôt possible. La bande d'Esmarch est d'un secours précieux dans ces cas ; mais M. Bousquet répond qu'il n'en avait malheureusement pas. M. *Schwartz*, dans un cas analogue, intervint trois mois après l'accident. Le tendon du fléchisseur propre était sectionné au niveau de l'éminence thénar. La recherche du bout périphérique rétracté, adhérent à sa gaine, fut très longue. La flexion forcée permit cependant la suture des deux extrémités. Les mouvements du pouce sont revenus. M. *Berger* est d'avis qu'il faut suturer les tendons le plus tôt possible. Dernièrement encore, ayant à intervenir six mois après la section, sur les tendons des quatrième et cinquième doigts, il ne put obtenir la réunion par première intention de sa plaie opératoire à cause des tiraillements exercés sur les points de suture par les tendons devenus trop courts. Il se forma des adhérences et les doigts, aujourd'hui en griffe, ne permettent que quelques mouvements de préhension. Dans le cas de M. Bousquet il ne craindrait pas de faire une large incision pour retrouver la masse musculaire et suivre le tendon. M. *Kirmisson* fait remarquer les avantages de la bande d'Esmarch qui exprime en quelque sorte les tendons et les fait saillir surtout quand elle est appliquée de haut en bas. M. *Bousquet* fait observer qu'à Clermont-Ferrand la chirurgie ne peut être ce qu'elle est dans les hôpitaux de Paris et qu'il a craint de laisser la compression jusqu'au lendemain à cause de la douleur qu'elle occasionnait.

— M. *Terrillon* présente un malade atteint de *paralysie radiale* survenue graduellement après une luxation de l'extrémité externe de la clavicule. M. *Delens* a fait disparaître une paralysie de ce genre en réséquant un cal exubérant de la clavicule. M. *Tillaux* estime aussi qu'il n'y a pas luxation, mais compression par un cal ou un fragment de l'os.

— M. *Jalaguier* donne lecture d'un cas de kyste congénital de la région sous-maxillaire.

— M. *Nimier* communique deux observations : l'une de malformation du prépuce, l'autre de kyste glandulaire du méat uréthral.

A. BROCA.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

Action physiologique de l'ouabaïo : MM. Langlois et de Varigny. — Action physiologique de l'ouabaïne : MM. Gley et Rondeau. — Sur les effets convulsivants de la cocaïne : MM. Langlois et Ch. Richet. — De la mort par hyperthermie : M. Ch. Richet. — Présentation d'ouvrage : M. Beaunis. — Etuve à température constante : M. d'Arsonval. — Etiologie des kystes du maxillaire : M. Audry. — Sur le placenta du « cervus mexicanus » : M. Boulart. — Influence des nerfs pneumogastriques sur la sécrétion urinaire : MM. Arthaud et Butte. — Sur le noyau d'origine bulbaire des nerfs d'arrêt du cœur : M. Laborde.

M. *Ch. Richet* présente une note de MM. *Langlois* et *de Varigny* sur l'action physiologique de l'ouabaïo. C'est une substance qui possède une action qui paraît élective sur le cœur; mais elle détermine aussi des phénomènes bulbaires se manifestant principalement par des troubles respiratoires.

— M. *Gley* a commencé d'étudier, avec M. *Rondeau*, l'action physiologique de l'ouabaïne, glucoside extrait récemment de l'ouabaïo par M. Arnaud. C'est un principe d'une toxicité qui paraît égale à celle de la digitaline cristallisée et à celle de la strophantine, doué d'une action analogue sur le cœur de la grenouille et déterminant chez les mammifères l'arrêt à peu près simultané de la respiration et du cœur.

— MM. *Ch. Richet* et *Langlois*, après avoir déterminé la dose nécessaire de cocaïne pour déterminer des convulsions épileptiformes sur le chien, ont vu que ces convulsions ne se produisent pas si l'on a préalablement sectionné la moelle à sa partie supérieure. Sur quelle partie de l'encéphale agit donc la cocaïne? Si l'on enlève les deux gyrus, on constate que les convulsions n'en ont pas moins lieu, seulement il faut employer une dose plus forte; de plus, l'attaque épileptiforme prend un autre caractère : elle n'est plus clonique, mais tonique. D'autre part, si par l'excitation électrique d'un gyrus on a d'abord déterminé un accès d'épilepsie, on a besoin d'une dose beaucoup plus forte de cocaïne pour produire l'attaque habituelle. Ainsi, le rôle de la zone psycho-motrice est indiscutable dans les effets convulsivants de la cocaïne, mais d'autres parties de l'encéphale y sont évidemment aussi intéressées.

— M. *Ch. Richet* a observé que, si on élève la température d'un chien jusqu'à 45 degrés en le tétanisant électriquement, et si l'on ne prolonge pas l'expérience, l'animal survit et se rétablit; mais, si on le maintient pendant quelque temps à cette température (ou même à une température un peu moins élevée), il meurt toujours et il meurt dans l'hypothermie. Il semble que le système nerveux ait subi une paralysie telle qu'il ne peut plus produire de chaleur. Ce qui corrobore cette idée, c'est que, si on donne du chloral à un chien avant d'élever de cette manière sa température, il meurt beaucoup plus vite.

— M. *François-Franck* fait hommage à la Société, de la part de M. *Beaunis*, du premier volume de la troisième édition de son *Traité de physiologie*. M. François-Franck appelle surtout l'attention sur le développement accordé par M. Beaunis, dans cette nouvelle édition, aux chapitres qui sont consacrés à la chimie physiologique et à la physiologie cellulaire.

— M. *d'Arsonval* présente un nouveau modèle de son étuve à température constante, récemment construite, et

décrit les perfectionnements très heureux et très simples qui en font un appareil pour ainsi dire parfait.

— M. *Audry* fait une communication relative à la pathogénie des kystes du maxillaire.

— M. *Beauregard* présente une note de M. *Boulart* sur le placenta du *cervus mexicanus* et, à ce propos, sur la placentation des cervidés.

— M. *Quinquaud* présente une note de MM. *Arthaud* et *Butte* sur l'action exercée par les nerfs pneumogastriques sur la sécrétion urinaire. Si l'on excite électriquement, par un courant fort, soit au cou, soit dans l'abdomen, un des nerfs vagues, on constate une diminution très marquée de la sécrétion du côté correspondant et une hypersécrétion du côté opposé.

— M. *Laborde* a pu déterminer, dans le bulbe, le noyau d'origine des filets cardiaques, dont l'excitation détermine l'arrêt du cœur. Si, en effet, on pique ce point, on voit le cœur s'arrêter de la même façon que lorsqu'on excite le bout périphérique du pneumogastrique; les phénomènes vasculaires (chute de la pression intra-artérielle) sont aussi les mêmes. Quand on a détruit les deux noyaux en question, le cœur, soustrait ainsi à toute influence d'arrêt, est accéléré.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

De l'action de l'ergot de seigle dans la polyurie simple : M. Bucquoy (Discussion : MM. Blondeau, Cadet de Gassicourt, Duhomme). — De l'alimentation des diphthéritiques : M. Guelpa (Discussion : MM. Cadet de Gassicourt, Féréol). — Des phénacétines : M. Dujardin-Beaumetz. — Pain de légumine pour l'alimentation des diabétiques : M. Bovet. — Laurier rose d'Afrique : M. Blondel.

M. *Bucquoy* donne lecture d'une observation en faveur de l'heureux effet du seigle ergoté dans le traitement de la polyurie simple. Il rappelle que M. Huchard, chez sa malade, a obtenu de bons résultats avec l'antipyrine, mais n'a retiré aucun avantage du seigle ergoté; dans le cas actuel, l'ergot de seigle a eu une action des plus remarquables. Il s'agit d'un homme robuste qui, après une chute à la mer et la vive émotion qui en résulta, présenta des accidents de polydipsie et de polyurie très marqués. Il fut bientôt soigné dans le service de M. Gallard et soumis à la valériane à haute dose : au bout de cinq mois il en sortait guéri. Cette année, à la suite de violents chagrins, la polyurie se reproduisit et il entra dans le service de M. Bucquoy ; il urinait alors de 9 à 14 litres en vingt-quatre heures. L'urine offrait une densité de 1004; sa réaction était acide, elle ne renfermait ni sucre ni albumine; urée, 3,95 par litre. On lui donna, le 14 mars, 75 centigrammes d'ergot, en trois doses; la quantité d'urine était, à ce jour, de 14 litres. Elle tomba, le lendemain, à 11 litres, puis à 9 litres, 8lit,5, 7lit,5, et enfin, le 19 mars, à 7 litres. A partir de ce moment, l'ergot est continué à la dose de 50 centigrammes, et l'urine tombe progressivement à 4 litres, le 30 mars. On cesse le traitement le 1er avril, mais l'amélioration s'accentue encore et, le 20 avril, le malade n'urinant plus que 2 litres sort parfaitement guéri. M. Bucquoy a eu recours à l'ergot dans nombre de cas analogues et toujours avec succès; par contre la valériane, même à très haute dose, ne lui a fourni aucun résultat bien appréciable. Son malade a été guéri une première fois, il est vrai, par la valériane, mais au bout de cinq mois seulement.

M. *Blondeau* croit qu'il serait intéressant d'avoir des détails sur l'observation de ce malade pendant son séjour dans le service de M. Gallard, et de savoir quelle a été l'action de la valériane. Pour sa part, il croit l'ergot préférable ; il n'a jamais vu la valériane, administrée par Trousseau dans la polyurie, agir qu'à doses énormes longtemps prolongées.

M. *Bucquoy* ne veut juger en dernier ressort ni l'antipyrine ni la valériane ; il a voulu seulement relater un fait des plus remarquables à l'actif du seigle ergoté. Il a pu suivre pendant bien des années le polyurique si curieux dont parle Trousseau dans ses *Cliniques*, et qui fut soigné ensuite dans le service de Pidoux ; il a constaté chez cet individu l'inefficacité presque complète de doses énormes de valériane. Le médicament fut longtemps toléré sans aucun inconvénient, mais un jour des accidents graves de collapsus se montrèrent et M. Bucquoy suspendit l'usage de la valériane, pensant qu'elle pouvait être incriminée ; les accidents disparurent, en effet, mais la saturation de l'économie était si prononcée qu'ils se montrèrent de nouveau quelques jours plus tard, sous l'influence de la reprise de l'extrait de valériane à la dose minime de 40 centigrammes.

M. *Cadet de Gassicourt* a fréquemment employé la valériane à haute dose contre la polyurie simple chez les enfants ; les résultats ont été des plus variables : la diminution de la polyurie, très marquée dans quelques cas, n'a jamais été totale ; d'ailleurs elle reprenait son intensité première dès qu'on cessait le traitement. L'ergot de seigle lui a paru donner de meilleurs résultats, mais il ne saurait être affirmatif à cet égard, la polyurie n'étant pas fréquente dans l'enfance et les petits malades ne pouvant être suivis assez longtemps, car ils deviennent rapidement tuberculeux.

M. *Duhomme* a observé dernièrement une malade atteinte d'une polyurie s'élevant à 7 et 8 litres; elle a déjà été atteinte d'accidents analogues il y a dix ans, mais ils ont disparu spontanément au bout de six mois. Il est intéressant de signaler ces faits de guérison, au moins momentanée, sans l'intervention d'aucun traitement.

— M. *Guelpa* lit une note sur l'alimentation des diphthéritiques. Il condamne l'usage des aliments solides, la mastication et la déglutition devant augmenter l'inflammation de la gorge. Il rapporte une observation de rechute de la diphthérie sous l'influence des aliments solides. Le lait ou les liquides doivent être seuls employés. D'ailleurs, il y a danger à nourrir trop substantiellement les malades; sous prétexte de combattre l'adynamie, on arrive à augmenter le mouvement fébrile.

M. *Cadet de Gassicourt* est convaincu, comme tous les médecins d'ailleurs, que ce serait une faute de donner aux diphthériques une indigestion sous prétexte de combattre l'adynamie ; mais il regarde comme nécessaire, surtout pour les croups opérés, une alimentation tonique et substantielle. Il ne pense pas d'ailleurs que l'observation invoquée par M. Guelpa démontre l'influence de l'alimentation sur la rechute de la diphthérie ; c'est un fait bien connu que la réapparition de la diphthérie alors qu'elle semblait disparue au bout de peu de jours. Cette seconde poussée est souvent plus grave que la première, mais l'alimentation ou le traitement mis en œuvre ne sauraient être rendus responsables de cette marche spéciale et très fréquente de la diphthérie. Il est bien évident, du reste, qu'il convient de proportionner l'alimentation à l'intensité de la fièvre. L'irritation et la congestion des amygdales ou du pharynx par la mastication des substances solides est une pure hypothèse.

M. *Féréol* fait observer que les liquides sont ordinairement moins facilement déglutis et moins bien acceptés par les sujets atteints d'angine diphthérique que les aliments semi-liquides, les bouillies épaisses, les crèmes, etc. Dans un cas où la douleur était extrêmement vive et l'alimentation très pénible, il a réussi à nourrir le malade avec de la viande crue enveloppée dans du pain azyme. Il est utile d'alimenter

les diphthériques lors même qu'ils ont de la fièvre, et ce serait une faute de thérapeutique que de vouloir se limiter aux seuls aliments liquides.

— M. *Dujardin-Beaumetz* revient sur une précédente communication relative à la phénacétine. Il ne s'agit plus de *la* phénacétine, mais bien *des* phénacétines, car il en existe trois espèces différentes : la méta-acétphénétidine, la para-acétphénétidine et l'ortho-acétphénétidine. La première, étudiée par Wagner, fond à 96 degrés ; la seconde, fusible à 138 degrés, est celle que M. Dujardin-Beaumetz a montrée à la Société et avec laquelle il a institué ses expérimentations ; la troisième, sur laquelle il se réserve de revenir ultérieurement, fond à 79 degrés. Avec les deux dernières, les résultats thérapeutiques qu'il a obtenus jusqu'ici semblent très analogues. M. Lépine (de Lyon) a réclamé la priorité pour ses expériences sur la phénacétine. M. Dujardin-Beaumetz ne songe nullement à la lui disputer, mais il ignorait que M. Lépine eût étudié les propriétés de ce produit. D'ailleurs, M. Lépine l'administre à la dose de 6 grammes, tandis que les résultats énoncés par M. Dujardin-Beaumetz ont été obtenus avec une dose maxima de 50 centigrammes ; il y a là une différence qui mérite d'attirer l'attention. L'ortho-acétphénétidine paraît être un peu plus soluble dans l'alcool.

— M. *Boret* présente des échantillons de pain et de gâteaux faits avec de l'hordéïne et 20 pour 100 de légumine. Ce pain convient pour l'alimentation des diabétiques et remplace avec avantage le pain de gluten, mal toléré lorsqu'il est pur, ou qui renferme trop souvent une assez forte proportion d'amidon. La légumine est une substance très riche en azote, analogue au gluten, et le pain dont elle forme la base est d'une digestion facile.

M. *Duhomme* fait observer que le pain de gluten sec est un élément très important du régime des diabétiques ; lorsque le sucre ne disparaît pas avec un régime sévère et l'usage de ce pain, c'est qu'il n'est pas susceptible de disparaître complètement par aucun moyen. C'est, d'ailleurs, moins encore la quantité d'amidon des aliments qui influe sur le taux de la glycosurie que l'association de l'amidon à certains autres éléments : la même quantité de riz, par exemple, assaisonnée au gras ou au maigre, donne un chiffre différent de glucose. Un même repas, mangé rapidement, donne plus de sucre que s'il est soigneusement mastiqué et lentement dégluti. D'autre part, certains diabétiques ont moins de sucre dans leurs urines, avec des aliments contenant une plus forte proportion d'amidon, que d'autres diabétiques ingérant des aliments moins amylacés. Il y a un certain nombre de facteurs inconnus : association des principes alimentaires, susceptibilité individuelle des diabétiques.

M. *Dujardin-Beaumetz* a essayé de recourir au pain fabriqué avec les germes de blé séparés par les procédés de mouture actuels, et cela dans le but de remédier aux difficultés de pratique que l'on rencontre pour soumettre les malades au régime du pain de gluten souvent défectueux ou mal toléré. Mais le germe du blé renferme des huiles empyreumatiques qui ont fait renoncer à son emploi. Le pain de légumine mérite d'être sérieusement expérimenté.

— M. *Blondel* présente des échantillons de fruits et de graines du laurier-rose d'Algérie, appelé peut-être à suppléer le strophantus dans la thérapeutique cardiaque.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

Société anatomique.

SÉANCE DU 27 AVRIL 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Lejars* montre deux *gros reins polykystiques.*

— M. *Jonnesco* présente une *fracture rachidienne consolidée.* Le sujet, paraplégique, est mort de cystite et de péricystite.

— MM. *Villar* et *Chaput* communiquent des faits relatifs aux fractures anciennes de la rotule.

— M. *Sebileau :* note sur les *aponévroses du cou.*

— MM. *Moulonguet* et *Jondeau* présentent un cancer de l'estomac ouvert à l'ombilic.

SÉANCE DU 4 MAI 1888.

M. *Estrada* fait voir un sac de *hernie inguinale avec disposition anormale du canal déférent* qui fut coupé pendant la cure radicale.

M. *Lejars* fait une communication sur les anastomoses des veines rénales.

M. *Caussade* présente des pièces de *péritonite tuberculeuse* avec perforation intestinale.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Du salicylate de bismuth dans les maladies des enfants, par M. Ehring. — En raison de ses propriétés à la fois astringentes et antiseptiques, ce sel bismuthique est indiqué contre le catarrhe gastro-intestinal des enfants. Sa faible solubilité fait obstacle à son administration autrement qu'en mélange avec la glycérine ou un véhicule mucilagineux.

M. Ehring l'a employé dans deux cents cas de diarrhée infantile avec des succès fort divers. Ces cas étaient ceux de dyspepsie, de catarrhe gastrique aigu ou chronique, de catarrhe intestinal et de dysenterie. Sous l'influence du remède, les selles perdent leurs caractères pathologiques et leur aspect, et l'urine donne la réaction salicylique. La constipation qui suit la diarrhée ne constitue pas une contre-indication à l'emploi de ce médicament. (*Archiv. für Kinderheilkunde*, 1888, n° 2.)

Du traitement des douleurs rectales par la ciguë, par M. Whitla. — On connaît l'impuissance du thérapeutiste contre le prurit anal et surtout contre celui qui accompagne les hémorrhoïdes et les fissures. C'est ainsi que la cocaïne, en faibles solutions, n'atténue pas les douleurs causées par de petites fissures et qu'employée en solutions concentrées, elle provoque une douleur que les malades redoutent. L'action de la morphine, de l'acide phénique, de la belladone et de la créosote est infidèle, et s'il existe de l'inflammation, aggrave plutôt qu'elle ne calme les symptômes douloureux.

La ciguë a été recommandée comme un anesthésique local et, dans ces derniers temps, l'auteur l'a mise à l'essai, sous forme de tonique, à la surface des ulcérations douloureuses. Cependant, c'est du suc de ciguë et non pas de l'extrait qu'il faut faire usage, celui-ci étant inactif, tandis que celui-là, après sa concentration, est réellement un anesthésique.

M. Whitla recommande de l'incorporer à la lanoline par parties égales et d'employer cette pommade en onctions sur la muqueuse rectale dans les cas de fissures étroites et douloureuses, d'excoriations par le pus s'écoulant d'un abcès et d'hémorrhoïdes ulcérées avec ténesme rectal.

Il admet que cet agent médicamenteux diminue tout à la fois la sensibilité à la douleur et l'excitabilité réflexe des terminaisons motrices. Il propose donc d'en étendre l'usage aux excoriations douloureuses du prépuce, à toutes les plaies de la région ano-rectale et peut-être aussi au traitement de l'organisme ou des affections de l'urèthre. On peut associer à ce topique des substances astringentes ou caustiques, et répondre ainsi aux diverses indications de la maladie. (*The Practitioner*, avril 1888, p. 250.)

De l'usage thérapeutique de la Collinsia du Canada, par M. Shœmaker. — Ce végétal possède une renommée populaire dans les maladies de la vessie et en particulier pour favoriser l'expulsion des calculs urinaires. Il diminuerait le spasme, augmenterait la diurèse et atténuerait la sensibilité de la muqueuse. Les calculs sont-ils volumineux, son action ne suffit pas pour en assurer l'expulsion, mais, par contre, diminue la sensibilité vésicale et uréthrale et à ce point de vue offre encore quelque utilité.

M. Shœmaker lui attribue des avantages contre la cystite aiguë en combinaison avec la morphine et l'aconit. Il a pu diminuer par son usage l'incontinence urinaire des enfants par spasme vésical.

Sous forme de suppositoires contenant la racine pulvérisée de cette plante à la dose de 2 à 3 grammes, on obtiendrait une préparation efficace contre le spasme douloureux de l'anus et le vaginisme. De plus, cette substance ne serait pas moins active contre les coliques intestinales et la dysménorrhée.

Ce n'est pas tout, la collinsia du Canada agirait comme tonique quand on la prescrit à doses moyennes. Elle augmenterait l'appétit, stimulerait la digestion et solliciterait les excrétions, d'où l'indication de la prescrire dans la période initiale de la phthisie, la convalescence et l'anémie.

Les topiques à la collinsia favoriseraient la cicatrisation des plaies et la résolution des contusions. M. Shœmaker recommande un onguent, dont elle forme la base, pour le pansement des ulcères atones et l'emploi de son extrait fluide dilué en lavement pour chasser les ascarides. (*Medical Register*, janvier 1888.)

Du traitement de l'entérite membraneuse, par M. Edwards. — Cette affection, désignée sous des noms fort divers, est caractérisée, suivant la définition de Field, par l'expulsion de fragments membraneux, composés de mucosine et accompagnés de douleurs intestinales fort graves. Le traitement comporte deux indications : 1° intervention dans l'intervalle des crises douloureuses ; 2° intervention au moment de ces crises.

Dans leur intervalle, on doit veiller sur le régime et soigneusement éloigner toutes les causes d'irritation intestinale, c'est-à-dire traiter les hémorrhoïdes et les affections utérines. L'hygiène alimentaire aura pour objectif de prévenir l'ingestion d'aliments susceptibles d'irriter la muqueuse intestinale soit par leur nature, soit par suite d'une mastication imparfaite. M. Fowler recommande de rationner les boissons et de restreindre leur quantité au strict nécessaire pour compenser les pertes produites par la transpiration cutanée et les fonctions pulmonaires. La vie au grand air, l'exercice et les cures de montagne sont les utiles auxiliaires de cette médication diététique.

Au moment des crises, il faut avoir recours aux préparations opiacées pour calmer les douleurs et diminer l'hypercrinie intestinale ; puis, à titre de contre-irritant, la poudre de Dower, l'extrait de belladone, le sous-nitrate et le sous-carbonate de bismuth permettront d'abréger la durée du paroxysme.

Ce traitement est de simplicité dans une affection contre laquelle on a prescrit les remèdes les plus divers. M. Edwards en donne l'énumération et, parmi eux, les suivants, dont on ne saurait trop expliquer d'ailleurs les indications : l'arsenic, le copahu, le bromure de potassium, l'eau régale, l'électricité, la térébenthine, le fer, l'huile de foie de morue, le nitrate d'argent, le sublimé, l'ergot, la noix vomique, etc., etc. (*American Journ. of. med. sciences*, avril 1888, p. 329.)

Du traitement de la dyspnée des bronchites par les nitrites par M. T. Fraser. — Dans ce mémoire, M. Fraser étudie l'influence des nitrites sur la respiration et la circulation des individus en puissance de bronchites, au moyen des instruments enregistreurs de Marey. Trente-cinq malades ont été mis en observation, chez lesquels on prenait les tracés du pouls et de la respiration avant et après l'administration de ces médicaments. Chez la plupart d'entre eux on constatait, sous l'influence de cette médication, la diminution et même le plus souvent la disparition des râles à toutes les périodes de la maladie.

En même temps, la dyspnée s'atténuait et disparaissait pendant aussi longtemps que les bruits bronchiques. M. Fraser explique cette action des nitrites par une diminution du spasme des muscles bronchiques, auquel il attribue les râles sibilants. Cette opinion est en rapport avec la théorie que Gardner développait en 1853.

Pour obtenir une action thérapeutique durable, il est nécessaire de répéter souvent l'administration de ces médicaments par conséquent de les prescrire par prises successives et en répéter les doses chaque fois que les râles se manifestent de nouveau.

Les nitrites ne sont pas toujours indiqués. Aussi M. Fraser redoute leur action congestionnante, en vertu de laquelle il en proscrit l'emploi dans les formes où il existe une tendance aux hémoptysies.

Parmi eux il adopte de préférence le nitrite de sodium et la nitro-glycérine, en raison de la tolérance stomacale, si on les administre à l'intérieur, et du dosage plus aisé de leurs solutions, si on les introduit dans l'organisme par la voie hypodermique. Toutefois les nitrites alcalins ont l'inconvénient d'être décomposés par le suc gastrique en acide nitreux.

Les nitrites d'amyle et d'éthyle ne présentent pas cet inconvénient, mais ne sont solubles que dans l'alcool. Or l'addition de cette substance modifie leur action. (*The American Journal of the medical science*, février 1887.)

Du traitement de l'asystolie et des cardiopathies valvulaires, par M. Bruce. — Parmi les causes de non compensation, l'observateur insiste sur les suivantes : lésions du myocarde, dans lesquelles le muscle est en défaut ; troubles nerveux ; troubles vasculaires soit par altération des globules du sang, soit par lésions des artères coronaires.

De là ce principe thérapeutique que la médication doit s'adresser non pas seulement aux symptômes d'asystolie, mais bien à la cause qui les produit et insister tout à la fois sur l'emploi judicieux de moyens hygiéniques et d'agents thérapeutiques.

Il est des cas où on doit soulager l'effort musculaire des ventricules soit par une saignée déplétive, soit par la paracentèse d'une ascite, soit par des ponctions sur les membres œdématiés ou par un purgatif opportunément administré.

On doit, dans d'autres cas ou dans d'autres circonstances, diminuer la résistance que rencontre le ventricule par une diminution de la tension sanguine périphérique au moyen des inhalations de nitrite d'amyle, de l'ingestion de la nitro-glycérine et de l'alcool ou par l'administration de purgatifs et de diurétiques.

Enfin il y a lieu encore, à l'occasion, d'augmenter l'énergie musculaire du cœur par l'emploi de l'éther, de la strychnine, de l'ammoniaque et d'un entraînement par le régime alimentaire. Par contre, il conseille de suspendre l'usage de la digitale, du convallaria et du strophantus ; dès que la compensation est établie, l'indication de ces toniques cardiaques cesse alors d'être formelle. (*The Pratictioner*, janvier 1888.)

De la cytisine contre la migraine, par M. Kræpelin. — Il y a quelques mois, le Cytisus laburnum faisait l'objet des recherches thérapeutiques d'observateurs suisses. La cytisine serait le principe actif des diverses espèces de ce végétal et, en raison de ses propriétés vaso-constrictives, rendrait des services contre la migraine avec vaso-dilatation.

M. Kræpelin a prescrit ce remède dans ce but et rapporte le cas d'une jeune femme hystérique chez laquelle l'accès migraineux était caractérisé par des vomissements, de la stupeur, de la photophobie, et une violente hémicrânie. Pour combattre ces symptômes, il pratiqua l'injection hypodermique de trois milligrammes de nitrate de cytisine, en solution aqueuse.

L'action thérapeutique fut rapide et de plus utilisée contre les crises suivantes. L'administration par la voie buccale échoua, parce que le médicament était rejeté dans les efforts de vomissements.

La dose peut être élevée jusqu'à 5 milligrammes et procurer un sommeil comparable à celui qui suit l'ingestion de la paraldéhyde. Au reste, M. Kræpelin fait des réserves sur l'emploi de ce médicament contre les migraines. Il déclare qu'il échoue dans les formes angio-spasmodiques et rend des services seulement contre celles de la variété angio-paralytique. (*The Lancet*, 3 mars 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Urologie clinique et maladies des reins, par M. F. Labadie-Lagrave, in-8° de 1175 pages. — A. Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1888.

M. Labadie-Lagrave, en donnant à ce fort volume un double titre, a voulu mettre en relief l'importance que l'urologie a définitivement et à bon droit acquise dans la clinique.

L'urologie n'est en effet pour le pathologiste qu'une partie de la séméiologie; mais les recherches de chimie biologique, depuis quinze années, ont apporté dans la pathologie des reins des notions si précises et si indispensables à connaître, même dans la pratique journalière, qu'il est utile de les voir figurer en tête d'un ouvrage qui représente un exposé très complet de nos connaissances sur une partie des plus importantes de la pathologie organique spéciale.

Il s'agit ici d'un livre destiné à la vulgarisation, et nous y chercherons moins des aperçus nouveaux ou des idées originales qu'une exposition claire, précise, et des classifications méthodiques, comme aussi nous y rencontrerons fréquemment des critiques judicieuses.

Pour apprécier l'ouvrage, il suffira de passer rapidement en revue les divers sujets traités, ce qui nous permettra en même temps de rappeler les plus importantes acquisitions faites dans l'étude des maladies des reins.

Ce traité présente de nombreuses divisions qui nous font envisager, sous des points de vue différents, les modifications fonctionnelles des reins, les changements de composition de l'urine et tous les autres signes des maladies des reins. On retrouve quelquefois les mêmes indications, reproduites en divers chapitres, mais cette répétition présente l'avantage de rencontrer réunis les documents nécessaires là où il en est besoin, soit à propos de la séméiologie, soit à l'égard de la pathogénie ou de la physiologie pathologique.

Aux deux divisions principales du livre correspondent deux parties bien distinctes : la première forme un traité d'urologie clinique ; la seconde, un traité des maladies des reins.

L'urologie clinique comprend toutes les notions indispensables pour l'étude chimique des caractères de l'urine; les variations de composition à l'état normal y sont exposées avec précision, et à côté des travaux des écoles allemandes et étrangères, figurent les nombreuses recherches françaises. Après Prévost et Dumas, Ségalas, Vauquelin, Bareswill, Claude Bernard, Wurtz, Brown-Séquard, Vulpian, Gubler, Picard, viennent les études plus récentes de Bouchard, Yvon, Magnin, Méhu, Lépine, Albert Robin, et l'on est satisfait de leur voir attribuer l'importance qui leur appartient.

Les fonctions rénales, assez bien étudiées au point de vue de l'excrétion, le sont beaucoup moins au point de vue des phénomènes sécrétoires proprement dits, ainsi que l'établit Labadie-Lagrave à propos de l'origine de l'urée et de l'acide urique. L'ancienne théorie de la formation de l'urée et même de l'acide urique dans les reins est devenue trop exclusive, elle a eu pour conséquence d'antagonisme la théorie non moins exclusive dans laquelle le rein n'est qu'un filtre, un organe d'excrétion. On admet maintenant que le rein peut être lui aussi l'origine d'une partie de l'urée et de l'acide urique, c'est bien le moins qu'on puisse accorder; mais en définitive il faut avouer que la fonction sécrétoire proprement dite est encore bien imparfaitement connue, malgré les progrès de la chimie biologique.

La composition des urines normales est mieux connue; néanmoins il en reste encore quelques particularités à élucider. Telles sont par exemple les matières colorantes, parmi lesquelles nous ne rencontrons normalement, en quantité dont on puisse tenir compte, que l'indican et l'urobiline. Celle-ci présente des caractères spectroscopiques importants, c'est-à-dire une bande d'absorption entre les raies b et F de Frauenhafer, entre le vert et le bleu (et non pas entre B et F, comme il est indiqué à la page 71, erreur d'impression utile à rectifier parce qu'elle ferait croire que l'urine intercepte tous les rayons rouges, jaunes, verts et bleus).

Les urines pathologiques ont été l'objet de recherches si nombreuses, qu'il y a quelque mérite à les résumer. Parmi les acquisitions relativement récentes, l'auteur nous signale celles de Lancereaux, Lécorché, Potain, Capitan, sur la polyurie d'origine nerveuse; de Dieulafoy sur la pollakiurie, d'Hutinel, Parrot, Rendu, sur l'anurie; enfin les modifications les plus importantes, telles que l'albuminurie, la glycosurie, la chylurie, l'uricémie et la phosphaturie sont exposées avec soin.

Dans les voies nouvelles de l'urologie clinique, les observations se multiplient si rapidement que certaines questions sont transformées en peu de temps ; telle est par exemple l'hémoglobinurie, qui est un état symptomatique ou sous la forme paroxystique une entité morbide. Au chapitre de l'auteur il faudra joindre les documents recueillis dans notre article Hémoglobinurie, du *Dictionnaire encyclopédique*, avec les noms des observateurs français : Henriot, Mesnet, Lépine, Hayem, Salle, etc.

Cette abondance des matériaux d'observation justifie l'utilité du résumé technique, analytique et synoptique qui termine la première partie de l'urologie clinique, et où l'on retrouve les procédés exposés dans les bons manuels d'urologie, avec les figures de Preyer que nous avons appréciées favorablement dans la *Gazette hebdomadaire*.

La seconde partie constitue un traité des maladies des reins, et naturellement il est divisé en deux groupes de chapitres, les uns comprenant la pathologie générale des néphrites, les autres la pathologie spéciale.

La pathologie générale comprend d'une part la congestion rénale aiguë, symptomatique ou primitive, et la congestion passive; d'autre part l'ischémie. Ce sont là de bons chapitres de physiologie pathologique où nous retrouvons les travaux de Brown-Séquard, Prévost et Cotard, Vulpian, Talma, qui nous ont fait connaître les causes multiples des troubles de la circulation rénale, par ischémie, thrombose ou infarctus, les actions réflexes, vaso-motrices, ainsi que les rapports si précis existant entre les troubles vasculaires viscéraux et les actions nerveuses périphériques ou centrales par inhibibition ou dynamogénie. A l'égard de l'anatomie pathologique de la congestion rénale, l'auteur ne pouvait mieux faire que de rapporter les travaux de Cornil et Brault, et il a examiné

avec soin les conditions étiologiques de la forme particulière de congestion rénale dont Albert Robin a si nettement précisé les caractères cliniques. M. Labadie-Lagrave croit que la condition étiologique d'insuffisance urinaire ne peut expliquer complètement la congestion rénale primitive ; il rapproche celle-ci de la néphrite aiguë infectieuse, il a peut-être raison, mais puisque l'on ne connaît pas l'agent de l'infection, n'est-il pas aussi logique d'admettre l'action du froid, peut-être avec un état prédisposant, ainsi du reste qu'on l'observe si nettement chez les hémaglobinuriques?

La pathologie générale des néphrites comprend les troubles fonctionnels : tels que la douleur, les hémorrhagies, les hydropisies, enfin l'urémie, dont les théories sont étudiées avec soin. L'auteur met en lumière les recherches de Gautier et surtout celles de Bouchard, qui ont démontré l'importance soit des ptomaïnes et des leucomaïnes, soit des produits de l'auto-infection par désassimilation, par alimentation défectueuse ou toxique, ou par putréfaction intestinale. En d'autres termes, il y a des urémies et mieux encore de l'urinémie. Néanmoins l'auteur ne formule pas de conclusions rigoureuses ; il accepte volontiers les opinions éclectiques de Gubler.

Il faudrait multiplier les citations plus qu'il ne nous est possible pour signaler comme ils le méritent tous les chapitres de la pathologie des néphrites, qui ne comprennent pas seulement des maladies communes, ressortissant à la pratique médicale habituelle, mais aussi les cas souvent complexes, quelquefois exceptionnels, qui appartiennent à la pathologie externe ou qui intéressent également chirurgiens, médecins et même les biologistes (périnéphrites, néphrites ascendantes, tumeurs, parasites, anomalies).

Mais nous ne saurions terminer sans approuver la classification générale des néphrites adoptée par l'auteur, à savoir : trois grandes classes, les néphrites aiguës, les néphrites chroniques, les néphrites ascendantes, et dans chacune d'elles, deux groupes étiologiques : l'un comprenant les influences zymotiques et les influences toxiques, l'autre les causes agissant sur le tégument externe par voie réflexe. C'est dans ces cadres que se placent les descriptions spéciales, et elles sont nombreuses, peut-être même un peu trop multipliées par les auteurs qui les ont créées. Il importait cependant de les signaler pour assurer l'exécution parfaite du vaste plan conçu par M. Labadie-Lagrave et grâce auquel nous possédons un ouvrage très complet, rempli de documents classés avec ordre, et d'une utilité incontestable.

A. Hénocque.

Ruptures de l'urèthre chez l'homme et leur traitement, par M. le docteur A. Étienne (Mémoire couronné par l'Académie de médecine). — Paris, 1887. O. Doin.

Les ruptures de l'urèthre peuvent être réparties en deux grandes classes : 1° ruptures traumatiques dans lesquelles le canal à l'état sain est surpris brusquement par une violence n'agissant pas directement sur l'urèthre; 2° ruptures pathologiques dans lesquelles le canal est malade et la violence ne fait qu'achever ce que la maladie a préparé. Il convient, en outre, de les diviser, au point de vue de l'anatomie topographique, en trois groupes, suivant qu'elles portent sur la portion pénienne, la portion périnéale antérieure ou périnéale postérieure de l'urèthre de l'homme; enfin ces ruptures peuvent être complètes ou incomplètes. L'auteur étudie ces diverses variétés de rupture par rapport à leur étiologie et à leurs symptômes, et envisage leur marche générale qu'il divise en trois périodes : celle des complications immédiates; celle des complications secondaires, et celle des lésions tardives ou du rétrécissement. Enfin, le traitement est l'objet de la part de l'auteur d'une attention toute particulière et bien justifiée; ce traitement, dont les indications et les procédés sont étudiés avec de grands détails et un grand sens pratique, pourrait se résumer dans quelques propositions générales: élimination des parties sphacélées et reconstitution d'un canal normal, ce qui revient, dans la plupart des cas, à la nécessité d'assurer un libre cours aux urines, de donner issue aux liquide infiltrés, et de mettre, autant que possible, le malade à l'abri de la rétraction uréthrale consécutive et de ses conséquences funestes.

Étude sur les paralysies des muscles du larynx, par M. le docteur F. Lubet-Barbon, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1887. G. Steinheil.

Très intéressante et fort consciencieuse monographie, qui renferme, avec une étude didactique fort complète des paralysies musculaires laryngées, un grand nombre d'observations inédites fécondes en renseignements cliniques de valeur. Un travail de ce genre ne saurait être analysé d'une façon succincte ; il mérite d'être lu en entier avec attention. Nous ne pouvons que signaler comme particulièrement intéressants les chapitres consacrés à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des muscles et des nerfs du larynx, et à la pathogénie et séméiologie des paralysies laryngées. Parmi les causes passées successivement en revue par l'auteur, se trouve mentionnée la tuberculose qui peut agir sur les fonctions laryngées directement, en tant que détermination tuberculeuse portant sur le larynx, mais qui manifeste bien plus fréquemment son influence d'ordre paralytique par l'intermédiaire de ces névrites périphériques si bien décrites chez les tuberculeux depuis peu de temps. Des faits probants établissant la réalité de ce mode pathogénique des troubles laryngés paralytiques chez les tuberculeux sont fournis par M. Lubet-Barbon, qui a entrepris à cet égard des recherches spéciales en collaboration avec M. Dutil. C'est encore de la même façon qu'agiraient la diphthérie, les fièvres graves, etc. La symptomatologie des paralysies laryngées eût été peu intéressante et peu fructueuse à étudier en envisageant chaque muscle en particulier, aussi ne peut-on que féliciter l'auteur d'avoir groupé les accidents par rapport aux trois grandes fonctions du larynx, la déglutition, la phonation et la respiration, à chacune desquelles semble correspondre un groupe spécial de muscles et un ensemble de phénomènes assez particulier dans la plupart des cas.

Orteil en marteau. Nouveau traitement par ostéotomie cunéiforme, par M. le docteur Eugène Cohen. — Paris, 1887. J.-B. Baillière et fils.

Lorsqu'un seul ou les deux pieds présentent sur un orteil, non dévié latéralement, une extension de la première phalange sur le métatarsien, avec flexion de la phalangine sur la phalange, la phalangette étant fléchie ou étendue, on dit qu'il y a orteil en marteau. Telle est la définition donnée par l'auteur et sur laquelle il s'est fondé pour étudier cette déformation pathologique. Il envisage successivement plusieurs espèces d'orteil en marteau ; celui qui est dû à un vice de développement de tous les tissus de l'orteil; celui qui reconnaît une origine arthritique; celui qui est causé par une lésion de l'un des tissus entrant dans la composition de l'orteil; enfin celui qui est développé par les chaussures trop courtes. On conçoit qu'à l'autopsie on ne constate pas de lésion constante, sauf la subluxation de la phalangine sous la phalange; c'est, d'ailleurs, contre cette lésion que doit être dirigée la thérapeutique, et le moyen le plus sûr, le plus rapide de guérison sans amputation est encore l'ostéotomie cunéiforme, que l'on peut considérer comme inoffensive, grâce à la méthode antiseptique.

VARIÉTÉS

Dissolution de la Société de médecine de Strasbourg.

Le 4 mai dernier nous recevions, comme tous les membres de la Société de médecine de Strasbourg, une circulaire ainsi conçue :

Par arrêté préfectoral du 25 avril 1888, la Société de médecine de Strasbourg est dissoute.

Le secrétaire, Dr Em. Muller. *Le président,* Dr P. Meyer.

Une note semblable paraissait en dernières nouvelles dans la *Gazette médicale de Strasbourg* et figurait à la suite de l'ordre du jour de la séance qui devait avoir lieu le 3 mai. De leur côté les journaux politiques d'Alsace-Lorraine publiaient l'arrêté officiel qui retirait à la Société de médecine de Strasbourg l'autorisation qui lui avait été accordée le 5 novembre 1842 et la lettre du directeur de la police informant le président de la Société que « toute personne faisant partie d'une Société non autorisée est passible d'un emprisonnement de deux mois à un an et d'une amende de 50 à 1000 francs ».

Ainsi se trouve brusquement supprimée, sans avertissement préalable, une Société exclusivement scientifique, dont le seul tort aux yeux de l'administration allemande est d'avoir conservé parmi ses membres des Alsaciens qui se souviennent et qui espèrent! Que pourrait-on, en effet, leur reprocher? « Exclusivement constituée, dit son règlement, pour servir de point de réunion aux médecins de Strasbourg et du Bas-Rhin et pour leur donner l'occasion de s'entretenir de leur science commune, la Société peut aussi s'occuper de questions d'intérêt professionnel. » Jamais, à aucune période de son existence, elle ne s'est préoccupée de politique. Jamais aucun gouvernement n'avait songé à lui faire de remontrances. Il est vrai que, si nous en croyons les communications officieuses faites à divers journaux, on reprocherait à la Société de médecine de Strasbourg de n'avoir pas changé son nom après l'annexion, de n'avoir pas modifié ses statuts de façon à la mettre d'accord avec les dispositions de la *Gewerbeordnung* (loi sur les industries). L'administration accuserait enfin la Société de médecine d'avoir eu des relations trop suivies et trop amicales avec les Sociétés scientifiques françaises et de n'avoir pas accueilli avec une sympathie assez marquée les médecins allemands immigrés en Alsace. Et c'est pourquoi l'autorité allemande a fait signifier à l'*Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Bas-Rhin* l'obligation d'accepter un nom et un règlement allemands, de publier en langue allemande ses procès-verbaux et ses bulletins, ou de se dissoudre immédiatement.

Nous aimons à penser que ces allégations, en admettant même qu'elles soient justifiées, n'empêcheront pas les journaux de médecine allemands de protester, avec ceux de tous les pays civilisés, contre un acte d'autorité non motivé, et absolument arbitraire. Les Allemands ne dédaignent pas les titres et les distinctions honorifiques conférés par nos Académies et nos Sociétés savantes. Ils sont très sensibles — nous pourrions en citer maintes preuves assez récentes — à ce qui se dit et s'imprime dans nos recueils scientifiques. Ils ont réclamé l'honneur de réunir à Berlin un Congrès international de médecine. Il leur appartient donc de montrer aujourd'hui ce qu'ils pensent de l'atteinte portée à la liberté scientifique et professionnelle de nos confrères d'Alsace. Quant à nous, qui ne pouvons qu'offrir à nos anciens collègues le témoignage de la plus affectueuse sympathie, nous tenons au moins à leur dire que la presse médicale française accueillera toujours avec un bienveillant intérêt les travaux scientifiques qu'il leur est désormais interdit de lire devant leurs confrères. Et, dans notre prochain numéro, nous rappellerons ce que doit la science médicale à la Société qui vient de disparaître.

L. L.

Un incident médico-légal. — Sous ce titre, M. le docteur Jaumes, professeur de médecine légale à la Faculté de Montpellier et président de l'Association des médecins de l'Hérault, vient de communiquer à ses collègues le récit des difficultés survenues entre les membres du Parquet et les médecins légistes de la Faculté de Montpellier. A deux reprises différentes et dans des conditions tout à fait inadmissibles le procureur général de Montpellier a prétendu réduire à un taux dérisoire ou même supprimer les allocations demandées pour expertises médico-légales par MM. Jaumes, Mairet, Moitessier et Dubreuil, professeurs à la Faculté de médecine. La modération apportée par M. Jaumes dans l'exposé de cet incident et les instances qu'il a faites près de ses collègues pour empêcher le vote d'un ordre du jour obligeant à la résistance aux réquisitions du Parquet tous les membres de l'Association des médecins de l'Hérault nous seraient une preuve de la parfaite légitimité de sa protestation si le caractère et la scrupuleuse probité de l'honorable professeur ne donnaient point à ses légitimes doléances une autorité indéniable. Il faut espérer que saisi de cette question qui intéresse tous les médecins légistes, le ministre de la justice saura rappeler aux magistrats du Parquet ce que vaut l'assistance d'un expert autorisé et consciencieux.

Légion d'honneur. — M. le docteur Plumeau (de Bordeaux) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Mortalité a Paris (17° semaine, du 22 au 28 avril 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 9. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 48. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 200. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs: cancéreuses, 49; autres, 7. — Méningite, 47. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 56. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 71. — Bronchite aiguë, 24. — Bronchique chronique, 32. — Broncho-pneumonie, 31. — Pneumonie, 61. — Gastro-entérite: sein, 18; biberon, 25. — Autres diarrhées, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 29. — Suicides, 21. — Autres morts violentes, 5. — Autres causes de mort, 148. — Causes inconnues, 10. — Total: 1002.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis, pendant les années 1880-1881, par M. le docteur Péan. 1 fort volume in-8° avec figures dans le texte, 25 fr. Ce volume forme le tome V des leçons du docteur Péan; les quatre premiers volumes se vendent chacun séparément 20 francs. Paris, F. Alcan.

Traité d'électricité médicale, recherches physiologiques et cliniques par MM. les docteurs Onimus et Legros, 2° édition revue et considérablement augmentée par M. le docteur Onimus. 1 fort vol. in-8° avec 275 figures dans le texte. Paris, F. Alcan. »» fr.

Médecine clinique, par MM. le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave. T. IV : *Urologie clinique et maladies des reins*, par M. F. Labadie-Lagrave. 1 fort vol. in-8° avec 43 figures intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 18 fr.
Les tomes 1 à V sont en vente. Le tome VI paraîtra fin janvier.

Traité de pharmacie galénique, par M. le professeur E. Bourgoin. 2° édition revue et augmentée. 1 fort vol. in-8° avec 91 figures dans le texte. A. Delahaye et E. Lecrosnier, broché, 15 fr.; cartonné. 16 fr.

Maladies de l'appareil digestif, leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par M. L. Baumel. 1 vol. in-8° avec 10 figures intercalées dans le texte et 1 planche. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 9 fr.

Leçons cliniques sur la pathologie de la digestion, par M. le professeur Ewald. 1. Physiologie de la digestion. 2° édition, traduite par MM. les docteurs J. Dagonet et Schuman-Leclercq, revue et augmentée par le professeur et précédée d'une préface de M. le docteur Quinquaud. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 vol. in-8°. 5 fr.

Traumatisme et névropathie, par M. le docteur Bataille. 1 vol. in-8°. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Tuberculose vertébrale, Mal de Pott, mal vertébral postérieur, mal sous-occipital, tuberculose sacro-iliaque, tuberculose du sacrum et du coccyx. Leçons faites à la Faculté de médecine par M. le professeur Lannelongue, recueillies par M. le docteur V. Ménard. 1 vol. grand in-8° de 418 pages, avec 36 figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie. Paris, Asselin et Houzeau. 12 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

14675. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 16 mai 1888.

Académie de médecine : **La lèpre. — La méco-narcéine.** — *Académie des sciences :* **Antisepsie des naphtols. — Dilatation de l'estomac en chirurgie.**

L'important travail lu par M. Le Roy de Méricourt mérite plus qu'une analyse sommaire. Nous attendrons donc qu'il soit terminé et que nous ayons pu le lire avec attention pour faire mieux ressortir les divergences d'opinion qui existent entre les partisans de la doctrine microbienne et ceux qui, avec M. Le Roy de Méricourt, considèrent la lèpre comme non contagieuse.

— Nous avions déjà, en parlant de la communication faite mardi dernier par M. Laborde, rappelé combien les préparations vendues sous le nom de narcéine, dans les diverses pharmacies, sont impures et inefficaces. Nous espérions alors que l'on avait trouvé, comme l'annonçait M. Laborde, un produit d'une efficacité constante et d'une composition toujours semblable à elle-même. C'est ce que conteste aujourd'hui M. C. Paul qui, rappelant les difficultés de la préparation et le prix de revient considérable de la narcéine, considère la méco-narcéine, non comme une préparation usuelle mais comme un curieux produit de laboratoire. Il convient d'essayer quelque temps encore les produits nouveaux préparés sous le nom de méco-narcéine avant de se prononcer définitivement à cet égard.

— Une série d'expériences du plus haut intérêt ont été continuées dans le laboratoire de M. Bouchard par son élève M. Maximovitch. Ces expériences, en prouvant l'activité au point de vue antiseptique des naphtols α et β, montrent de plus que, pour affirmer qu'un microbe a été tué par un agent médicamenteux, il ne suffit pas d'établir que ce microbe n'est pas capable de revivre quand on le transporte dans un milieu de culture inerte, il faut de plus qu'il cesse d'être capable de se développer dans le milieu animal vivant.

Nous devons signaler encore à l'Académie des sciences une communication de M. Bazy faisant ressortir l'importance que la dilatation de l'estomac peut présenter au point de vue de la pathogénie des affections chirurgicales.

FEUILLETON

La Société de médecine de Strasbourg.

Nous avons annoncé, il y a huit jours, la mesure arbitraire qui venait de supprimer brusquement la *Société de médecine de Strasbourg*. Nous voudrions aujourd'hui rappeler en quelques lignes les titres scientifiques de l'association qui vient de disparaître, en montrant les services qu'elle a rendus depuis son origine jusqu'à ce jour.

Fondée en 1842, « pour servir de point de réunion aux médecins de Strasbourg et du Bas-Rhin et pour leur donner l'occasion de s'entretenir de leur science commune », la Société de médecine comprenait parmi ses membres des médecins, des pharmaciens et des vétérinaires.

Ses fondateurs, dont nous reproduisons ci-dessous les noms avec les titres qu'ils avaient en 1842, ont été :

MM. Aronssohn, agrégé libre de la Faculté de médecine ; Bach, agrégé libre de la Faculté de médecine ; Théodore Bœckel, membre du conseil de salubrité ; Eugène Bœckel, docteur ; Claude, docteur ; Clausing, médecin communal ; d'Eggs, docteur ; Ehrmann, professeur à la Faculté de médecine ; Eissen, médecin communal ; Fahlmer, pharmacien ; Forget, professeur à la Faculté de médecine ; François, médecin communal ; Gerhard, docteur ; Godelier, médecin en chef de l'hôpital militaire d'instruction ; Hartung, docteur ; Held, agrégé à la Faculté de médecine ; Heidenreich, pharmacien, membre du conseil de salubrité ; Hirtz, agrégé à la Faculté de médecine ; Imlin, médecin-vétérinaire, membre du conseil de salubrité ; Jannesson, pharmacien ; Joyeux, agrégé à la Faculté de médecine ; Kirschleger, professeur à l'École de pharmacie ; Knoderer, pharmacien ; Küss, professeur à la Faculté de médecine ; Lambert, docteur ; Lereboullet, professeur à la Faculté des sciences ; Libermann, docteur ; Marchal fils, professeur à la Faculté de médecine ;

THÉRAPEUTIQUE

Les indications et les inconvénients de la saccharine.

Il y a dix-huit mois environ, j'écrivais dans un autre journal : « Après avoir fourni à la teinture de merveilleuses « couleurs et à la médecine des substances aromatiques et « antiseptiques puissantes, voici que le goudron de houille, « cet ancien *caput mortuum* d'une grande industrie, devient « la matière première d'un corps dont les propriétés édul- « corantes et antiseptiques seront, dit-on, mises à profit « dans la pharmacie, l'hygiène alimentaire et peut-être bien « la thérapeutique ».

Depuis, le sucre de goudron a fait rapidement son chemin sous le nom de saccharine. On le prescrit aux malades, on l'introduit dans les officines, on l'emploie dans l'industrie, voire même dans l'art toujours en progrès des falsifications alimentaires. C'est une fortune bien rapide, dont à bon droit on devrait s'alarmer, si l'usage de cette substance n'est pas exempt d'inconvénients. Il est donc d'intérêt pratique d'estimer ses propriétés au triple point de vue de la physiologie, de la thérapeutique et de l'hygiène.

I

La saccharine, qui, dans la nomenclature chimique, figure sous le nom un peu barbare d'acide anhydro-ortho-sulfamino-benzoïque, ou plus brièvement de sulfamide benzoïque, est d'origine américaine. L'*American chimical Journal* de l'année 1879 enregistrait le travail de Constantin Fahlberg, qui l'isola et lui donna ce nom, oubliant sans doute qu'avant lui Péligot et Scheibler avaient ainsi désigné une substance d'origine, de préparation et de caractères organoleptiques différents. C'était un dérivé de la glucose.

Les réactions chimiques au moyen desquelles on prépare la saccharine sont nombreuses et compliquées. Durant six années, Fahlberg ne les fit pas connaître ; aujourd'hui le secret industriel n'existe plus et un mémoire, dont la traduction a été publiée dans le *Moniteur scientifique* de Quenesville, au mois d'août 1886, a enseigné les moyens de l'extraire du *toluène* dont elle dérive.

C'est dire que, par ses propriétés et son origine chimiques, ce corps a rang dans la série aromatique. C'est aussi remarquer qu'il a seulement le nom de commun avec les hydrates de carbone, groupe auquel appartiennent toutes les autres substances employées comme matières sucrantes, avant sa découverte.

Le sucre de houille est une poudre blanche, inodore, moins soluble dans l'eau que dans l'éther, la glycérine et l'alcool. L'eau froide en dissout 3gr,32 par litre ; l'eau, à la température de 25 degrés, 4 grammes ; l'alcool à 10 degrés, 5gr,40, et l'alcool à 80 degrés, 32gr,15. Notons enfin que la saccharine est un acide qui, par sa combinaison avec les bases, forme des sels sucrés.

Sa saveur douce et sucrée lui a valu son nom, et, en ce moment, fait sa fortune. Elle est telle qu'un gramme de saccharine possède une puissance édulcorante équivalente à celle de 280 grammes de sucre, et qu'un centigramme de cette substance donne une saveur sucrée à 1 kilogramme d'eau.

Récemment, on a obtenu une saccharine plus soluble, dont M. Mercier faisait tout récemment connaître la préparation à la Société de médecine pratique. Son pouvoir édulcorant surpasserait encore celui de la saccharine de Fahlberg, puisque 1 gramme donnerait la saveur sucrée à 70 kilogrammes de liquide, et sa solubilité serait telle, que 1000 grammes d'eau froide en dissoudraient 3300 grammes.

II

Quelles sont ses propriétés physiologiques? Il faut les demander aux recherches, encore peu nombreuses et incomplètes de Stutzer (de Bonn), Aducio et Mosso (de Turin), de Salkowski, de Mercier (en France), et aux essais cliniques de Leyden, Stadelman (de Heidelberg), au mémoire publié en 1887 (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, t. XI, n° 178), par Elsasser et Kohlschütter, de M. Worms (en France) et de quelques observateurs d'ailleurs peu nombreux.

Au laboratoire de physiologie de l'Université de Turin, MM. Aducio et Mosso ont fait ingérer cette substance au chien, à la grenouille et au cobaye sans provoquer ni phénomènes physiologiques apparents, ni accidents toxiques. Les urines devenaient sucrées, mais sans donner ni réaction avec la liqueur de Fehling ni déviation au polarimètre. On le conçoit aisément, — est-il besoin de le dire? — la saccharine s'éliminant en nature par les reins et ne possédant aucun lien de parenté chimique avec les hydrates de carbone, de glucose ou de sucre de canne.

En outre, les urines des individus ingérant du sucre de houille conservent la proportion quantitative de leurs éléments divers : urée, acide urique, acide phosphorique et

---

Oberlin, professeur adjoint à l'École de pharmacie; Rameaux, professeur à la Faculté de médecine; Reeb, pharmacien; Rigaud, professeur à la Faculté de médecine; Robert, docteur; Roth, pharmacien; Ruef, docteur; Schæffer, docteur; Schaller, docteur; Schneiter, médecin de l'hôpital civil; Schützenberger, professeur à la Faculté de médecine; Schuré, docteur; Sédillot, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien en chef de l'hôpital militaire; Stœber, professeur à la Faculté de médecine; Stœs, docteur; Stoltz, professeur à la Faculté de médecine; Tourdes père, professeur honoraire à la Faculté de médecine; Gabriel Tourdes, professeur à la Faculté de médecine; Ubersaal, médecin de l'hospice des orphelins; Wœhrlin, pharmacien; Zeyssolff, médecin communal.

Il en est peu qui survivent. Citons cependant MM. Stoltz, le célèbre accoucheur; Tourdes, l'éminent doyen de la Faculté de Nancy; Eugène Bæckel, le savant chirurgien; Strohl, ancien agrégé, auteur de travaux de thérapeutique et d'hygiène. A ces membres fondateurs de la Société de Strasbourg, s'étaient bientôt joints tous les anciens professeurs ou agrégés de la Faculté de Strasbourg, les répétiteurs de l'École de médecine militaire, les médecins ou pharmaciens praticiens d'Alsace-Lorraine. Nous ne voulons ici, parmi les principales communications faites à la Société, que rappeler celles qui ne sauraient sans injustice être oubliées.

M. Ehrmann, doyen et professeur d'anatomie à la Faculté de Strasbourg, a été le premier en France (1844) qui pratiqua avec succès la laryngotomie pour l'ablation des polypes du larynx. Diverses observations anatomo-pathologiques ont été par lui communiquées à ses collègues de la Société de médecine.

On sait tout ce que l'art des accouchements doit au professeur Stoltz. C'est lui qui a introduit en France la pratique de l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de rétrécissement du bassin. Les succès qu'il obtint en pratiquant

sels terreux ou alcalins; et cette intégrité relative de la composition de l'urine démontrerait, de l'avis des expérimentateurs, l'intégrité de la nutrition interstitielle. Au demeurant, la saccharine serait une substance neutre traversant l'organisme sans en perturber les fonctions.

Les chiens de M. Stutzer ingéraient quotidiennement 5 grammes de saccharine, dose équivalant à 2250 grammes de sucre de canne, et conservaient leur embonpoint. Il est vrai, de l'aveu de cet observateur, que ces animaux recevaient une alimentation abondante, très suffisante, à coup sûr, pour donner raison de leur augmentation de poids, sans invoquer avec enthousiasme une influence bienfaisante de la saccharine sur la nutrition.

Dans les expériences, rapportées par M. Mercier, de lapins et de cobayes auxquels on administrait la saccharine par la voie sous-cutanée, ces animaux continuaient aussi à augmenter de poids. Dans d'autres expériences, il est vrai, ce dernier demeurait stationnaire ou bien diminuait.

La curiosité des observateurs a été plus loin. On a mis des poissons rouges en expérience en additionnant l'eau dans laquelle ils vivaient d'une dose de saccharine de 10 grammes par litre. Ces animaux n'en conservèrent pas moins leur activité et, paraît-il, résistèrent à cette épreuve expérimentale.

Au demeurant, que prouvent ces expériences? qu'à dose élevée ou répétée, la saccharine n'est pas un toxique, qu'elle ne modifie guère la nutrition interstitielle, et surtout qu'elle traverse l'organisme à la manière d'une substance neutre, qui adopte l'appareil urinaire pour voie d'élimination, de préférence aux autres organes excréteurs.

Ce sont là des propriétés en quelque sorte négatives. La saccharine de Fahlberg en possède d'autres : elle est *antifermentescible,* car les urines et les matières intestinales des animaux qui l'ingèrent se conservent plus longtemps sans altération ; elle retarde les fermentations alcooliques et lactiques et, fait d'importance clinique, elle ralentit la saccharification de l'amidon par la ptyaline ou par le suc pancréatique.

Elle est *antiputride,* car dans les expériences de Salkowski, des solutions de peptones, additionnées de saccharine, se conservaient intactes pendant plusieurs jours et malgré leur exposition à une température de 30 degrés.

Est-elle *microbicide?* Oui, d'après M. Mercier; mais à la condition d'employer la saccharine soluble dans la proportion de 3 pour 1000. Dans l'échelle des substances parasiticides, elle aurait donc une place intermédiaire entre les solutions boriquées à 15 pour 1000 et les solutions d'acide salicylique à 1 pour 1000.

Ce rang est sans doute fort honorable dans la hiérarchie des antiseptiques ; mais cette vertu ne donne-t-elle pas raison des troubles digestifs que provoque parfois l'usage alimentaire de cette substance?

Les chiens mis en expérience par Salkowski accusaient le dégoût des substances additionnées de saccharine après quelques jours. Ce fait n'avait pas lieu d'étonner et fut attribué à la saveur monotone de cette alimentation ; mais ce fait ne suffirait pas pour mettre en garde le clinicien contre les inconvénients de la saccharine, et vraiment, dans une question de sapidité, il serait difficile de conclure des animaux à l'homme.

Voici cependant des faits plus démonstratifs : après l'ingestion répétée du sucre de houille, deux malades de Stadelman éprouvèrent une inappétence rebelle, des phénomènes dyspeptiques et des nausées. Tout récemment, Hedbey publiait une observation semblable dans le *Therapeutische Monatschrifte.* Par contre, d'après M. Leyden, ces accidents font défaut et, pour le prouver, il mentionnait cette innocuité chez les nombreux malades de la Clinique de Berlin auxquels, des mois durant, il avait administré ce corps à la dose quotidienne de 10 à 20 centigrammes.

Un doute pouvait donc subsister en raison des affirmations concordantes d'autres observateurs, parmi lesquels je pourrais citer celles, fort peu nombreuses d'ailleurs, de nos compatriotes. Voici cependant le témoignage plus décisif de M. Worms : sur cinq diabétiques, disait-il dans sa remarquable communication à l'Académie, trois accusèrent, après huit ou dix jours, les mêmes troubles gastriques que les malades de Stadelman. L'intolérance pour la saccharine était évidente. Aux accidents dyspeptiques s'ajoutaient des effets purgatifs et la permanence d'une saveur sucrée dans la bouche. Ainsi donc, il faut en rabattre de l'engouement des premiers jours et ne plus décerner un brevet d'innocence à la saccharine, ainsi que le faisait M. Leyden dans sa communication d'avril 1886 à la Société de médecine interne de Berlin. C'était, comme le rappelle judicieusement M. Worms, « une sorte d'attestation délivrée à un fabricant de saccharine ».

Voilà les mœurs thérapeutiques qui, je l'espère bien, n'inspireront pas la confiance et ne détermineront pas la conviction des cliniciens et des hygiénistes.

---

l'opération césarienne (1834) qu'il fit deux fois chez la même femme, furent appréciés dans un rapport lu à l'Académie des sciences.

M. Stoltz a insisté, alors que l'on ne connaissait point les anesthésiques, sur les bienfaits de l'éthérisation appliquée à la pratique des accouchements. Son mémoire sur les perforations du col de l'utérus pendant l'accouchement et sur les fistules vésico-utérines et vésico-abdominales est demeuré classique, et il n'est pas un accoucheur qui ne connaisse les modifications que notre éminent maître a apportées à la construction des instruments usités en obstétrique.

Le professeur Tourdes est l'un de ceux envers qui la Société de médecine de Strasbourg a contracté le plus de gratitude. C'est lui qui en rédigea longtemps les comptes rendus, de même qu'il publiait chaque année un rapport sur les thèses soutenues près de la Faculté de Strasbourg. On doit à M. Tourdes des communications multiples sur les épidémies de méningite cérébro-spinale, sur la pathogénie du goitre, sur le genre de mort par l'éthérisation, sur d'autres agents anesthésiques, l'oxyde de carbone, l'amylène, le chloroforme, le bichlorure de méthylène, etc. Mais ce sont surtout ses recherches médico-légales qui ont fait la célébrité du vénéré doyen de la Faculté de Nancy. A diverses reprises, il a su faire profiter la Société de Strasbourg de recherches et d'études développées plus tard dans le *Dictionnaire encyclopédique.*

Le nom de Sédillot, une des gloires de la chirurgie d'armée, un des maîtres les plus illustres de l'ancienne Faculté de Strasbourg, reste aussi attaché à l'histoire de la Société de médecine. Ses études sur l'éthérisation et sur les effets du chloroforme et la plupart de ses travaux sur la gastrostomie, sur la staphyloraphie ou la rhinoplastie, sur l'uréthrotomie, sur l'évidement des os, sur la trépanation du crâne, etc., figurent dans les comptes rendus de la compagnie qu'il a présidée avec tant de distinction en lisant à

III

Quelles sont donc les indications et les contre-indications de la saccharine? Et d'abord, question préjudicielle, la saccharine est-elle un médicament ou un condiment? Il faut distinguer : on a vu que son activité physiologique est nulle; elle traverse l'organisme sans en modifier les grandes fonctions et sans y subir de transformations chimiques. Telle elle est ingérée par la voie buccale ou injectée sous la peau, telle on la retrouve dans les urines avec ses caractères physiques et chimiques. A ce point de vue, c'est un *édulcorant* susceptible de modifier la saveur des aliments ou des préparations pharmaceutiques, c'est un *condiment* et non pas un aliment.

D'autre part, les expériences *in vitro* démontrent qu'elle arrête les fermentations et qu'elle possède une action antiputride et microbicide : c'est un agent *antiseptique*.

Comment et dans quelles conditions ces deux propriétés sont-elles utilisables?

Depuis longtemps les thérapeutistes s'ingéniaient à procurer aux *diabétiques* une substance édulcorante dont ces malades sont d'autant plus avides qu'on leur interdit plus sévèrement l'usage des substances sucrées. A ce titre, on a voulu considérer la découverte de la saccharine comme une sorte de bienfait humanitaire, parce qu'elle permet d'atténuer les sévérités du régime diététique.

Certes, les cas sont maintenant nombreux dans lesquels on en a autorisé l'emploi ; mais, parmi les statistiques produites, les plus instructives, celles de M. Stadelman, en Allemagne, et Worms, en France, démontrent qu'il faut la prescrire avec prudence. Au début, tout est pour le mieux : le malade est satisfait ; il accepte volontiers les boissons et les aliments additionnés de saccharine. Plus tard, après un ou deux septénaires, la tolérance peut cesser, l'inappétence survenir avec des accidents dyspeptiques. Aux illusions des premiers jours succède une déception d'autant plus grande, qu'elle s'accompagne de perturbations digestives, toujours redoutables avec une maladie de déchéance.

Or ces accidents ne sont pas l'exception ; à preuve, à défaut de statistiques plus complètes, les onze observations citées par MM. Hedley, Stadelman et Worms, dans lesquelles six fois on dut interrompre le médicament en raison des troubles digestifs, qui disparurent rapidement d'ailleurs.

Dès lors, n'est-il pas légitime de conclure que si, en principe, on peut autoriser l'usage de la saccharine chez tous les diabétiques qui supportent péniblement la suppression des matières sucrées, il y a contre-indication à en prescrire ou à en continuer l'administration quand ils sont déjà en puissance de dyspepsie, de perturbations gastro-intestinales ou de lésions du filtre rénal, qui ferment cet organe. L'imperméabilité rénale n'est-elle pas, on le comprend aisément, une condition d'intolérance pour l'administration systématique d'un médicament dont l'appareil urinaire est la principale voie d'élimination? En tous cas, aux doses élevées de 2 à 3 grammes par jour, que Stadelman prescrivait, il y a lieu de préférer, avec MM. Worms et Leyden, celles plus modérées et mieux tolérables de 5 à 10 centigrammes.

En d'autres termes, la prétendue innocuité de la saccharine a pour limite la tolérance individuelle de chaque malade. Son emploi doit avoir pour règle l'intégrité des fonctions digestives des diabétiques auxquels on l'administre. En résumé, avant de faire aveuglément œuvre de thérapeutiste, il conviendrait d'agir un peu plus en clinicien quand il s'agit de médicaments nouveaux, et surtout de mieux les étudier avant de les prescrire.

Les espérances que l'on avait fondées sur ses *propriétés antiseptiques* sont-elles mieux justifiées? Voilà une question que je formulais dans l'*Union médicale* du mois d'octobre 1881, et à laquelle, avec d'autres, j'espérais une réponse ultérieure. Quelle est cette réponse? Que M. Stadelman en a fait usage dans deux cas de cystite chronique, espérant que la saccharine, véhiculée par l'urine, désinfecterait la vessie. Cet essai fut négatif. De l'aveu de M. Mercier à la Société de médecine pratique, il en a été de même, à l'hôpital Broussais, dans le service de M. Reynier. On éprouva le même échec chez des malades auxquels on administra la saccharine dans le but de faire disparaître le pus des urines.

Serait-elle un antiseptique plus efficace des voies digestives : estomac et intestin? On l'a cru, et des tentatives, consistant à la faire ingérer en cachets antiseptiques à la dose de 1 à 2 grammes, entreprises à l'hôpital de Lucerne, pourraient le faire espérer ; mais aujourd'hui encore, comme je l'écrivais le 17 avril 1886, dans l'*Union médicale*, toute conclusion serait, à ce point de vue, prématurée, malgré toute l'importance pratique que présenterait la découverte d'un agent d'antisepsie intestinale, tout à la fois puissant contre les microbes et innocent pour les cellules vivantes.

En résumé, avant de proclamer les avantages thérapeutiques de la saccharine, il serait d'une prudence à coup sûr fort nécessaire de produire, en faveur de la saccharine, de

---

ses séances annuelles des travaux de philosophie médicale et de pathologie générale.

Assez rares ont été les communications faites à la Société de médecine par le professeur Rigaud. Signalons cependant ses observations d'ablation totale de l'omoplate et du calcanéum ainsi qu'un travail sur la dilatation instantanée des rétrécissements de l'uréthre indiquant une nouvelle méthode qui fut longuement discutée devant la Société.

Rappeler les travaux de Schützenberger, qui présida plusieurs fois la Société de médecine de Strasbourg et qui en fut l'un des membres les plus zélés et les plus laborieux, c'est résumer l'histoire du mouvement médical en Alsace-Lorraine pendant la première moitié de ce siècle. Citons ici seulement, comme ayant été publiés dans la *Gazette médicale de Strasbourg* depuis 1843 jusqu'à 1869, les mémoires sur la fièvre typhoïde, sur la syphilis cérébrale, l'arthrite rachidienne, le rachitisme, la doctrine de l'embolie, la localisation dans les maladies cérébrales, etc.; les études sur l'hystérie, la maladie de Bright, l'ulcère de l'estomac; le mémoire sur le traitement de la syphilis constitutionnelle, etc. Rappelons aussi qu'à côté de ces travaux scientifiques, le professeur Schützenberger a publié les travaux philosophiques et les discours qu'il a prononcés soit à l'ouverture de ses cours officiels, soit aux séances solennelles de la Société de médecine. Aujourd'hui que la spécialisation à outrance et la division du travail poussée à ses dernières limites font négliger les études de pathologie générale et les recherches encyclopédiques si nécessaires cependant pour bien comprendre la marche et apprécier les progrès du mouvement scientifique contemporain, il est consolant de rappeler ce qu'ont fait pour leurs élèves des maîtres à la mémoire desquels tous les Alsaciens garderont toujours un souvenir reconnaissant et respectueux.

A côté du professeur Schützenberger, le professeur Hirtz a communiqué à la Société de médecine ses études sur le diagnostic de la grossesse extra-utérine, ses travaux sur le

nouveaux documents cliniques plus décisifs et plus nombreux, qu'il s'agisse de l'édulcoration de l'alimentation des diabétiques, de l'antisepsie du tube digestif et des voies urinaires, ou bien du pansement des plaies.

IV

Les recherches ne sont pas de moindre urgence au point de vue de l'utilisation pharmaceutique de cette substance, dont 10 centigrammes représentent les propriétés édulcorantes de 25 grammes de sucre de canne. De là son utilisation, peut-être un peu prématurée, pour assurer l'édulcoration et la conservation des potions et des solutions médicamenteuses. De là aussi les essais, du reste assez malheureux, de son emploi pour masquer la saveur désagréable de certains remèdes : le sulfate de quinine par exemple.

Au reste, l'utilisation de la saccharine dans les officines n'est qu'un cas particulier de l'introduction de cette substance dans l'alimentation et d'une industrie naissante, celle du saccharinage des vins, bières, sirops, pâtisserie et conserves alimentaires. Fischer et Babow n'ont-ils pas démontré, dans le n° 10 du *Therapeutische Monatschrifte*, que le sucrage de ces vins aigres ou des liqueurs s'obtenait économiquement avec la solution au millième de cette substance? Ici donc la question devient d'intérêt général : l'usage prolongé de la saccharine ne fût-il pas nuisible, il y aurait lieu de décider si son emploi ne constitue pas une adultération, puisque ses propriétés nutritives sont nulles, et qu'à ce point de vue elle ne saurait remplacer le sucre dans l'alimentation. On doit donc remercier M. Worms d'avoir porté cette question devant l'Académie et sollicité l'attention des hygiénistes, au moment où son emploi industriel se généralise, vraisemblablement au préjudice de la santé publique.

Au demeurant et nonobstant les chaleureuses recommandations dont elle est l'objet, la saccharine n'a pas encore définitivement acquis droit de cité dans la matière médicale. Que sa découverte passe pour un événement pharmaceutique et que l'on redoute à juste titre son emploi industriel comme une révolution économique et un danger pour l'hygiène, soit. Applaudissons aux protestations formulées l'autre jour à la tribune de l'Académie, et regrettons qu'un peu trop platoniques elles se soient produites ailleurs que devant le Comité d'hygiène, assemblée ayant qualité pour en connaître; puis revenons sur le terrain de la pratique médicale, nous y constaterons fort aisément sans doute que son emploi n'a pu ni modifier les médications classiques du diabète, ni constituer jusqu'à présent une ressource bien importante dans l'arsenal de la thérapeutique antiseptique.

Ch. Eloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Tumeurs du calcanéum, par M. Vallas, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Les tumeurs des os du pied sont relativement rares. Si l'on excepte en effet ce qui a trait à l'exostose sous-unguéale du gros orteil, tout à fait spéciale à la région, les auteurs passent rapidement sur ce chapitre de pathologie chirurgicale, se contentant de rappeler en quelques mots les observations peu nombreuses, éparses dans la littérature scientifique. Les os du pied semblent en ceci bénéficier de leur qualité d'os courts, car l'on sait combien sont fréquentes sur les os longs certaines variétés de tumeurs, les exostoses, par exemple, et les ostéosarcomes.

Par son volume, par sa situation superficielle qui l'expose aux traumatismes, le calcanéum est un des plus souvent atteints : peut-être même serait-il plus exact de dire qu'il est le siège d'élection des tumeurs osseuses du pied. On y a vu à peu près toutes les espèces de tumeurs du tissu osseux : c'est du moins ce qui nous a paru résulter des recherches bibliographiques que nous avons entreprises à l'occasion de ce travail.

Les tumeurs du calcanéum peuvent être primitives ou secondaires.

I. *Tumeurs primitives.* — On trouve sur le calcanéum des fibromes, des exostoses, des ostéomes, des ostéosarcomes et des cancers. Nous n'avons rencontré aucune observation de myxome, de lipome ou de kyste.

1° *Fibromes.* — On cite deux cas de fibromes du calcanéum, le premier appartenant à Velpeau et présenté à la Société de biologie par Follin (*Bulletin de la Soc. de biologie*, 1850, p. 3), le second appartenant à Huguier (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1852, p. 608). La malade de Velpeau était une femme qui subit l'amputation de la jambe pour une tumeur du calcanéum douloureuse pendant la marche. L'examen de la pièce démontra qu'il s'agissait d'une production fibreuse développée aux dépens de l'os. C'était bien une tumeur bénigne, car Robert nous apprend dans ses *Conférences cliniques chirurgicales*, que, onze ans après, elle n'avait pas récidivé.

---

croup et un grand nombre de ses recherches de thérapeutique sur l'action de l'aconit, de la digitale, de la belladone, de la ciguë, etc.

Forget, qui fut l'un des maîtres les plus écoutés de l'ancienne Faculté de Strasbourg, a fait maintes fois profiter la Société de médecine et la *Gazette médicale* de ses études et recherches cliniques sur les maladies du cœur, la fièvre typhoïde, la grippe, le rhumatisme cérébral, etc.

Le professeur Stœber, oculiste distingué et professeur de pathologie générale, n'a fait qu'un petit nombre de communications personnelles; on lui doit cependant un assez grand nombre d'études d'hygiène et un important ouvrage (publié en collaboration avec M. Tourdes) sur la topographie et l'histoire médicale de Strasbourg et du département du Bas-Rhin.

A côté de ses recherches sur les actions thérapeutiques du tartre stibié, de l'oxyde de carbone, de la semence de fenouil, etc., le professeur Caze a fait connaître, en collaboration avec le professeur Feltz, ses recherches sur les fermentations intra-organiques et sur la présence des infusoires et l'état du sang dans les maladies infectieuses.

Dans les premières années de la Société plusieurs discussions physiologiques très intéressantes ont été provoquées par les communications de M. Kuss sur les fonctions de l'épithélium. On sait que l'on doit aussi à l'ancien professeur de physiologie de Strasbourg des études très remarquables sur le processus inflammatoire, sur la structure et les origines des lymphatiques, sur l'anatomie pathologique de la diphthérie, sur la nature des maladies syphilitiques et vénériennes, etc.

Je ne puis manquer de rappeler ici le nom de mon père, qui fut aussi l'un des présidents de la Société de médecine et le premier qui enseigna officiellement l'histologie en France (1).

(1) On lit dans l'éloge prononcé le 5 juillet 1866 (*Mémoires de la Soc. de médecine*, 1868, p. 33) par M. Hergott : « Dès 1839 l'histologie humaine et

Le cas de Huguier est moins net. La production fibreuse enveloppait le calcanéum, mais avait pris naissance au voisinage de l'os, non dans l'os lui-même. Houel en fit la remarque à la Société de chirurgie en comparant cette pièce à celle de Velpeau.

2° *Exostoses*. — Soulier, dans sa thèse (*Du parallélisme parfait entre le développement du squelette et celui de certaines exostoses*, Paris, 1864), ne rapporte aucun exemple d'exostose du calcanéum. Depuis lors les faits ne se sont pas beaucoup multipliés : MM. Paulet et Chauvel (art. Pied, *Dict. Dechambre*) citent seulement deux faits relatés par Jegun. Ces productions sont probablement plus fréquentes que ces faits ne semblent l'indiquer. M. le professeur Ollier nous a dit en avoir rencontré plusieurs cas; nous en avons vu un exemple très net à la consultation gratuite de M. le professeur Poncet. Il s'agissait d'un jeune homme qui portait, des deux côtés, une petite tumeur dure, manifestement adhérente à la partie postérieure du calcanéum, un peu en avant de l'insertion du tendon d'Achille : ces tumeurs étaient douloureuses à la pression et gênaient pendant la marche.

Ces exostoses, qui sont en rapport avec le développement du calcanéum, prennent naissance au niveau de la région juxta-épiphysaire qui avoisine l'épiphyse marginale de cet os. Elles sont par conséquent indépendantes du tendon d'Achille et ne sauraient être confondues avec les petites tumeurs dures, fibreuses, développées dans ce tendon lui-même et dont M. Kirmisson a rapporté un exemple (*Arch. de médecine*, 1884). Fréquemment bilatérales, elles n'ont d'autre inconvénient que de rendre parfois la marche pénible et douloureuse. Ces phénomènes, d'ailleurs, paraissent s'amender à la longue, et nous ne connaissons pas d'exemples où une intervention sanglante ait été nécessaire.

3° *Ostéomes*. — A la session de Nancy de l'Association française pour l'avancement des sciences (1886), M. Gross de Nancy a rapporté l'observation d'un tailleur de pierres de quarante-huit ans auquel il fit l'extirpation du calcanéum pour une tumeur de la région postérieure du pied qu'il crut être un ostéosarcome. A la coupe, il reconnut qu'il s'agissait d'un ostéome péricalcanéen : ce n'était pas, à proprement parler, une tumeur de l'os, car ce dernier était séparé de la masse morbide qui l'englobait complètement par une zone fibreuse contenant quelques noyaux cartilagineux.

5° *Ostéosarcomes*. — Ils constituent le groupe le plus important des tumeurs. Dans sa thèse d'agrégation (1880), M. Schwartz a fourni les chiffres suivants : sur 206 cas d'ostéo-sarcome, dont 155 siégeaient au membre inférieur, 11 seulement appartenaient aux os du pied, et sur ce nombre 4 revenaient au calcanéum. Voici, résumées brièvement, les opérations que nous avons pu recueillir.

Grappin (*Bull. Soc. anatomique*, 1853) présente des tumeurs multiples, d'apparence sarcomateuse, enlevées sur le pied d'une jeune fille. Tous les os étaient nécrosés au milieu de la masse morbide. L'auteur ne parle pas spécialement du calcanéum, et ne dit pas si l'altération des os était primitive ou secondaire.

Jobert (*Bull. gén. de thérapeutique*, 1844, t. XXVII, p. 310) rapporte le cas d'un homme de quarante-cinq ans qui porte depuis l'âge de douze ans une tumeur sous la plante du pied. Cette tumeur, qui n'a pas cessé d'augmenter insensiblement de volume, a pris depuis quelque temps une allure plus rapide. Ulcérée depuis six mois, elle devient alors le siège d'élancements douloureux et la cause d'une claudication de plus en plus prononcée. Un pus ichoreux, fétide, s'écoule de la plaie, et le stylet pénètre profondément en produisant une crépitation qui est le résultat de fractures successives de lamelles osseuses. Amputation de la jambe au tiers inférieur. Pas d'examen microscopique.

Martin (*Union médicale*, 1852, p. 329) envoie à la Société de chirurgie une pièce provenant d'un malade amputé par Blandin. L'affection remontait à six ans et fut prise pour une tumeur blanche tibio-tarsienne.

Ces observations, on doit le reconnaître, sont peu détaillées et manquent de précision. Mais voici maintenant des faits plus rigoureusement observés.

Robert (*Conf. clin. chirurgicales*, Paris, 1850) fit l'amputation de la jambe pour une tumeur calcanéenne ayant les dimensions d'une tête de fœtus, de consistance inégale, dure en certains points, fluctuante en d'autres. A l'examen de la pièce, on voit que le tissu osseux a presque complètement disparu et qu'il n'en reste plus que quelques lamelles très minces éparses à la périphérie. L'examen microscopique, pratiqué par MM. Houel et Verneuil, montre que ce tissu est formé par de l'élément fibroïde mélangé de cellules fusiformes. Quinze jours après l'opération, le malade meurt et l'autopsie révèle des lésions secondaires dans les poumons.

En somme, il s'agit ici d'un ostéosarcome à cellules fusiformes, à début très probablement central.

MM. Jœssel et Bœckel ont relaté dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (1866), un cas de sarcome du calcanéum s'étant propagé par les voies lymphatiques jusque dans la citerne de Pecquet.

Dans le cas de Duret (*Bulletin Soc. anat.*, 1873, p. 753), il s'agit d'un malade de Duplay qui portait une tumeur à la face externe du calcanéum. La coupe de l'os offre des points rougeâtres, hémorrhagiques : les aréoles du tissu spongieux paraissent agrandies et remplies d'une pulpe gris jaunâtre qui se détache en partie sous un filet d'eau. La tumeur avait par places les caractères d'un sarcome em-

---

Le professeur Herrgott, qui a pris part à toutes les discussions relatives à la chirurgie et à l'obstétrique, a fait connaître l'un des premiers les avantages de l'emploi du chloroforme en obstétricie. On lui doit de plus la relation d'une opération de résection du nerf sous-orbitaire dans un cas de névralgie faciale, de nombreux perfectionnements apportés à l'opération des fistules vésico-vaginales, à l'opération du pied bot, à l'emploi des attelles plâtrées dans le traitement des fractures, etc.

Le professeur Hecht, outre ses travaux sur la spirométrie, a communiqué à la Société diverses observations de périostite rhumatismale, de scarlatine avec albuminurie et diphthérie, etc.

On doit à M. Feltz, outre ses recherches sur les maladies infectieuses, toute une série de communications sur la maladie des tailleurs de pierre, la leucémie, l'anatomie pathologique de la phthisie pulmonaire, les embolies capillaires, etc.

Si à ces noms nous ajoutons ceux de Ruef, qui fit connaître ses recherches sur l'influence exercée par le tabac; de Dagonet, dont les études de pathologie mentale ont été commencées à l'asile de Stéphansfeld, d'Aronssohn père et fils, d'Eissen, l'ancien et si consciencieux rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Strasbourg*, de L. Gros, Godelier, Michel, Monoyer, Netter, Willemin, auquel on doit non seulement des études sur les coliques hépatiques, le mode de propagation du choléra, mais encore une série de comptes rendus des Sociétés savantes qui envoyaient à Strasbourg leurs mémoires ou comptes rendus officiels,

comparée formo la partio essentielle du cours de physiologie animale professé par lui à la Faculté des sciences. Lorsqu'en 1862 on créa la chaire d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, on félicita l'Ecole de cette heureuse innovation si bien en rapport avec la marche et les exigences de la science; on ignorait complètement ou plutôt on semblait avoir oublié que l'histologie était enseignée à Strasbourg officiellement depuis vingt-deux ans à la Faculté des sciences... »

bryonnaire et en d'autres endroits ceux d'un sarcome fasciculé.

Schwartz publie dans sa thèse une observation encore inédite de Jules Bœckel. Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, atteinte depuis trois ans d'une tumeur du calcanéum avec ulcération de la peau, engorgement des ganglions inguinaux. L'amputation, plusieurs fois proposée, est acceptée en octobre 1876. A l'autopsie de la pièce, on constate que tout l'intérieur de l'os est rempli par une masse morbide qui présente au microscope tous les caractères du sarcome myélogène à petites cellules rondes.

Si l'on veut ne pas tenir compte des faits de Grappin, Martin et Jobert, en raison de l'absence d'examen microscopique, les quatre dernières observations sont des exemples incontestables d'ostéosarcomes calcanéens : ce sont probablement ceux qui figurent dans la thèse de M. Schwartz.

Depuis cette importante monographie, nous n'avons pu relever qu'une seule observation nouvelle. Elle appartient à M. Girode (*Bulletin Soc. anatom.*, 1885, p. 215). Le malade fut amputé par M. Périer. La tuméfaction occupait surtout le côté externe du tarse. « A la coupe, on est frappé par la disposition essentiellement cavitaire, chacun des lobules de la tumeur étant constitué par un petit kyste sanguin, dont la paroi peu épaisse est formée de tissus cancéreux. Les coupes histologiques dénotent une constitution mixte de la tumeur. Par points, on trouve de larges zones claires rappelant les caractères du cartilage muqueux, avec de grandes cellules capsulées à prolongements. Ailleurs, on trouve des amas de cellules uniformément rondes ou globuleuses, assez grosses. Sur certains points de ces amas et à leur limite, groupes de corps fibro-plastiques, fusiformes, ou même évolution fibreuse plus avancée. En divers endroits, faisceaux parallèles de fibres élastiques, fines, ondulées, dans les parties centrales de la tumeur. Çà et là, petits dépôts osseux avec des ostéoplastes bien distincts.

6° *Cancers du calcanéum.* — Bien que les ostéosarcomes soient, à vrai dire, des cancers, nous avons tenu à en faire un groupe à part, à cause de leur importance, de leurs caractères bien tranchés au point de vue histologique, et pour les séparer des tumeurs suivantes qui ne nous ont pas paru répondre exactement à leur description.

La première observation est celle d'une malade du service de M. le professeur Poncet.

Obs. I. — Ermance G..., ménagère, âgée de trente-deux ans, entre le 28 novembre 1887, salle Saint-Paul, dans le service de M. Poncet.

Pas d'antécédents héréditaires. Dans les antécédents personnels, on note successivement une fièvre typhoïde à l'âge de six ans, une variole à treize ans et une rougeole à dix-huit ans. A dix-sept ans, elle se fit une entorse (?) au pied droit : aujourd'hui, le pied est encore dans une mauvaise position, la malléole interne hypérostosée laissant le pied en dehors d'elle d'environ 1 centimètre. La malade marche bien, l'articulation tibio-tarsienne possède tous ses mouvements.

Il y a environ trois ans que la malade s'aperçut pour la première fois d'une petite grosseur à 1 centimètre environ au-dessous de l'extrémité inférieure de la malléole externe du côté droit. A ce moment, cette petite tumeur était indolore, dure; la peau, à ce niveau, n'était pas altérée. Depuis deux ans, la douleur est apparue, sans que cependant la tuméfaction augmente d'une façon notable. Au mois de juin dernier, la malade se mit entre les mains d'un empirique qui versa sur la tumeur quelques gouttes d'acide azotique fumant. A partir de ce moment, la tumeur augmenta de volume et aujourd'hui on constate une tumeur dure, immobile, du volume d'une orange, occupant toute la face externe du calcanéum. La peau lisse, tendue, adhérente à la tumeur, est d'un rose pâle, légèrement violacée. Pas d'ulcération. La région est le siège d'une douleur très vive à la pression : quand la malade pose le talon sur le sol, elle croit, dit-elle, le poser sur un rasoir, tellement la douleur est aiguë. Pas de gêne dans les articulations voisines. Adénite bi-inguinale Les organes internes sont sains.

Désarticulation tibio-tarsienne par le procédé à lambeau interne.

Le pied étant fendu par un trait de scie antéro-postérieur, on constate que la tumeur a son point de départ dans l'intérieur même du calcanéum. Toute la partie centrale de cet os est remplie par la masse morbide qui a détruit à la face externe la coque de tissu compact et est venue par cette voie faire saillie au dehors. Le tissu spongieux est détruit, remplacé par une substance gélatineuse de couleur groseille. En pressant entre les doigts un fragment de cette masse, on sent une crépitation fine, comme produite par de petites parcelles osseuses provenant des parois alvéolaires en voie de destruction. Pas de kystes sanguins, pas de foyers de dégénérescence. Les articulations voisines sont intactes. Du côté des parties molles, la tumeur est encore contenue dans une enveloppe fibreuse : la peau, les gaines synoviales ne sont pas envahies.

L'examen histologique fut fait par M. Bard, professeur agrégé, chef des travaux du laboratoire d'anatomie pathologique. La tumeur est constituée dans toute sa masse par un tissu de nouvelle formation qui n'est autre que du cartilage hyalin normal. Les cellules petites, nombreuses, sont disposées en groupes isogéniques arrondis. La substance intercellulaire, claire et transparente, offre les caractères de la chondrine. Par places, on trouve quelques vestiges de travées osseuses anciennes en voie de destruction. Pour M. Bard, il s'agit d'une tumeur maligne, d'un cancer du cartilage (1).

C'est la seule observation de chondrome malin du calca-

(1) Cette tumeur est absolument semblable comme constitution anatomique à celle dont M. Désir de Fortunat a donné récemment l'analyse (*Du cancer du cartilage*, in *Rev. de chirurgie*, 1886).

---

nous aurons cité la plupart de ceux qui ne sont plus ou qui ont quitté Strasbourg, mais qui, jusqu'en 1870, ont imprimé aux travaux de la Société de médecine une impulsion féconde et utile.

C'est à dessein que nous n'avons parlé ni de Kœberlé, ni d'Eugène Bœckel, ni de tous ces savants médecins ou chirurgiens qui, restés à Strasbourg, ont vaillamment lutté pour garder à la Société de médecine sa réputation scientifique si bien établie. C'est qu'en effet ils méritent un témoignage tout spécial d'estime et de gratitude, nos confrères alsaciens qui, depuis 1870, ont travaillé avec tant d'ardeur et de succès. On comprend bien la jalousie de ceux « qui ne suivent que d'un pas boiteux » les progrès de la chirurgie française. On comprend qu'ils en aient voulu à quelques-uns des membres de la Société de Strasbourg d'avoir communiqué soit à la Société de chirurgie, soit à l'Académie de médecine ou à nos Congrès périodiques, des observations qui auraient fait tant d'honneur aux Sociétés allemandes.

Personne n'ignore les titres éminents du professeur Kœberlé. On sait que ce fut lui qui, le premier en France, pratiqua avec un succès constant et rendit possible et presque facile l'opération de l'ovariotomie. En 1862 il obtint (le 2 juin et le 29 septembre), deux succès, et depuis il n'en est plus à compter les opérations de laparotomie pour les tumeurs de l'ovaire ou de la matrice aussi bien que pour les lésions les plus variées des organes de l'abdomen. La *Gazette hebdomadaire* a trop souvent rendu justice aux remarquables travaux de notre savant confrère, qu'elle a souvent reproduits *in extenso*, pour qu'il soit nécessaire d'insister sur l'honneur qu'apportait à la Société de médecine de Strasbourg la collaboration constante d'un de ses membres les plus distingués.

Kœberlé qui, après la guerre, demeura à Strasbourg et présida en 1874 la Société de médecine et, depuis la mort de Schützenberger, l'Association des médecins de l'Alsace-Lorraine, a continué la série de ses succès opératoires. Les

néum que nous ayons trouvée (1). D'ailleurs cette tumeur ne différait de l'ostéosarcome que par sa constitution anatomique. Au point de vue clinique, elle a évolué et s'est comportée comme un ostéosarcome ordinaire.

Nous devons à M. le professeur Ollier l'observation suivante qui porte le diagnostic : carcinome du calcanéum.

Obs. II. — F..., ménagère, âgée de vingt-six ans, entre le 5 octobre 1873, salle Sainte-Marguerite, dans le service de M. Ollier.

Il y a huit ans, elle éprouva pendant quatre mois des douleurs au talon droit pendant la marche. Les douleurs revinrent plus vives, il y a quatre ans, et à ce moment apparut une tumeur profonde, non mobile, qui s'accrut lentement. La malade n'a cessé son travail que depuis trois semaines.

Actuellement toute la face externe de la région calcanéenne droite est occupée par une tumeur à gros lobules qui sont, les les uns durs, les autres fluctuants. Deux fistules permettent au stylet de pénétrer le calcanéum de part en part. La peau est adhérente, variqueuse, ulcérée. Grosses veines à la périphérie. Rien à l'articulation tibio-tarsienne.

Un ganglion crural assez volumineux. Rien au creux poplité.

17 octobre. Amputation sus-malléolaire. Pansement au coton. Guérison.

Existe-t-il des épithéliomas primitifs du calcanéum? Nous n'avons pas l'intention de discuter ici la question si controversée de l'épithélioma primitif du tissu osseux. Mais nous avons précisément trouvé, en recherchant les tumeurs du calcanéum, la mention d'un cas de ce genre dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie* (art. Tumeur des os, par M. le professeur Poncet). Il s'agissait d'une malade vue par M. Levrat pendant une suppléance à la clinique du professeur Ollier. Or il résulte de la marche ultérieure de la maladie et de l'étude de la pièce après amputation, que l'os n'avait été envahi que secondairement. Nous publions d'ailleurs plus loin (voy. obs. IV) cette intéressante observation.

Au point de vue clinique, les tumeurs du calcanéum n'offrent rien de bien particulier. Constatons seulement la proportion considérable des tumeurs malignes. Si l'on excepte en effet les exostoses dont le diagnostic est facile, toutes les autres productions doivent être regardées comme étant de mauvaise nature. Parmi les cas que nous avons rapportés plus haut, l'ostéome de Gross et le fibrome de Velpeau font seuls exception à cette règle. Mais ces faits sont excessivement rares, tellement que les deux chirurgiens se sont crus en présence d'une tumeur maligne, et ont eu recours à une méthode radicale de traitement.

On trouve fréquemment dans les antécédents des malades des traumatismes, des entorses, ayant atteint la région où se développera plus tard le néoplasme. Ce n'est pas là, d'ailleurs, une considération particulière aux tumeurs qui nous occupent. L'influence des contusions répétées et des traumatismes en général sur le développement des tumeurs malignes, a été signalée depuis longtemps déjà par M. le professeur Verneuil. Le Clerc a de nouveau insisté sur ce point dans sa thèse inaugurale (*Contusions et néoplasmes*, Thèse de Paris, 1885).

Comme pour les ostéosarcomes des épiphyses des os longs des membres, le diagnostic avec la tumeur blanche est souvent difficile. L'erreur a été plus d'une fois commise, et ce n'est qu'après un examen plusieurs fois répété et même parfois seulement après l'amputation de la jambe que la véritable nature du mal a été reconnue. On se rappellera que la marche rapide, l'existence d'un traumatisme à l'origine de la lésion, les douleurs spontanées, l'absence de suppuration, constituent les principaux éléments du diagnostic. Enfin on ne devra pas négliger, avant de prendre une résolution extrême, de s'éclairer par une ponction exploratrice.

Pour ce qui est du traitement, l'indication de l'ablation étant posée, on a à choisir entre l'amputation de la jambe et la désarticulation tibio-tarsienne. La plupart des chirurgiens ont eu recours à la première de ces deux méthodes, et, de fait, elle est absolument nécessaire pour peu que la tumeur remonte à quelque distance dans les gaines tendineuses ou sur la peau. Mais, si le néoplasme est encore limité, encapsulé dans une coque fibreuse intacte, la désarticulation tibio-tarsienne est suffisante pour se mettre au-dessus des limites du mal et elle a l'avantage de donner un résultat fonctionnel incontestablement supérieur. On pourra d'autant mieux y avoir recours que la tumeur paraît le plus souvent faire saillie à la face externe du calcanéum, ce qui permet de tailler librement le lambeau au côté interne du talon.

II. *Tumeurs secondaires.* — Le calcanéum peut être envahi secondairement suivant plusieurs mécanismes.

Tout d'abord on peut voir se développer dans cet os un néoplasme consécutif à une tumeur de même nature d'une autre partie du squelette du pied. Tel est le cas rapporté par Houel (*Bull. de la Soc. anat.*, 1864, p. 257). Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans, qui avait eu, trois ans auparavant, une tumeur de la dernière phalange du gros orteil dûment reconnue pour un cancer. On pratiqua l'amputation de l'avant-pied. Trois mois après survint un gonflement de la région tibio-tarsienne, qui fit croire tout d'abord à une tumeur blanche de l'articulation. Mais bientôt

(1) M. Polaillon (Art. Calcanéum. *Dict. Dechambre*) parle d'un enchondrome observé par Linhart (1858). En nous reportant à la source indiquée, nous avons constaté que l'auteur allemand publie l'autopsie d'un malade ayant subi autrefois l'extirpation du calcanéum, et ne parle de l'enchondrome que comme d'une indication possible de cette opération.

lecteurs de la *Gazette* n'ont pas oublié l'observation si remarquable, publiée en 1880, et dans laquelle l'habile chirurgien rapporte un cas d'excision de 2 mètres d'intestin grêle. Ils connaissent aussi les observations de gastrostomie pratiquée dans les cas de grossesse compliquée de fibromes utérins, et le travail consacré à l'étude du traitement des cancers utérins.

Le professeur Eug. Bœckel est non moins connu de tous les chirurgiens français. Ses travaux sur la périostite phlegmoneuse, les sutures métalliques, le traitement des kystes, les résections, l'uréthrotomie, les autoplasties, la coxalgie, etc., etc., ont été de 1863 à 1870 communiqués à la Société de médecine. Depuis 1870 M. Eug. Bœckel, qui en fut deux fois le président (1875 et 1887), a multiplié encore ses travaux sur les résections osseuses, sur l'extirpation de l'astragale et du calcanéum dans les pieds bots osseux invétérés, sur les hystérotomies et l'extirpation, par la laparotomie, de sarcocèle rétropéritonéal, sur la cystotomie sus-pubienne dans les affections de la prostate, sur le traitement de la coxalgie, etc., etc.

A côté de lui je dois citer le docteur J. Bœckel, notre très distingué confrère de la presse, qui dirige avec tant de fermeté et de zèle la *Gazette médicale de Strasbourg*. J. Bœckel, qui a présidé en 1884 la Société de médecine, est l'un des plus jeunes, mais l'un des plus habiles et des plus instruits parmi les chirurgiens d'Alsace-Lorraine. Avant de rappeler ici les principales communications qu'il a faites à la Société qui vient de disparaître, il me sera bien permis de dire que c'est à lui que l'on doit les premières observations *personnelles* d'ostéotomie, de cholécystotomie et d'hystérectomie vaginale, publiées dans un recueil français. J. Bœckel est l'un des premiers qui, en 1875, avec Lucas-Championnière, sut reconnaître l'efficacité de l'antisepsie chirurgicale et adopter, en les perfectionnant lui-même, les divers modes de pansement qui ont eu pour résultat d'assurer la guérison des blessés dans des cas jusqu'alors réputés

il fallut reconnaître un cancer du calcanéum avec battements et bruits de souffle. Amputation de la jambe au tiers inférieur.

La dégénérescence secondaire qui paraît de beaucoup la plus fréquente est l'épithélioma, consécutif à un cancroïde de la peau du talon. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce que MM. Verneuil, Malassez et Reclus ont désigné sous le nom d'épithélioma térébrant du maxillaire.

Broca (*Soc. anat.*, 1849, p. 75), Cruet (*ibid.*, 1878, p. 31), Péan (*Clin. chirurg.*, 1886), en ont rapporté des exemples. L'observation suivante, que nous devons à M. le professeur Poncet, peut être regardée comme un type de ce genre :

Obs. III. *Épithétioma développé sur une vieille cicatrice d'ostéite ancienne du calcanéum droit. Épithétioma térébrant intracalcanéen.* — Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Poncet au mois de juin 1885. Cet homme portait sur la face externe du pied droit au-dessous de la malléole péronière une ulcération de mauvaise nature, très nettement cancroïdale, dont le début remontait à dix mois.

L'ulcère a les dimensions d'une pièce de cinq francs; il exhale l'odeur caractéristique des néoplasmes épithéliaux; on constate en même temps une tuméfaction notable du talon; le calcanéum est hypérostosé dans toute sa masse; avec un stylet on pénètre profondément dans le tissu osseux. Tuméfaction œdémateuse de la face dorsale du pied correspondant. Dans le creux poplité, ganglions du volume d'une petite noix au pli de l'aine; dans le triangle de Scarpa, deux ganglions fusiformes, de caractère douteux et que l'on ne retrouve pas du côté sain.

Le malade raconte qu'il s'est toujours très bien porté jusqu'à ces derniers mois et que l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital est survenue sans cause appréciable sous la forme, au début, d'un petit bouton qu'il a gratté et sur lequel il a appliqué, suivant l'habitude, les pommades les plus diverses.

A l'âge de onze ans, ce malade a été atteint d'un abcès sous-périostique aigu du calcanéum droit; il se forma alors un abcès qui s'ouvrit spontanément à la face externe du talon. Quinze mois après le malade n'était pas complètement guéri, mais il marchait sans boiter; il n'y a jamais eu d'élimination de séquestre. Au trajet fistuleux succéda une cicatrice, déprimée en cul de poule, qui pendant quarante-quatre ans ne fut le siège d'aucune douleur, d'aucun accident inflammatoire.

Deux mois après son entrée le malade quittait l'Hôtel-Dieu, les ganglions avaient augmenté de volume, l'état local, sous l'influence du repos, de pansements propres, était resté à peu près stationnaire; aucune intervention n'était indiquée.

Pour M. Poncet, il s'agit d'un épithélioma intracalcanéen ayant son point de départ du côté de la peau, dans une cicatrice ancienne de trajet fistuleux, avec envahissement épithélial du tissu osseux autrefois malade.

Au lieu d'avoir son point de départ du côté de la peau du talon, la dégénérescence cancroïdale peut s'établir d'abord sur les parois d'un trajet fistuleux consécutif à une ostéite du calcanéum, et de là se propager jusqu'à l'os enflammé. Tel est le cas de l'observation suivante, remarquable à tous égards, qui nous a été communiquée par le professeur Ollier :

Obs. IV. *Ostéite ancienne du calcanéum. Dégénérescence cancroïdale du trajet fistuleux.* — Maria G..., âgée de cinquante ans, entre le 20 octobre 1881, salle Saint-Pierre, à la clinique de M. le professeur Ollier.

Pas d'antécédents héréditaires. La malade a eu, dans toute sa jeunesse, une santé délicate sans maladie grave. Réglée à vingt ans. Mère de sept enfants, dont deux jumeaux.

A seize ans, la malade fit un faux pas. Un rebouteur fit quelques manœuvres, mais le pied ne fut pas immobilisé; une inflammation survint. Un abcès s'ouvrit au-dessous de la malléole interne du pied droit; la fistule dura très longtemps. Plusieurs années après, elle se ferma et un second abcès s'ouvrit sur le côté externe. Ces fistules s'ouvrirent et se fermèrent alternativement, mais jamais la malade ne cessa de marcher, et jamais elle n'eut d'élimination spontanée de séquestre. Elle ne souffrait nullement et pouvait marcher plusieurs lieues sans fatigue.

Au mois d'octobre 1880, elle reçut un coup vigoureux de pointe de sabot sur la partie externe du talon. Ce traumatisme éveilla quelques douleurs, peu intenses cependant, et sensibles surtout la nuit. Le 3 juillet, la malade alla consulter le docteur Olivier, qui lui fit l'extraction d'un séquestre de la dimension de 2 centimètres 1/2 de haut sur 0 de large, séquestre triangulaire, spongieux, noir, et répandant encore à l'heure qu'il est une odeur de carie très marquée. Peu de jours après, la malade marchait, mais elle fut bientôt obligée de s'arrêter à cause de la tuméfaction du talon.

Entrée le 20 octobre. On constate que le talon droit est le siège d'une notable tuméfaction. Sur la face interne existe une ouverture fistuleuse correspondant à la petite apophyse du calcanéum; sur la face externe un large orifice fistuleux de la dimension d'une pièce de deux francs, dont les bords sont déchiquetés et présentent tout autour une zone rougeâtre ayant un aspect papillaire. Si l'on touche les bords de cette fistule et qu'on introduise le doigt dans l'orifice, on sent que les tissus présentent une dureté remarquable. Le stylet ne rencontre pas de surface osseuse dénudée; partout un tissu de granulation coriace. Cependant l'os se laisse facilement attaquer et traverser par le stylet. La plaie suppure modérément, mais répand une odeur épouvantable de vieille nécrose caséeuse. Dans l'aine, un ou deux ganglions indurés, mais nullement douloureux.

3 décembre 1881. — La malade sort.

1er avril 1882. — Elle rentre à la clinique. La fistule répand toujours une odeur insupportable. Suppuration abondante. Deux fistules nouvelles se sont produites autour de la première. Empâtement de tout le talon. Œdème du pied. Petits abcès sous-cutanés, violacés à la partie interne du talon.

5 avril. — Amputation de la jambre au lieu d'élection.

15 mai. — La cicatrisation est complète.

Les deux observations que nous venons de relater sont remarquables en ce sens, que la dégénérescence épithélio-

---

inaccessibles aux ressources de l'art. Après avoir étudié le pansement ouaté de J. Guérin (1874), le pansement de Lister, le pansement à l'iodoforme, etc., après avoir bien fait comprendre les indications et les avantages de ces différents moyens d'assurer l'antisepsie chirurgicale, J. Bœckel fit connaître, dans une série de publications, les succès qu'il obtenait à Strasbourg. En 1876, sur un rapport de M. Tillaux, la Société de chirurgie s'occupa de ses travaux. En 1884, elle discuta pour la première fois les indications de l'hystérectomie vaginale pratiquée par notre confrère alsacien. Il en est de même de la cholécystotomie, que J. Bœckel fut l'un des premiers à introduire dans la pratique. C'est lui également qui, après Sédillot, et sous la direction de ce maître éminent, conseilla la trépanation préventive du crâne dans les affections traumatiques de l'encéphale. En 1873 et 1877, il apportait une série de faits favorables à cette intervention.

Ai-je à rappeler ensuite ses observations de résection du genou, de laryngotomie, de néphrectomie, d'ovariotomie et d'hystérectomie, etc., ou encore les opérations qu'il tenta avec succès pour rechercher et détruire les brides cicatricielles qui avaient produit des occlusions intestinales; ses travaux sur la trachéotomie, sur la ligature antiseptique des troncs artériels et veineux, sur la thyroïdectomie, sur l'ostéotomie dans le genu valgum, etc., etc.? Le simple énoncé de ces œuvres si remarquables ne suffit-il pas à prouver l'activité, le zèle infatigable et le talent de notre savant confrère?

Après lui il convient de citer encore M. P. Meyer pour ses recherches sur la paralysie diphthéritique, les polypes du larynx, l'actinomycose chez l'homme, le pemphigus; M. E. Müller pour ses travaux sur la cure radicale du prolapsus utérin, l'hystérectomie vaginale, les kystes hydatiques sus-aponévrotiques, la laparo-hystérectomie; puis nos confrères médecins MM. Reibell, Herrenschmidt, Sieffermann, Kien, Goldschmidt, Rulhmann, Lévy, etc., dont je ne pourrais,

mateuse avait été précédée d'un processus inflammatoire, ancien dans le cas de M. Poncet, récent et pour ainsi dire encore en voie d'évolution dans le cas de M. Ollier. Il semble que les lésions de l'ostéite aient créé en ce point un *locus minoris resistentiæ* qui a été un point d'appel pour la localisation de la production morbide.

Un signe qui paraît être important au point de vue du diagnostic clinique, est l'odeur particulièrement fétide qui s'échappe des trajets fistuleux ouverts à la peau.

Il est cependant une cause d'erreur sur laquelle nous désirons appeler l'attention. De ce qu'un bourgeon fongueux excisé à l'orifice d'une fistule offrirait, à l'examen microscopique, des boyaux épithéliaux dans sa masse, il ne faudrait pas se hâter de conclure à l'existence d'un épithélioma intracalcanéen. Notre ami, le docteur Auguste Pollosson, a plusieurs fois, en effet, constaté dans des fongosités enlevées à l'entrée des fistules cutanées consécutives à des tumeurs blanches articulaires des bourgeonnements de l'ectoderme malpighien cloisonnant la masse embryonnaire de la fongosité. Des faits de cette nature ont été rapportés dans la thèse d'agrégation du docteur Chandelux (*Des synovites fongueuses articulaires et tendineuses*, Paris, 1883). Or il a bien démontré que, dans ces cas, il s'agit simplement de productions inflammatoires, et non pas d'une véritable néoplasie épithéliale. C'est assez dire que le diagnostic devra être basé sur un examen complet de toute la pièce pathologique.

Quant au traitement de ces tumeurs secondaires du calcanéum, quelle que soit leur origine, il va sans dire qu'il est soumis aux mêmes règles que celui des néoplasmes primitifs. C'est à l'amputation du pied ou de la jambe que le chirurgien devra avoir recours.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

DÉCOUVERTE D'EAUX MINÉRALES SULFUREUSES AU CENTRE DE PARIS. Note de M. S. MEUNIER. — L'auteur signale la découverte d'eaux minérales sulfureuses dans l'île Saint-Louis qui a été faite en établissant les fondations d'une ambulance. Trois niveaux ont été reconnus vers 11, 12 et 13 mètres de profondeur. Le dernier est le moins riche; le premier offre sensiblement la composition de l'eau de Belleville. L'origine de la sulfuration s'explique par la présence simultanée, dans le sol, de débris végétaux et de fragments gypseux.

LA DILATATION DE L'ESTOMAC DANS SES RAPPORTS AVEC LES AFFECTIONS CHIRURGICALES. Note de M. BAZY. — Voici les conclusions de l'auteur : La dilatation de l'estomac crée un milieu favorable à la culture des micro-organismes infectieux. Elle paraît être une condition de malignité pour certaines maladies; aussi doit-elle être recherchée dans tous les cas où l'on observe des phénomènes septicémiques. Elle intéresse le chirurgien autant que le médecin et son existence doit être recherchée aussi toutes les fois qu'on a à pratiquer une opération; de plus, quand elle a été constatée, elle doit être traitée préalablement à toute intervention chirurgicale, sauf le cas d'urgence absolue, afin de placer le malade dans les meilleures conditions possibles. Enfin, dans tous les cas, une pareille coïncidence doit éveiller l'attention; elle doit mettre en garde contre l'éventualité d'accidents plus ou moins graves et impose la nécessité de faire en même temps l'antisepsie gastro-intestinale.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS ANTISEPTIQUES DES NAPHTOLS α ET β. Note de M. J. MAXIMOVITCH. — Ces nouvelles recherches, faites dans le laboratoire de M. Bouchard, ont eu pour but de déterminer quelles sont les doses de ces deux substances qui sont capables de tuer les microbes. Elles ont été poursuivies sur les microbes de la morve, de la mammite des brebis, du choléra des poules, du charbon bactéridien, du microcoque de la pneumonie, de deux organismes de la suppuration : le *Staphylococcus albus* et le *Staphylococcus aureus*, sur le microbe du clou de Biskra, sur les bacilles de la fièvre typhoïde, de la diphthérie des pigeons, de la tuberculose, le bacille pyocyanique, le bacille vert fluorescent et sur les organismes de la matière fécale humaine. Les résultats sont les suivants :

1° Les microbes ci-dessus sont incapables de revivre dans un milieu pur, lorsqu'on les laisse séjourner pendant trois ou quatre jours dans des bouillons ordinaires contenant 1 centigramme de naphtol α par litre ou 4 centigrammes de naphtol β.

2° Aux doses de 15 centigrammes de naphtol α et de 45 centigrammes de naphtol β, il faut vingt-quatre heures de séjour.

3° Enfin, il suffit de quinze à vingt minutes si l'on met 2 à 3 centigrammes de naphtol α et 5 à 6 centigrammes de naphtol β.

4° Il faut cinq à six jours pour rendre inoffensifs pour l'organisme les bouillons ensemencés avec 5 à 10 gouttes d'une culture de charbon quand ces bouillons contiennent 3 centigrammes de naphtol α et 6 centigrammes de naphtol β pour 1000.

5° Dans l'espace de quinze à vingt minutes, les mêmes quantités des mêmes cultures sont tuées avec 2 centigrammes de naphtol α et 5 centigrammes de naphtol β pour 1000.

---

sans allonger outre mesure ce feuilleton, mentionner ou analyser les communications.

Je n'ai voulu d'ailleurs que faire ressortir la valeur exceptionnelle des travaux scientifiques dus à cette Ecole de Strasbourg, qui fut si brillante au point de vue médico-chirurgical et dont on peut s'honorer d'avoir été l'élève. Au moment où disparaissent la Société de médecine et l'Association des médecins d'Alsace-Lorraine ne serait-il point juste de faire paraître un recueil destiné à rappeler les principaux travaux dus à cette ancienne école restée française par son activité laborieuse et la valeur de ses travaux au moins autant que par ses sentiments d'estime et d'affection pour nos sociétés scientifiques? En 1866, alors qu'allait s'ouvrir à Paris une exposition universelle, le professeur Ehrmann écrivait sous la dictée de ses collègues un *Etat des progrès réalisés dans les sciences médicales pendant les vingt dernières années par les découvertes, inventions et publications de Messieurs les professeurs et agrégés de la Faculté de médecine de Strasbourg*. Le professeur Schützenberger, qui avait reçu à la mort de son doyen ce précieux manuscrit, a bien voulu, avant de mourir lui-même, me le remettre avec une série de documents officiels qu'il tenait à laisser aux mains de l'un de ses élèves les plus affectionnés. Le moment n'est-il pas venu de compléter cette œuvre restée inédite en écrivant à Strasbourg même l'histoire du corps médical alsacien qui, depuis un demi-siècle, n'a cessé de travailler aux progrès de la science et de la profession médicales?

L. LEREBOULLET.

6° Injectées sous la peau ou dans les veines des animaux, ces cultures naphtolées sont inoffensives.

7° Pour affirmer, ainsi qu'on le fait généralement, qu'un microbe a été tué par un antiseptique, il ne suffit pas d'établir que ce microbe n'est pas capable de revivre quand on le transporte dans un milieu de culture inerte, il faut, de plus, qu'il cesse de pouvoir se développer dans le milieu animal vivant.

E. RIVIÈRE.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 15 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Ebstein*, médecin-major au 8e régiment de dragons, envoie un mémoire sur les résultats comparatifs des *vaccinations et revaccinations* qu'il a faites avec différents vaccins à Meaux en 1887. — (*Commission de vaccine.*)

M. A. *Prengrueber*, médecin de colonisation à Palestro (Algérie), adresse un travail sur *la variole, la variolisation et la vaccine chez les indigènes de la Kabylie.* — (*Même Commission.*)

M. *Féréol* présente un ouvrage de M. le docteur *Brissaud*, intitulé : *Histoire des expressions populaires relatives à l'anatomie et à la médecine.*

M. *Proust* dépose, au nom de M. le docteur *Herinck*, un mémoire sur la *tuberculose du larynx et son traitement.*

MÉCO-NARCÉINE. — A propos de la communication faite à la dernière séance par M. Laborde sur la méco-narcéine, M. *Constantin Paul* fait observer que ce produit n'est pas chimiquement défini et qu'il contient de la narcéine associée à d'autres substances indéterminées et dans des proportions inconnues; c'est donc un curieux produit de laboratoire, complexe et difficile à préparer, plutôt qu'un médicament. De plus, 1 kilogramme d'opium, qui renferme en moyenne 10 pour 100 de narcéine, contient par conséquent 10 000 centigrammes de morphine et peut ainsi soulager 10000 malades, tandis que ce même kilogramme d'opium ne renferme que quelques centigrammes de narcéine qui ne peut être ainsi utilisée que pour une dizaine d'injections sous-cutanées.

M. *Laborde* réplique que la méco-narcéine, dont le procédé de fabrication est à la disposition de tous les droguistes, contient la totalité de la narcéine qu'on peut extraire d'une quantité donnée et, en plus, un certain nombre de substances, alcaloïdes de l'opium, qui lui donnent sa solubilité. Quant à son action thérapeutique, elle ne saurait être mise en doute après les essais qui en ont été faits et que M. Laborde a relatés dans sa précédente communication.

VERTIGE DES FUMEURS. — M. *Lagneau* lit un rapport sur le mémoire communiqué, il y a un mois, par M. le docteur *Decaisne* sur le vertige des fumeurs; il confirme les observations antérieurement faites sur l'action nocive que peut avoir l'abus du tabac et il appelle l'attention sur le diagnostic différentiel entre le vertige spécial aux fumeurs et le vertige symptomatique de la congestion cérébrale que l'on confond trop souvent avec le premier.

LÈPRE. — M. *Le Roy de Méricourt* donne lecture de la première partie d'un important mémoire sur la nature, l'origine et la transmission de la lèpre. — Ce mémoire sera analysé lorsque la lecture en aura été terminée, dans une séance ultérieure.

— L'Académie se réunit en comité secret afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Marty* sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie. La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Moissan ; 2° *ex æquo*, MM. Beauregard, Guignard et Petit ; 3° *ex æquo*, MM. Quesneville et Vigier; adjoint par l'Académie : M. Villejean.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Sur un cas de diphthérie à forme insidieuse : M. Féréol (Discussion : MM. Rendu, Cadet de Gassicourt). — Développement de la maladie de Basedow sous l'influence du traitement ioduré : M. Rendu (Discussion : MM. Féréol, E. Labbé).

M. *Féréol* communique l'observation d'un cas de diphthérie infectieuse à marche insolite. Il s'agit d'une femme d'une cinquantaine d'années, paraissant jouir d'une bonne santé ordinaire et qui fut prise, à la suite d'un refroidissement peu intense, d'un mal de gorge accompagné de malaise général, d'anxiété, et d'un mouvement fébrile assez marqué. On constatait de la rougeur de l'isthme du gosier, surtout au niveau de l'amygdale droite, qui présentait une légère teinte grisâtre entre les deux piliers ; pas d'engorgement ganglionnaire.

Dès le lendemain, aphonie croupale avec douleur assez intense sus-sternale ; petite plaque diphthéritique sur l'amygdale droite ; adénopathie cervicale peu marquée ; pas d'albumine dans l'urine. M. Ruault, appelé pour pratiquer l'examen laryngoscopique, constate la propagation directe de la fausse membrane amygdalienne jusque dans le larynx, dont la muqueuse est très rouge. Malgré le traitement institué, des phénomènes broncho-pulmonaires se développent avec rapidité : dyspnée, souffle au niveau des bases, râles sibilants et sous-crépitants, fins, disséminés, peu de toux et d'expectoration ; en même temps la douleur sus-sternale disparaissait et semblait descendre, pour se localiser d'abord derrière le sternum, puis au niveau des rebords costaux des deux côtés du thorax, accompagnant dans sa marche la progression des phénomènes stéthoscopiques broncho-pulmonaires. L'analyse de l'urine démontrait toujours l'absence d'albumine, mais on constatait une très notable proportion de glucose. Rien dans les antécédents de la malade ne pouvait faire soupçonner le diabète.

Les accidents s'accentuèrent et, en cinq jours, la mort fut amenée par les progrès de l'état infectieux et de l'asphyxie. On voit que, dans ce cas, on a eu affaire à une diphthérie d'apparence d'abord bénigne, rapidement propagée de la gorge au larynx, puis aux bronches, accompagnée d'une infection générale grave, en l'absence d'albuminurie et d'engorgement ganglionnaire volumineux. Sans doute faut-il incriminer le diabète qui avait préparé le terrain pour l'évolution de ces accidents à forme insolite.

M. Féréol a observé, il y a plusieurs années, un fait assez analogue chez un homme, non diabétique, mais également avancé en âge. Peu de jours après l'extraction d'un grain de plomb logé dans l'œil, se montra une angine plus analogue à l'herpès guttural qu'à la diphthérie ; mais très rapidement les fausses membranes se caractérisèrent, envahirent le larynx, les bronches, déterminant un état infectieux auquel le malade succomba en peu de jours. Dans ce cas on put constater le rejet, par la toux, d'abondantes fausses membranes. Ce sont là des formes graves de diphthérie à marche trompeuse et dont l'évolution n'a pas été suffisamment mise en lumière jusqu'à présent.

M. *Rendu* rapproche de ces faits l'observation d'une jeune fille qu'il a soignée alors qu'il était l'interne de Roger et qui, après des accidents d'angine pseudo-membraneuse d'apparence relativement bénigne, présenta des phénomènes laryngés, puis des symptômes de broncho-pneumonie infectieuse et succomba à l'asphyxie rapide, sans avoir de toux ni d'expectoration. Il se demande si l'on doit, chez la malade de M. Féréol, admettre la propagation de la diphthérie aux bronches, ou s'il ne faut pas plutôt songer à une broncho-pneumonie infectieuse.

M. *Cadet de Gassicourt* rapporte plusieurs observations

de diphthérie à marche insidieuse ou anomale : éclosion rapide d'une broncho-pneumonie infectieuse, puis d'un croup nécessitant la trachéotomie chez un enfant, convalescent de scarlatine, et qui semblait tout d'abord atteint d'une angine diphthéritique à allures bénignes. Phénomènes infectieux rapidement mortels chez un homme atteint d'une amygdalite que trois jours auparavant Barthez lui-même déclarait n'avoir aucun caractère diphthéritique. — Marche ascendante et progressivement grave d'une diphthérie bronchique gagnant la gorge. — Enfin, angine diphthéritique, bénigne en apparence, chez un enfant ; accidents de croup ; trachéotomie pratiquée dans d'excellentes conditions ; puis aggravation de l'angine, infection générale et mort rapide. Autant de faits qui montrent la variabilité de la marche de la diphthérie, et les formes anomales qui peuvent venir surprendre le clinicien non prévenu.

M. *Féréol* a pensé que chez sa malade il s'agissait plutôt d'une bronchite pseudo-membraneuse, à cause de la propagation directe au larynx nettement constatée, et suivie de l'apparition des signes broncho-pulmonaires évoluant en même temps que la douleur descendante spéciale, dont il a parlé, et que la malade indiquait d'elle-même. D'ailleurs, la rapidité de la terminaison mortelle (cinq jours), l'absence de point de côté, la dissémination des râles sans localisation en foyer ne lui semblent pas plaider en faveur d'une broncho-pneumonie, surtout chez un sujet adulte.

M. *Cadet de Gassicourt* croit que le diagnostic différentiel entre la broncho-pneumonie infectieuse et la bronchite pseudo-membraneuse est impossible en l'absence du rejet de fausses membranes ramifiées. L'autopsie seule peut, dans ce cas, permettre de reconnaître la propagation de la fausse membrane à l'arbre respiratoire. D'ailleurs, la question n'a pas une bien grande importance : qu'il y ait ou non des fausses membranes bronchiques, il s'agit toujours d'une forme d'accidents infectieux broncho-pulmonaires à marche insidieuse et à conséquences des plus graves. Le point de côté, la répartition des râles n'ont, en l'espèce, aucune valeur.

— M. *Rendu* rapporte l'observation d'une femme de vingt-huit ans, nerveuse héréditaire, qui présenta, vers l'âge de dix-huit ans, des accidents de chlorose sous l'influence de perturbations morales vives. Ces phénomènes cédèrent à un traitement approprié, et depuis lors cette femme se maria et eut deux enfants bien portants. Quelques retours de la chlorose chaque année au printemps, mais toujours guérison rapide avec les inhalations d'oxygène. L'année dernière elle présenta tous les signes physiques et fonctionnels d'une aortite aiguë avec accès d'angine de poitrine : douleurs, essoufflement, dyspnée d'effort, double souffle aortique, etc. Sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour, tous les phénomènes aortiques disparurent, et M. Potain, appelé en consultation, put constater dernièrement qu'il n'existe plus aucun bruit morbide dans la région de l'aorte. L'iodure de potassium fut bien supporté en apparence et ne détermina qu'une légère éruption acnéique ; mais pendant le traitement se montrèrent des accidents de nervosisme, un changement notable du caractère, et depuis lors, malgré la suppression de l'iodure, sont apparus de l'exophthalmie, des palpitations cardiaques, des battements artériels au niveau du cou, sans abaissement de la tension artérielle, tous phénomènes indiquant le développement de la maladie de Basedow. Il n'y a pas d'hypertrophie du corps thyroïde, ni de tremblement appréciable. Il est intéressant de voir que le traitement ioduré, bien toléré en apparence, a créé chez cette femme une névrose semblable, ou même identique, à la maladie de Basedow. On peut, du reste, faire entrer en ligne de compte la prédisposition créée par les émotions morales vives antérieures dont l'influence est bien connue en pareil cas, mais l'action de l'imprégnation par l'iodure a paru bien manifeste.

M. *Féréol* se demande si l'influence pathogénique de l'iodure est dans ce fait bien établie. Il observe en ce moment une femme qui présente des symptômes absolument semblables, ayant éclaté sous l'influence de simples causes morales. La même étiologie peut être à bon droit invoquée, lui semble-t-il, chez la malade de M. Rendu.

M. *Rendu* fait remarquer qu'un intervalle de dix ans s'est écoulé, chez sa malade, entre les émotions morales et l'apparition des phénomènes de la maladie de Basedow ; durant tout ce temps cette femme a été fort calme, et ce n'est qu'à la suite du traitement ioduré, institué pour combattre son aortite, que les accidents du goitre exophthalmique se sont montrés. La malade elle-même se rendait parfaitement compte de l'influence de l'iodure sur la production des phénomènes qui sont apparus.

M. *Féréol* conserve des doutes sur l'exactitude de cette interprétation et croit plutôt à l'influence de causes morales même éloignées.

M. *E. Labbé*, d'après deux faits qu'il a été à même d'observer et dans lesquels les signes de l'ataxie locomotrice ont coexisté avec les phénomènes de la maladie de Basedow, se demande si l'on ne pourrait attribuer ceux-ci à une origine médullaire de même ordre que celle des accidents du tabes dorsal. Il reviendra sur ce sujet en présentant prochainement une des malades à laquelle il fait allusion.

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Gastrostomie : M. Terrillon (Discussion : MM. Segond, Quénu, Terrier). — Plaie de l'artère axillaire : M. Nélaton (Discussion : MM. Schwartz, Terrier, Le Dentu, Tillaux, Berger). — Phlegmon sushyoïdien : lecture : M. Delorme. — Présentation de deux malades : M. Th. Anger.

M. *Terrillon* a opéré le malade présenté dans la dernière séance ; il a trouvé un cal exubérant de la clavicule qu'il a réséqué. Les accidents de paralysie par compression se sont immédiatement amendés.

— M. *Terrillon* expose l'observation d'un malade qui a déjà fait l'objet d'une communication à l'Académie de médecine. Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, dyspeptique, qui, en septembre 1887, éprouva de la difficulté dans la déglutition des solides. En janvier 1888, il fut adressé à M. Terrillon. A ce moment, c'est à peine si quelques gouttes de liquide pouvaient passer dans l'estomac. L'obstacle siégeait au niveau du cardia et ne pouvait être franchi. La gastrostomie fut pratiquée suivant la méthode de Labbé.

M. Terrillon a suturé et incisé l'estomac en une séance ; il préfère cela à la gastrostomie en deux temps. Dans l'incision il a introduit une sonde de caoutchouc rouge qui fut fixée à la paroi. Les suites de l'opération furent normales ; mais au bout de quelques jours le suc gastrique, sécrété en grande quantité par l'estomac, digéra le trajet qui présenta bientôt à son pourtour une plaque de gangrène grande à peu près comme la paume de la main. De plus, les contractions stomacales très violentes rejetaient tout ce qu'on introduisait dans l'estomac, et la compression par des éponges fut bientôt insuffisante. Alors M. Terrillon fit construire un petit appareil formé de deux ballons en caoutchouc communiquant par une partie creuse médiane : le tout ressemble à un bouton de chemise. Le premier ballon est introduit dans l'estomac et le second s'applique sur la paroi abdominale.

Après insufflation, l'orifice est bien fermé. A partir du moment de l'application de cet appareil, le malade se mit à engraisser dans des proportions considérables.

La nature de ce rétrécissement reste inconnue. Il ne peut guère, toutefois, s'expliquer que par un cancer non prouvé, il est vrai. M. Terrillon a déjà fait trois fois la gastrostomie : une fois chez un petit garçon qui a survécu un an et demi, et deux autres fois chez des cancéreux qui sont morts rapidement; mais pas un de ces cas ne ressemble à celui qu'il soigne en ce moment.

M. *Segond* demande à M. Terrillon s'il ne craint pas que le frottement de son appareil n'agrandisse progressivement la fistule gastrique. Dans une opération de ce genre qu'il a pratiquée avec succès, aucun bandage, même compliqué, n'arriva au résultat qu'obtint la malade en exerçant une compression à l'aide de tampons faits avec de la gaze.

M. *Quénu* fait des réserves sur la nature maligne de la maladie, à cause de la survie de l'opéré.

M. *Terrier* pense qu'en examinant la quantité d'urée et d'acide chlorhydrique contenue dans les urines, on aurait pu éclairer le diagnostic. Il rappelle le travail de M. Debove sur les ulcérations simples de l'extrémité inférieure de l'œsophage et se demande s'il n'y a pas là quelque chose d'analogue.

M. *Terrillon* répond à M. Segond que l'agrandissement de la fistule n'est pas à craindre par son appareil, la partie intermédiaire étant en effet d'un calibre plus petit que le trajet, la pression est seulement exercée par les deux ballons. Il n'a pas confiance dans la diminution de l'urée comme élément de diagnostic, et quant à l'acide chlorhydrique, il existe, puisque le suc gastrique digère l'orifice. S'il a songé au cancer, c'est parce qu'il n'a pas trouvé autre chose, pas même le moindre symptôme d'ulcère simple de l'œsophage.

— M. *Nélaton* a soigné une femme pour une *plaie de l'artère axillaire par coup de feu*. Epanchement considérable dans le moignon de l'épaule, pas de pouls, mais aussi absence de souffle et de frottement, tels sont les principaux symptômes qu'elle présentait à son entrée dans le service. Le lendemain l'épanchement ayant augmenté, M. Nélaton fit d'abord une ligature d'attente de la sous-clavière, et en ouvrant l'aisselle, trouva une plaie de l'artère axillaire d'environ 6 millimètres au niveau de l'acromio-thoracique détachée par la balle. Il plaça trois ligatures et sutura la plaie. La malade est aujourd'hui guérie, même de la paralysie consécutive à la compression exercée par l'épanchement sur le plexus. Sa conduite, dit-il, n'a pas été classique. Tous les auteurs qui ont étudié cette question, MM. Lefort, Cras, Bouilly, recommandent la ligature de la sous-clavière. M. Nélaton pense au contraire qu'il faut agir pour l'axillaire comme pour les autres artères et lier les deux bouts dans la plaie. Quelles sont les objections faites à cette pratique? D'abord l'hémorrhagie au moment de l'opération, il y a des malades qui en sont morts; ensuite la gangrène consécutive. Avec une ligature d'attente, l'hémorrhagie n'est pas à craindre; quant à la gangrène observée, il est vrai, plusieurs fois, elle n'est pas causée par le défaut de circulation collatérale, car l'acromio-thoracique n'est pas coupée par l'incision et les injections à la gélatine faites à un cadavre dans ces conditions passent de la sous-clavière dans l'axillaire. En réalité, les accidents septiques sont la cause du sphacèle, à preuve la statistique suivante : avant l'antisepsie, sept morts sur dix opérés, depuis l'antisepsie, cinq succès sur six ligatures des deux bouts dans la plaie.

M. *Schwartz* pense que la ligature temporaire de la sous-clavière est inutile et que la compression doit suffire ; qu'au besoin on peut même la faire sur le vaisseau dénudé, sans pour cela passer un fil.

M. *Terrier* approuve la ligature des deux bouts dans la plaie ; mais le passage du fil sous la sous-clavière est difficile dans les cas où, soit par le fait de l'épanchement, soit à cause de l'inflammation, on est obligé d'opérer à une grande profondeur. Il préférerait faire la compression sur l'artère dénudée avec un tampon iodoformé.

M. *Le Dentu* estime que suivant l'importance de l'hémorrhagie, il faut ou non faire la ligature d'attente. Il l'a placée sur la sous-clavière dans un anévrysme diffus faux primitif de l'axillaire et s'en est fort bien trouvé. Une légère élévation du fil suffit pour interrompre le cours du sang dans le vaisseau.

M. *Tillaux* approuve la ligature des deux bouts pratiquée par M. Nélaton et lui rappelle qu'il n'a fait que suivre la règle émise par son père et soutenue par Richard.

M. *Berger*, qui a eu deux fois à lier la sous-clavière dans des cas analogues, trouve que, malgré sa difficulté, la ligature d'attente de la sous-clavière est plus prudente.

Oui, reprend M. *Terrier*, mais à la dernière extrémité seulement, à cause des accidents septiques possibles quand il y a dans l'aisselle un commencement d'inflammation.

M. *Nélaton* répond qu'il n'a pas éprouvé la moindre difficulté à passer son fil d'attente ; qu'il était du reste prêt à faire la compression ; qu'en somme il n'a pas la prétention d'avoir fait quelque chose de particulier, mais qu'il voulait simplement faire remarquer que dans les plaies de l'axillaire les classiques conseillent la ligature de la sous-clavière.

— M. *Delorme* lit trois observations de *phlegmon sus-hyoïdien*.

— M. *Th. Anger* présente deux malades atteints de *dilatation des lymphatiques*.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

Sur l'antidotisme de diverses substances toxiques: M. Roger. — Pseudo-tuberculose: M. Dor. — Sur l'action analgésiante des substances antithermiques: M. Laborde. — Gingivite infectieuse chez l'éléphant: M. Galippe. — Sur les kystes du maxillaire : M. Magitot. — De la pulsation aortique chez l'homme : M. Chauveau. — Sur le foie tuberculeux du lapin : M. Cornil.

M. *Roger* a étudié le prétendu antidotisme de divers poisons les uns contre les autres, par exemple de la morphine contre l'atropine. Après avoir déterminé la dose toxique précise de chacune de ces substances, quand on l'administre chez le lapin en injection intraveineuse, il a reconnu que, si on les donne simultanément, l'animal meurt sous l'influence d'une dose moindre de chacune d'elles et l'on voit qu'elles ont ajouté leur effet et ainsi produit une action synergique. Cette action synergique n'existe pas pour d'autres poisons, comme le chlorure de potassium et la morphine; mais chacune de ces substances agit alors comme si elle était administrée seule; il en faut la même dose pour tuer l'animal. Il n'y a donc pas non plus, dans ce cas, d'antidotisme.

— M. *Chauveau* rappelle que M. *Dor* (de Lyon) a trouvé sur le lapin une pseudo-tuberculose analogue à celle que MM. Charrin et Roger ont étudiée récemment sur le même animal; seulement jusqu'ici M. Dor n'avait pu communiquer l'affection avec les produits de cultures, tandis que les cultures de MM. Charrin et Roger s'étaient montrées extrêmement actives. Cette différence tenait peut-être à des différences dans le milieu où à Paris et à Lyon on

avait cultivé les micro-organismes. Le fait est qu'aujourd'hui M. Dor a obtenu des cultures très virulentes.

— M. *Laborde* a montré autrefois que la quinine agit d'une manière élective sur la sensibilité générale, sur la sensibilité consciente, sans que l'excito-motricité soit très fortement atteinte, puisque, si l'on sectionne le bulbe sur un animal auquel on a donné de la quinine, cet animal a encore des réflexes quand on excite un tronc nerveux. Déjà à cette époque le rapport entre cette propriété analgésiante de la quinine et ses effets antithermiques avait frappé M. Laborde. Plus tard il étudia au même point de vue le salicylate de soude et put constater les mêmes faits. Aussi croit-il que toutes les substances qui rentrent dans la classe des antithermiques, l'antipyrine, l'acétanilide, etc., agissent de la même façon élective sur la sensibilité. De là la possibilité de se servir de ces substances comme d'un criterium pour la détermination exacte des centres nerveux dits centres thermiques. En effet, puisque nous savons en toute certitude que ces substances agissent sur la sensibilité consciente, n'est-il pas rationnel d'aller chercher les centres thermiques dans ceux mêmes de cette sensibilité! C'est dans ce sens que M. Laborde a institué diverses expériences.

— M. *Galippe* a eu l'occasion d'étudier une grosse molaire qu'un éléphant avait perdue et il a trouvé dans cette dent toutes les altérations, enduit calcaire, lésions du cément, amas de micro-organismes dans le cément et dans la dentine, qui caractérisent l'affection (chez l'homme) qu'il a décrite avec M. Malassez sous le nom de gingivite infectieuse.

— M. *Magitot* a observé récemment un kyste du maxillaire qui s'est développé dans la cavité même du follicule dentaire, sans intervention possible d'un élément étranger quelconque, et il se demande comment dans ce cas pourrait trouver à s'appliquer la théorie des débris épithéliaux paradentaires de M. Malassez.

— M. *Chauveau*, à propos de la récente communication de MM. Héricourt et de Varigny sur la pulsation aortique chez l'homme, montre que celle-ci se produit chez l'homme comme chez les animaux avec un retard notable sur la systole ventriculaire, tenant à ce que le ventricule doit d'abord produire à son intérieur une pression sur le sang assez forte pour surmonter la résistance des valvules sigmoïdes. De là vient qu'il n'y a pas, à proprement parler, dans les affections du cœur, de bruit systolique, mais seulement des bruits qui coïncident avec le milieu de la systole.

— M. *Cornil*, à propos de la récente communication de MM. Ledoux-Lebard et H. Martin sur le foie tuberculeux du lapin, rappelle les expériences qu'il a lui-même faites sur ce sujet, en déterminant par des injections intra-veineuses de bacilles, la tuberculose du foie. M. Cornil décrit les lésions qu'il a observées, dans ce cas, dès les premiers jours qui suivent l'injection.

Société anatomique.

SÉANCE DU 11 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Tison* présente un cas de *carcinose généralisée*.

— M. *Jonnesco* montre un *kyste épidermique de la paume de la main*.

— M. *Vaquez* communique une observation de *gastrite par injection d'acide chlorhydrique*.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

La thérapeutique générale des anévrysmes, par M. SCHEELE. — Dans ce mémoire, où il passe en revue les diverses médications, l'auteur les divise en trois catégories: médications diététiques, agents empruntés à la matière médicale et moyens mécaniques ou chirurgicaux.

Parmi les médications diététiques, il recommande la méthode de Tufnell, qui, par l'abstinence partielle des aliments et le repos, permet d'augmenter la pression sanguine dans les vaisseaux périphériques, de diminuer la fréquence et l'intensité des pulsations cardiaques et d'accroître la proportion de fibrine dans le sang. A l'appui de ses conclusions, il rappelle les statistiques de Von Harris (six améliorations dans treize cas), de Mac Kellar, de Bellingham et de Findlay.

En comparant l'action des diverses substances proposées par les auteurs, M. Scheele considère le chlorure de baryum comme supérieur aux autres, pour favoriser la coagulation du sang dans le sac anévrysmal et augmenter la tension à la périphérie. C'est ce médicament que Flint recommande.

La digitale n'est indiquée, ajoute-t-il, que s'il existe simultanément de l'insuffisance mitrale et de la dilatation des cavités droites du cœur. Quant à l'ergot de seigle, administré en injections hypodermiques par la méthode de Langenbeck, il peut rendre quelques services, mais ces services sont bien inférieurs à ceux de l'iodure de potassium, à doses massives, telles que Bouillaud et Balfour en font usage, et les recherches physiologiques de Nothnagel, Rossbach, Kobert, H. Huchard et Éloy en donnent raison. Les iodures modifient favorablement la tension artérielle et favorisent ainsi la coagulation du sang dans la poche anévrysmale.

Parmi les traitements chirurgicaux et mécaniques, celui qui fixe surtout l'attention de M. Scheele, c'est l'emploi de la glace, dont il attribue l'efficacité à une action vaso-motrice. Au demeurant, la glace agirait encore à la manière des médicaments vasculaires. (*Therap. Monat.*, janvier 1888.)

Travaux à consulter.

DU MASSAGE DANS LA NEURASTHÉNIE LOCALE, par M. DOUGLAS GRAHAM. — Pour justifier les indications du massage dans cette névrose, l'auteur rappelle que les exercices physiques, toujours utiles contre elle, nécessitent un effort musculaire et nerveux, provoquent des sensations douloureuses dans les régions lombo-dorsales et ont pour conséquence plus ou moins lointaine l'insomnie.

Il termine par les conclusions suivantes : 1° le massage provoque le sommeil et cet effet se prolonge plusieurs jours de suite; 2° les phénomènes d'irritation spinale s'atténuent par ses pratiques; 3° dans la neurasthénie locale, cette médication est encore efficace : elle améliore la nutrition et la motricité, donnant des résultats favorables quand les autres traitements sont en défaut; 4° au point de vue du manuel opératoire, l'auteur recommande le massage de douceur sans frictions violentes même après l'échec de tous les autres moyens thérapeutiques. (*Journ. of American med. Association*, 7 janvier 1888.)

DE L'EMPLOI DE LA STRYCHNINE COMME HYPNOTIQUE, par M. LAUDER-BRUNTON. — Les malades chez lesquels cet observateur mettait à l'essai ce médicament, étaient atteints d'insomnie rebelle, que l'on pouvait attribuer à l'état de dépression du système nerveux et de fatigue excessive. Il leur prescrivait la teinture de noix vomique ou le sulfate de strychnine.

Il répétait même l'administration de ces substances quand le malade se réveillait après une heure ou deux de sommeil et la

préférait à l'opium, au chloral et aux narcotiques. De plus, M. Lauder-Brunton remarque la possibilité de combattre l'insomnie de certains malades par l'ingestion de quelques cuillerées de grog ou de bouillon et compare ces deux médications l'une avec l'autre au point de vue de leurs effets physiologiques et de leurs résultats thérapeutiques. (*The Practitioner*, janvier 1888, p. 28.)

Du traitement antiseptique et antipyrétique de la phthisie, par M. Spencer. — Après des essais cliniques divers, cet observateur adopte la quinine comme médicament antihyperthermique, à condition toutefois d'en élever suffisamment les doses. Elle permet, tout à la fois, de diminuer la fièvre et d'atténuer la cachexie. Parmi les antiseptiques, deux surtout lui semblent préférables : à l'intérieur, l'ingestion de l'iodoforme, à l'extérieur, les inhalations d'eucalyptus. Toutefois, pour obtenir la cicatrisation des lésions pulmonaires ou la transformation fibreuse des tubercules, il est nécessaire de prolonger pendant longtemps l'usage de cette médication parasiticide. (*Brit. med. Journal*, 7 janvier 1888, p. 184.)

BIBLIOGRAPHIE

La raison dans la folie. Étude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables, 1 vol. in-8° par M. Victor Parant. — Paris, Doin, et Toulouse, Ed. Privat, 1888.

Variations de la personnalité, par MM. Bourru et Burot, professeurs à l'école de médecine de Rochefort. 1 vol. in-12. — J.-B. Baillière, 1888.

Le monde des rêves, par M. Max Simon, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Brou, médecin-inspecteur des asiles privés du Rhône. — Deuxième édition, 1 vol. in-12. — J.-B. Baillière, 1888.

Les frontières de la folie, par M. A. Cullerre. 1 vol. in-12. — J.-B. Baillière, 1888.

Par la voie détournée et originale qu'il a choisie, M. Parant nous fait pénétrer dans la nature intime de l'aliénation mentale mieux que toutes les descriptions ou analyses qui abordent directement l'étude des conceptions déraisonnables des aliénés. Son ouvrage est très étudié, très instructif et presque toujours très judicieux. Les divisions qu'il a introduites dans son sujet paraîtront, il est vrai, à un psychologue bien vagues et bien imparfaites, et les aliénistes eux-mêmes, qui sont tous par profession des psychologues, ne sauraient s'en déclarer satisfaits. Mais il était difficile de mieux faire, tant les phénomènes, en pareille matière, se pénètrent les uns les autres et résistent à toute classification rigoureuse. Quant à sa thèse générale, il est difficile de ne pas en reconnaître le bien fondé. Voici cette thèse : il reste presque toujours assez de raison chez les fous pour qu'ils puissent tromper soit les magistrats, soit le public, sur leur véritable état; il faut juger de l'état mental d'un individu, non sur ce qui lui reste d'intelligence ou de jugement, mais sur ce qui lui en manque.

De même que la mémoire persiste généralement chez les aliénés, — elle est même quelquefois exaltée par la folie, — l'intelligence proprement dite persiste aussi toujours à des degrés divers; elle se montre dans les occupations manuelles, artistiques, parfois même purement intellectuelles auxquelles se livrent les aliénés, dans leurs conversations, souvent très raisonnables, enfin dans leurs écrits. Bien plus, la folie produit souvent une suractivité intellectuelle, soit passagère, soit durable. Rien de plus curieux à cet égard que les faits rapportés par M. Parant où une courte période d'heureuse activité intellectuelle chez des hommes jusqu'alors très ordinaires se trouve être le premier symptôme de la paralysie générale qui les envahit ensuite. D'où l'auteur conclut très justement que, à défaut d'un criterium absolu qu'on ne trouvera sans doute jamais, le meilleur criterium de la folie est encore de comparer l'état intellectuel et moral de l'individu avec son état passé.

Ce que le langage vulgaire appelle jugement et discernement n'est pas non plus étranger aux aliénés. « Les améliorations introduites dans le régime des asiles ont été en partie inspirées par le bien moral que le jugement des aliénés leur permet d'en retirer » ; presque toute la thérapeutique morale de l'aliénation mentale est fondée sur ce principe. Un grand nombre d'aliénés sont capables à divers degrés de discerner le bien du mal. Enfin beaucoup ont à divers degrés également, la conscience de leur état maladif, à tel point qu'il y en a qui réclament eux-mêmes leur internement; ces différents degrés sont analysés très finement par l'auteur. Il examine ensuite en détail l'esprit de conduite des aliénés et la logique de leurs conceptions délirantes. Enfin l'ouvrage se termine par une étude approfondie des questions médico-légales que soulève le fait de la persistance partielle de la raison dans la folie; M. Parant se prononce, après discussion, contre la théorie de la responsabilité partielle; quelle que soit la valeur des arguments de médecin aliéniste sur lesquels il appuie sa conclusion, on peut se demander s'il a tenu assez de compte des raisons juridiques et sociales qui plaident en faveur de la thèse de Ball et de Legrand du Saulle.

L'intérêt de cet ouvrage est dans l'observation complète d'un hystérique remarquable, Louis V., déjà observé dans différents asiles par les docteurs Camuset, J. Voisin et autres et que les auteurs ont pu étudier de près à l'hôpital de Rochefort; il présente six personnalités morales différentes associées à autant d'états physiques, telle contracture et telle anesthésie coïncidant régulièrement avec tel mode de caractère et telle perturbation de la mémoire. Au récit et à la discussion de ce cas, MM. Bourru et Burot ont joint quelques observations analogues, trop sommairement étudiées. Ensuite ils ont classé sous les titres d'alternance, substitution et aliénation de la personnalité un grand nombre de faits déjà publiés. Cette dernière partie de l'ouvrage y compris même le chapitre intitulé : « Tentative d'explication », n'est guère autre chose qu'une complication.

La première édition de cet ouvrage a paru en 1882. Il justifie son succès par l'agrément de sa rédaction et la variété des renseignements qu'il contient. A-t-il été composé pour les gens du monde ou pour les savants? on ne le voit pas bien ; en réalité, c'est un ouvrage d'un caractère mixte; l'auteur a voulu faire profiter ses lecteurs de son expérience très variée de médecin aliéniste et éclairer par les réflexions d'un esprit ouvert et droit, les problèmes très divers qu'il a rencontrés sur son chemin. Il aborde successivement le rêve normal, les hallucinations des différents sens, le somnambulisme et l'hypnotisme, l'illusion (surtout celle des aliénés), les effets de l'opium, du haschisch et de l'alcool, le ragle ou hallucination spéciale aux voyageurs dans le désert. De ces problèmes, aucun, il faut bien le dire, n'est suffisamment approfondi; çà et là des faits anciens sont acceptés de seconde main sans critique suffisante, et sur l'hypnotisme, en particulier, l'ouvrage est loin d'être au courant. Mais les chapitres sur le rêve normal, sur les différentes sortes d'hallucination, sur les illusions des aliénés, sont pleins de faits intéressants, parfois neufs et judicieusement commentés. De plus, l'ouvrage a le mérite de présenter un tableau d'ensemble de tout un ordre de phénomènes qu'on s'est trop habitué dans ces derniers temps à étudier séparément, et qui, rapprochés, s'éclairent utilement les uns les autres.

La classification des maladies mentales est très imparfaite, leurs caractères extérieurs ou psychologiques n'ont pas fourni les éléments d'une division satisfaisante ; mais un grand progrès a été accompli quand on a reconnu la parenté étiologique de toutes les névroses ; la théorie biologique de l'hérédité psychopathique et de la *neurasthénie* a jeté une vive lumière sur la pathologie mentale ; les fous appartiennent à la grande classe des *héréditaires* ou des *dégénérés*, et rien n'éclaire mieux la théorie de la folie que l'étude des frontières de la folie ou du milieu dans lequel elle se développe. On croirait que l'auteur, s'appuyant sur cette théorie, va renoncer à toute classification. Mais, par une heureuse inconséquence, ayant recueilli beaucoup de faits et ne pouvant se dispenser de les mettre en ordre, il les distribue selon une classification qu'il appelle *empirique* et qui est purement psychologique ; l'idée trop générale et trop vague de l'hérédité psychopathique ne sert qu'à relier entre eux les différents chapitres de son livre. Il passe en revue successivement les *obsédés* (peur des espaces, folie du doute, crainte des contacts, etc.), les *impulsifs* (homicides, buveurs, voleurs, etc.), les *excentriques* (instables, sordides, dissipateurs, inventeurs, utopistes, etc.), les *persécuteurs*, les *mystiques*, les *pervertis* et les *sexuels*. Il aborde ensuite diverses questions de médecine légale, défendant les médecins aliénistes contre les égarements trop fréquents et presque périodiques d'une opinion mal éclairée, et combattant par des arguments discutables la théorie très humaine et très morale de la responsabilité partielle. Il est mieux inspiré dans le chapitre suivant, quand il corrige la théorie aventureuse de Moreau (de Tours) sur les rapports du génie et de la folie.

Ce qu'il y a de meilleur dans cet ouvrage, c'est peut-être cette classification des phénomènes morbides que l'auteur semble dédaigner parce qu'elle est empirique. Est-ce vraiment un défaut en pareille matière? Au reste, il a voulu surtout écrire une œuvre de vulgarisation ; ainsi compris, son ouvrage est bien fait, et il instruira utilement certaines classes de lecteurs.

V. E.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

Faculté de médecine de Paris. — M. Fauconnier, préparateur de chimie, est nommé chef des travaux de chimie biologique, en remplacement de M. Bémont, démissionnaire.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Arnavielhe est chargé des fonctions de chef de clinique des maladies des vieillards, en remplacement de M. Diffre, démissionnaire.

Prix. — L'Académie de médecine propose pour sujet du prix de l'hygiène de l'enfance — prix d'une valeur de 1000 francs — à décerner en 1889, la question suivante : « De la croissance au point de vue morbide. »

Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1889.

Légion d'honneur. — Est nommée au grade de chevalier: Mme Eloy, sœur de Saint-Vincent-de-Paul, supérieure des sœurs attachées à l'hôpital de la marine à Rochefort; quarante-neuf ans de services.

Comité consultatif d'hygiène. — Par décret, en date du 7 mai 1888, le directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur est membre de droit du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Sont compris au nombre des membres de droit du Conseil supérieur de l'Assistance publique: le procureur de la République près le tribunal de la Seine; le directeur du commerce intérieur au ministère du commerce et de l'industrie.

Sont nommés membres de ce Conseil: MM. Maze, sénateur; Bourgeois, député; Rousselle, président de la Commission de l'Assistance publique au Conseil général de la Seine; Strauss, conseiller municipal de Paris; Cheysson, ingénieur, membre du Conseil supérieur de statistique, et Deroisin, maire de Versailles.

Prix. — Le ministre de la guerre a décidé que les sujets traités pour les prix à décerner aux médecins militaires, en 1889, seront laissés au choix des candidats, mais ils seront inédits et se rapporteront exclusivement à la médecine ou à la chirurgie d'armée.

Corps de santé de la marine. — M. Erhmann est nommé médecin auxiliaire de 2e classe.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le docteur O. Desplats, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris dans la section des sciences accessoires et de M. le docteur Fournet, ancien interne et collaborateur d'Andral, auteur de divers travaux sur la phthisie pulmonaire.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 25 mai). — *Ordre du jour:* M. Albert Robin: Pathogénie de l'hémoglobinurie. — M. Féré : De la compression dans les céphalées hystériques ou épileptiques. — M. Bavié: De la périostite varioleuse. — M. Gilbert Ballet : Des spasmes musculaires consécutifs aux lésions rhumatismales chroniques des jointures.

Mortalité a Paris (18e semaine, du 29 avril au 5 mai 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 5. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 48. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs: cancéreuses, 39 ; autres, 10. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 54. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 61. — Bronchite aiguë, 23. — Bronchique chronique, 52. — Broncho-pneumonie, 23. — Pneumonie, 53. — Gastro-entérite: sein, 17; biberon, 36. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 36. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 190. — Causes inconnues, 13. — Total: 1010.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Mémoires de chirurgie, par M. le professeur Verneuil. T. V: *Commotion, contusions, tétanos, syphilis et traumatisme.* 1 vol. in-8°. Paris, G. Masson. 15 fr.

23e année du *Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales*, par M. le docteur P. Garnier, vient de paraître à la librairie Félix Alcan.

Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène (médecine, chirurgie, obstétrique), par MM. les docteurs Paul Legendre, Barette, Lepage. Le premier volume comprenant l'*antisepsie médicale*, par M. le docteur Legendre, forme un volume de 460 pages in-8° raisin. Paris, G. Steinheil. 10 fr.

Le deuxième volume *Antisepsie chirurgicale*, par M. le docteur Barette, et *Antisepsie obstétricale*, par M. le docteur Lepage, formera un volume de 500 pages environ. Il paraîtra incessamment.

La folie chez les enfants, par M. le docteur Moreau (de Tours) (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). 1 vol. in-16 de 444 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Traité pratique et clinique d'hydrothérapie, par M. E. Duval. 1 vol. in-8° de 900 pages, avec figures, avec une préface de M. Peter. Paris, J.-B. Baillière et fils. 10 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

14720. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 23 mai 1888.

Académie de médecine : **Fistule vésico-vaginale. La lèpre. — Élection.**

Je rappelais, il y a huit jours, en parlant des travaux publiés par les membres de l'ancienne Société de médecine de Strasbourg, que l'on doit au professeur Herrgott de nombreux perfectionnements apportés à l'opération des fistules vésico-vaginales. L'observation qui vient d'être lue devant l'Académie montre les succès qu'un chirurgien expérimenté peut obtenir dans des circonstances critiques. Il s'agissait, en effet, on le verra au *Bulletin*, d'une perte de substance qui intéressait l'uretère droit mortifié lui-même dans une étendue de 2 à 3 centimètres. M. Herrgott a pu dégager l'uretère du tissu cicatriciel qui l'englobait, rétablir la perméabilité de ce conduit et le fixer dans la vessie avant d'obturer la fistule.

M. Le Roy de Méricourt a achevé la lecture du mémoire qu'il a consacré à l'étude des conditions pathogéniques de la lèpre. Nous consacrerons à l'appréciation de ce remarquable travail une revue critique spéciale.

Dans cette même séance, M. Moissan, professeur à l'École de pharmacie, a été élu membre titulaire dans la section de pharmacie.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des fistules pleuro-cutanées et de leur traitement par les résections costales.

En 1879, on apprit avec quelque surprise, par un mémoire publié dans la *Revue mensuelle*, que le professeur Estlander (d'Helsingfors) désossait sans crainte la paroi thoracique lorsque la cavité pleurale s'ouvrait à la peau par une fistule. A Paris, M. Bouilly fut le premier à imiter cette pratique, et il soumit en 1883 à la *Société de chirurgie* les résultats encourageants qu'il avait obtenus ; M. Berger fit un rapport fort étudié, où il prenait hardiment le parti de l'opération nouvelle. Puis, en 1884, la Société remit plusieurs fois cette question à son ordre du jour.

A la fin de l'année on constatait qu'on avait peut-être

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Une épidémie locale de fièvre typhoïde dans le gouvernement de Perm. — Transmission par un cours d'eau. — Morsures par un loup enragé. — Température et maladies régnantes dans le pays de Iakoutsk (Sibérie orientale). — Une bonne plaisanterie à l'égard d'un pharmacien ; ce qu'elle a coûté à ses auteurs. — Le régime des couvents en Russie. — Deux épisodes juridiques : Un médecin diffamé dans un journal. Il n'est pas toujours bon d'appliquer un règlement : le cas de M. Dreipelcher.

Un fait publié récemment par un médecin russe, le docteur Tesiakov, dans le *Magasin de Perm*, constitue un nouvel argument en faveur de la doctrine de la transmission de la fièvre typhoïde par les eaux potables. Le village d'Etacha-le-Haut possède une population de quatre cent trente-trois habitants. Il est construit de telle sorte que les maisons d'un des côtés de sa voie principale sont sur le bord de la rivière qui lui donne son nom; les paysans y puisent exclusivement l'eau qu'ils boivent, tandis que de l'autre côté de la rue il y a des puits. Au mois de novembre, un premier cas de fièvre typhoïde éclate au milieu du village, près du cours d'eau. Bientôt après d'autres apparaissent dans presque toutes les habitations en aval et du même côté; la partie en amont n'en présenta pas un seul. Les linges souillés de la première personne atteinte avaient été constamment lavés à la rivière; quelques maisons seulement furent épargnées : une enquête démontra qu'elles étaient pourvues de puits dont leurs habitants buvaient l'eau. Cette épidémie fut grave : la proportion de la morbidité fut de 17,5 pour 100; le nombre des maisons envahies de 39 pour 100. Il paraît que la propagation se fit assez loin en suivant l'Etacha; on observa plusieurs cas dans un moulin situé à 1 kilomètre. Des localités riveraines, du district de Birsk eurent de petites épidémies, dont l'origine était certainement le village sus-indiqué.

exagéré et l'efficacité de l'intervention et sa bénignité. Les fistules rebelles n'étaient pas exceptionnelles, loin de là. D'autre part, quelques morts opératoires avaient notablement refroidi l'ardeur initiale de M. Berger. A l'enthousiasme du début succéda une sorte de réaction et le silence se fit, complet, autour de la résection costale.

Mais, pendant les quatre années qui viennent de s'écouler, l'expérience a précisé des indications et des contre-indications dont, au début, on n'avait pas toujours tenu compte. Les opérés ont vieilli, et l'on peut juger si on leur a rendu service. En somme, il y a plus d'un enseignement à tirer du débat mûri qui vient d'avoir lieu devant le *Congrès de chirurgie*.

Autrefois, alors qu'on ne diagnostiquait qu'*in extremis* la pleurésie plus tard, alors qu'on avait peur de faciliter à l'air l'entrée de la plèvre, il n'était pas rare que les pleurésies purulentes, abandonnées à elles-mêmes, s'ouvrissent à l'extérieur, par un espace intercostal.

Quelquefois plusieurs orifices se formaient ainsi. Il en existait le plus souvent un à la partie antérieure de la poitrine, vers le cinquième espace.

A l'ordinaire, une fois cela fait, la mort ne tardait guère. Épuisé par une suppuration abondante, le malade succombait en peu de temps à la septicémie chronique. Il était rare qu'il pût survivre pendant quelque temps. Ceux-là, enfin, bénéficiaient presque d'un hasard, chez lesquels la fistule se fermait, parfois même avec une rapidité étonnante.

Peu à peu, grâce à la percussion et à l'auscultation, grâce à l'antisepsie surtout, la pleurotomie s'est vulgarisée. Les fistules spontanées (qui devraient ne plus exister) sont devenues plus rares. Mais nous observons souvent des fistules consécutives à l'empyème, dont elles ont le lieu d'élection, en ligne axillaire, dans le sixième et le septième espace.

Certes, les fistules semblent devenir moins fréquentes à mesure que la chirurgie se perfectionne, qu'on intervient d'une façon plus large, et surtout plus précoce. Mais prenons les chiffres donnés par Homen : un quart environ des empyèmes se terminent par fistule. C'est également, en 1884, la conclusion de M. Berger. Sur 99 pleurotomies, il compte : 32 décès, plus ou moins rapides ; 44 guérisons et 23 fistules.

Or ces 23 fistuleux sont voués à une mort à peu près certaine. On en cite bien quelques-uns, à peine incommodés. Un gentleman soigné par Wells faisait plusieurs lieues à cheval. D'autres, au bout de plusieurs mois, d'un an, de plus même, ont vu leur plèvre se tarir. Il n'en reste pas moins acquis que presque tous succombent, exposés qu'ils sont à des rétentions purulentes graves, à la septicémie chronique, à la perte de drains dans leur plèvre. Exception encore que cette malade de Briquet chez laquelle un stylet ainsi égaré créa par ulcération une contre-ouverture déclive et amena la guérison. Presque toujours, ces corps étrangers entretiennent une suppuration abondante et fétide. Il faut compter, enfin, avec la cachexie tuberculeuse, cause fréquente de mort.

Une distinction anatomique est capitale, aussi bien pour le pronostic que pour le traitement. Deux cas sont en effet possibles.

Dans l'un, l'orifice cutané conduit dans un trajet plus ou moins long, quelquefois très long, terminé en un simple cul-de-sac, ou en une toute petite cavité, soit entre le diaphragme et la base du poumon, soit dans une scissure interlobaire, etc. C'est alors que le malade pourra être à peu près bien portant.

Toute différente est l'autre variété. Là, le trajet traverse la paroi, puis la plèvre pariétale épaissie ; et aussitôt il tombe dans une cavité d'aspect, de forme, de dimensions, de siège extrêmement divers. Ici, le poumon, partout éloigné de la paroi thoracique, sera fixé en arrière et plus ou moins en haut : la fistule conduira dans un pneumothorax total. Ailleurs, le pneumothorax sera partiel et des adhérences le limiteront. C'est alors que, à échéance variable, la mort est à peu près fatale, d'autant plus que l'ouverture n'est pas souvent déclive.

II

Le pronostic des fistules pleuro-cutanées est donc grave. Il l'était d'autant plus qu'il y a peu d'années encore la thérapeutique était à peu près désarmée : débridements, cautérisations, grattages, injections donnaient deci, delà, un succès : presque toujours ils restaient inutiles. Aujourd'hui nous pouvons mieux agir.

Les moyens à mettre en œuvre seront très différents suivant que nous serons en présence d'une fistule avec ou sans cavité. Soit d'abord le cas le plus simple : un trajet sans cavité, ou avec une petite cavité.

Quelle est alors la cause de cette suppuration modérée mais intarissable? L'orifice externe est trop étroit; entouré de tissus inodulaires, situé entre deux côtes souvent hyper-

---

Pendant l'hiver dernier, on a noté encore, de différents côtés en Russie, des accidents produits par les loups enragés. Dans une commune du cercle de Zakoubanoki, trois paysans ont été cruellement mordus la nuit du 7 au 8 décembre; conduits le lendemain à l'hôpital de Psekoupski pour y recevoir les premiers soins ils furent transférés, par mesure administrative, à Kharkov, et soumis, pendant neuf jours, aux inoculations préventives. Un d'eux, Jacob Efimenko, âgé de quarante-cinq ans, mordu au poignet gauche et au cou, a succombé à la rage le 19 janvier dernier.

Les questions relatives au meilleur système d'éducation secondaire, à l'intervention régulière du médecin dans l'hygiène scolaire, ont été abordées plusieurs fois dans les Sociétés médicales russes. Les comptes rendus des dernières séances de celle de Tambov renferment un mémoire du docteur Pokrovski sur ce sujet. L'auteur trouve le système d'éducation classique en vigueur aujourd'hui en Russie insuffisant et défectueux à tous points de vue. Il ne diffère pas sensiblement de ceux des autres pays d'Europe; sans entrer dans la discussion des programmes, l'auteur voudrait que le temps indispensable aux études ne dépassât, en aucun cas, sept ans; que les certificats délivrés par les gymnases classiques ou réels pussent donner directement accès dans les Universités; que les classes fussent moins longues, les devoirs moins nombreux; que les parents fussent tenus régulièrement au courant de l'instruction de leurs enfants; que les médecins des écoles, lycées, séminaires eussent une situation mieux définie, une influence plus réelle; qu'ils eussent voix délibérative dans tous les conseils chargés de discuter les questions pédagogiques, dans toutes les commissions s'occupant de l'hygiène et de la prévention des maladies contagieuses.

A une des dernières séances de la Société des médecins de Saint-Pétersbourg, le docteur Bunge a relaté ses souvenirs d'un séjour de cinq ans, de 1882 à 1886, dans la Sibérie orientale. Le pays, dont l'étendue est de trois millions

ostosées, il s'est trop vite réduit au strict minimum. Le trajet est tapissé d'une fausse membrane calleuse, rigide, parfois même tuberculeuse. Rien de tout cela n'est au-dessus des ressources de la chirurgie courante. Sans peine on agrandit l'ouverture cutanée; on modifie la paroi par le grattage, les cautérisations, les injections au chlorure de zinc.

Mais ce n'est pas tout, les côtes qui enserrent l'incision sont nuisibles. Par leurs hyperostoses elles la rétrécissent. Elles ont encore le défaut de créer en ce point au trajet morbide une paroi rigide, impropre à tout accolement. En en réséquant une, deux, on se fera du jour, on assurera l'écoulement des liquides et on favorisera l'affaissement de la fistule.

Cette opération, fort ancienne, est très facile, très bénigne. Faite en même temps que l'empyème, elle semble présenter de grands avantages, éviter un certain nombre de fistules. Aussi la voyons-nous préconisée, dans ces circonstances, par Sédillot, par Reybard. De nos jours cette pratique a été généralisée par Kœnig, et elle est adoptée, en tous pays, par beaucoup de chirurgiens.

N'insistons pas davantage sur ces fistules simples, dont le diagnostic est aisé par le cathétérisme, dont le traitement se fait à peu de frais. Passons à l'étude des fistules avec cavité.

III

Il est indispensable d'entrer dans des détails précis de physiologie pathologique, de se bien remémorer les causes anatomiques, qui tantôt permettent l'oblitération de la cavité, tantôt, au contraire, assurent sa permanence.

Supposons une pleurésie séreuse vulgaire. A mesure que le liquide s'épanche, le poumon obéit à son élasticité naturelle et se rétracte vers la gouttière costo-vertébrale, dont maintenant on évacue ce liquide par la ponction aspiratrice. Sollicité par la pression négative intra-pleurale, dilaté en outre par la pression atmosphérique qui, positive, pèse à l'intérieur des bronches, le poumon revient au contact de la paroi.

Dans la pleurésie purulente, la ponction simple ne convient qu'à certains cas spéciaux. On doit pratiquer l'empyème. Le pneumothorax, alors inévitable, change du tout au tout les conditions. Il ne saurait plus être question de la pression intra-bronchique, annihilée par la pression intra-pleurale, également positive. Quant à la dilatation inspiratoire, comme l'air trouve large accès par la plaie pariétale, elle ne produit, à chaque mouvement, qu'une velléité d'expansion. M. Le Fort pense même, à cause de cela, que l'on a tort d'assurer par les drains une béance constante de l'incision. Aussi conseille-t-il de les boucher dans l'intervalle des pansements, de façon à rendre à l'inspiration son efficacité.

Même ainsi, il ne semble pas qu'on soit en droit de compter toujours sur cette action. Mais les adhérences costo-pulmonaires ont un rôle plus important. Ces adhérences peuvent résulter des premiers phénomènes inflammatoires. Mais il est permis de croire que la plupart du temps elles préexistent à la pleurésie. Qu'un épanchement survienne, elles fixeront le poumon à un ou plusieurs points de la paroi. Elles s'enflammeront comme le reste de la plèvre, s'infiltreront d'éléments embryonnaires. Puis viendra la période d'inflammation chronique; la rétraction inodulaire les raccourcira et elles seront ainsi un agent puissant de la dilatation pulmonaire. Par malheur, elles rencontreront trop souvent un obstacle sérieux.

Dans les cas de pleurésie purulente, en effet, le poumon ne possède bientôt plus qu'un pouvoir d'expansion limitée, nul même, enserré qu'il est dans la plèvre viscérale épaissie, indurée. Et l'inflammation a dépassé les limites de la séreuse pour pénétrer dans le viscère qu'elle transforme en une masse scléreuse. Ce processus, bien étudié par M. Brouardel en 1872, a reçu de M. Charcot le nom de pneumonie chronique pleurogène.

Bref, le poumon atrophié est devenu incapable de reprendre son volume normal. La guérison est possible encore : la paroi costale va faire le chemin. Laennec a démontré le fait depuis longtemps. Indiquons-en le mécanisme.

On a invoqué la pression atmosphérique, l'action des muscles périthoraciques, les pansements compressifs, pour expliquer cet affaissement de la paroi. En réalité, tout dépend de la rétraction inodulaire. Les adhérences, d'abord, épuisent sur la paroi thoracique leur force de rétraction, à laquelle le poumon sclérosé fournit un point d'appui. En même temps, toute la plèvre pariétale, épaissie et enflammée, se rétracte elle aussi.

Alors le diaphragme s'élève, tandis que le côté sain du médiastin empiète sur la cavité suppurante. Les arcs costaux s'abaissent, s'imbriquent, s'affaissent. Tout le côté malade se rétrécit, s'incurve et s'aplatit, tandis que le rachis se plie vers lui, en une scoliose acquise dont la convexité est tournée vers le côté sain.

---

et demi de verstes, superficie presque équivalente à celle de toute la Russie d'Europe, est remarquable par les différences énormes de température correspondant aux saisons; les étés sont assez chauds pour qu'on puisse cultiver les pastèques. Au delà du 64e degré de latitude nord, l'auteur a noté 34 degrés au-dessus de zéro. Le froid est épouvantable en hiver dans les régions éloignées de la mer. Le 16 novembre 1884, on vit, à Verkhoiansk, 56 degrés au-dessous de zéro; il y aurait eu, l'année suivante, 66 et même 74 degrés. Des voyageurs ont dit qu'à ces températures la respiration devient difficile et s'accompagne d'une vive sensation de douleur dans la poitrine. Jamais M. Bunge n'a éprouvé rien de pareil. Les habitants du pays, qu'il a interrogés, lui ont tous affirmé qu'au moment des grands froids, ils respirent sans plus de difficulté qu'à une autre époque. Les deux maladies communes dans la contrée sont la syphilis et la variole.

Il y a vingt-cinq ans, tout au plus, la première faisait, parmi les indigènes, des ravages si formidables que l'administration s'émut et envoya des médecins spécialistes munis des pouvoirs nécessaires pour enrayer la diffusion de la maladie; leur intervention n'a pas été inefficace; le nombre des formes graves est notablement moindre qu'il ne l'était alors. En revanche, la variole, dont on trouve constamment des cas sporadiques, fait de nombreuses victimes. La vaccine est à peu près inconnue ou plutôt les indigènes s'en défient.

Lors de l'épidémie de 1883, il y eut, dans certains villages, une mortalité de 60 pour 100; les Russes restèrent indemnes. L'auteur n'a jamais vu de rage humaine. Les Iakoutes, éleveurs et pâtres, ont des chiens en grand nombre; un vétérinaire exerçant depuis longtemps en Sibérie lui a affirmé que beaucoup deviennent enragés, mais ni lui ni personne n'a jamais entendu dire que leur mal ait été transmis à l'homme; on ne croit même pas à la possibilité d'une pareille communication.

La souplesse de la paroi thoracique joue donc un rôle considérable. La jeunesse du sujet est, par conséquent, une excellente condition. Il ne faut pas oublier, par contre, que dans les vieilles pleurésies purulentes les cartilages costaux irrités subissent souvent une ossification précoce très fâcheuse.

Le raisonnement fait concevoir tout de suite qu'il y a des limites à cet affaissement de la paroi thoracique, lorsque le poumon n'y met pas du tout ou pas assez du sien. Souvent donc une cavité persistera. Aussi bien avons-nous vu que la fistule permanente termine à peu près un quart des pleurotomies.

Des notions pathogéniques que nous venons d'exposer résulte tout d'abord que l'évacuation précoce, avant la naissance de la pneumonie pleurogène, est la vraie méthode de traitement de la pleurésie purulente. On peut obtenir ainsi, chez les enfants surtout, des guérisons d'une rapidité surprenante.

Mais laissons là le traitement préventif de la fistule et venons au traitement curatif.

IV

Il y a fistule, avons-nous dit, parce que l'expansion pulmonaire et la dépressibilité pariétale ayant fourni tout ce dont elles sont capables, le poumon et la paroi ne sont cependant pas encore au contact. Les côtes sont l'obstacle au progrès; supprimons les côtes dans l'étendue de la cavité suppurante, et la paroi désossée, assouplie, pourra se prêter à l'affaissement désiré.

Ce raisonnement semble avoir été fait en 1869 par Simon, dans une opération publiée en 1876 par Peitavy. Letiévant l'a soumis en 1875 à la Société de chirurgie, qui lui fit assez grise mine; il passa outre et l'appliqua deux fois, ainsi qu'il appert d'une lettre lue par M. Monod en 1884. En 1874 même, M. Gayet (de Lyon) en avait dit autant et avait inspiré à son élève Chabalier une thèse qui scandalisa la traditionnelle Faculté de Montpellier. « Eh quoi! aurait dit un des juges, pour faciliter le retrait de la paroi thoracique, M. Gayet irait jusqu'à réséquer une côte, deux côtes, trois côtes? — Oui, monsieur le professeur, répondit Chabalier, quatre s'il le fallait. »

Il est certain cependant que ces exemples n'avaient pas été suivis, que si la mobilisation artificielle de la paroi thoracique s'est vulgarisée, c'est à l'impulsion d'Estlander qu'elle le doit. Estlander, d'autre part, et son élève Homen ont insisté sur le mécanisme de la guérison. C'est la rétraction de la plèvre, de la plèvre pariétale surtout, qui y joue le principal rôle. Si nous insistons sur ce point, c'est que certains chirurgiens semblent avoir oublié que c'est là le principe essentiel de l'opération.

Telle est la théorie. Le manuel opératoire n'est pas bien compliqué.

Le malade sera d'abord soumis au chloroforme. L'anesthésie, vu l'état aléatoire de la respiration, a bien donné quelques alertes, mais pas d'accident sérieux. Pour mettre à nu les côtes, divers procédés ont été proposés. Estlander, Saltzmann, font une incision parallèle à un espace intercostal et par là libèrent les deux côtes adjacentes; puis ils recommencent, suivant le besoin, au-dessus ou au-dessous de l'incision première. M. Bouilly conseille de relever un lambeau en U à convexité inférieure, passant par la fistule. Le professeur Trélat s'est demandé s'il ne vaudrait pas mieux, par une incision en H, dont la fistule occupe le milieu, dessiner deux lambeaux, qu'on écarte dans le plan vertical. D'autres ont préféré écarter ces volets dans le plan horizontal et ont disposé verticalement la branche moyenne de l'H. Ailleurs, incision en T ou en ⊥. A M. Marc Sée, enfin, suffit une incision verticale, dont les lèvres sont fortement rétractées.

Les côtes une fois découvertes, on sectionne en long leur périoste, on les dénude et on pratique la résection sous-périostée. Cela permet d'éviter presque à coup sûr l'artère intercostale. Le seul point délicat est de sectionner la première côte dénudée. Nous avons dit, en effet, combien ces arcs osseux sont imbriqués. Le passage d'une pince, d'une scie, est malaisé. De plus, il y a très souvent une hyperostose volumineuse et dure.

Nous parlerons plus tard de la manière dont il faut traiter la plèvre. Bornons-nous, pour en finir avec la technique, à dire qu'on met un drain dans l'orifice de la plèvre et parfois un autre dans une contre-ouverture déclive; l'on fait une injection à l'acide salicylique, au chlorure de zinc, etc. (l'acide phénique expose à l'intoxication). Les incisions cutanées sont suturées par-dessus un drainage superficiel. Tout cela étant fait avec la plus stricte antisepsie, la réunion immédiate est la règle. Les jours suivants, on est à peu près d'accord pour ne renouveler les lavages qu'en cas d'indications spéciales fournies par la température et la rétention purulente.

Malgré des désossements parfois énormes, les suites de

La *Voix*, de Kiev, du 3 janvier 1887, parle d'un nouveau procédé de chantage appliqué à l'égard d'un pharmacien. Un mauvais drôle, le nommé Sérigo, Grec d'origine, qui entre autres métiers avait exercé celui d'élève irrégulier ou de garçon de laboratoire dans une pharmacie, s'adjoignit un paysan appelé Didousenko. Ayant été consulter séparément un médecin pour des affections différentes ils avaient obtenu des ordonnances correspondant aux accidents dont ils se plaignaient. Pour Didousenko, c'était un collyre au sulfate d'atropine; pour Sérigo une solution faible d'acide chlorhydrique. Les prescriptions exécutées, les deux galants changent habilement les étiquettes des flacons et les referment; Sérigo se fait une instillation d'atropine et court chez le pharmacien sa bouteille à la main, lui déclarant qu'il s'est sûrement trompé, qu'aussitôt la première dose du médicament prise, il a éprouvé une série d'accidents, qu'il n'y voit plus, etc. Son complice arrive un peu après et raconte qu'il lui est impossible de se servir de son collyre; qu'il le brûle comme du feu. Tous deux menacent de faire un esclandre, de prévenir la police si le pharmacien ne s'empresse de les désintéresser. On ne sait trop comment ce brave homme eut vent de la supercherie, toujours est-il qu'au lieu de payer il dénonça les ingénieux industriels. Le tribunal de Kiev les a traités sévèrement: Sérigo a été condamné à six mois de prison et cinquante roubles d'amende; son complice en sera quitte pour quatre mois.

A la Société des médecins de Saint-Pétersbourg (séance du 21 janvier) M. Théodorov a fait une communication sur l'hygiène et l'alimentation des moines de Solovetski. Voici leur menu :

1° Ragoût de morue froide au kvass, radis, oignons;

2° Soupe aux choux bouillie au gruau d'orge ou d'avoine, turbot, podboltka (sorte de potage farineux);

3° Morue sèche aux pommes de terre, podboldka additionnée d'un peu de turbot;

l'opération sont, en général, fort bénignes. Il y a bien quelques rares décès par septicémie aiguë: MM. Bouilly et Vieusse en ont enregistré chacun un. Mais il s'agit là d'accidents qu'on peut, en somme, éviter. Il faut étudier aussi les perturbations mécaniques créées dans la respiration par de semblables délabrements de la cage thoracique. M. Berger a vu deux malades succomber en quelques heures à une asphyxie manifeste et à ce propos, devant la Société de chirurgie dès 1884 et devant le dernier Congrès, il a insisté sur les dangers qu'il y a à réséquer les côtes inférieures à partir de la dixième.

Il faut donc en revenir de l'innocuité absolue attribuée par M. Berger en 1883 à cette opération. Mais il faut ajouter que si pendant quelques années cette intervention a été un peu tenue à l'écart c'est surtout parce qu'on lui a reproché de n'avoir pas toujours été efficace. En 1883, sur 26 opérations, M. Berger comptait 10 succès, 5 améliorations, 7 insuccès et 4 résultats inconnus. Cela paraît provenir de ce qu'au début on n'obéissait pas à des indications suffisamment précises et l'on courait au-devant d'échecs qu'aujourd'hui on sait en partie éviter. Or, d'après les résultats publiés au Congrès, quelques indications assez nettes peuvent être formulées.

V

Il est d'abord absolument reconnu que M. Berger a fort bien fait, en 1883, de refuser l'intervention à un malade devenu albuminurique de par sa suppuration. Dégénérescence amyloïde, tuberculose pulmonaire notable ou en voie d'évolution quelque peu active, sont encore des contre-indications formelles. Trois fois M. J. Bœckel, au début, n'en a pas tenu compte, et trois fois il a eu à s'en repentir.

Mais parlons surtout de l'état local. Le point principal est de dépasser sans crainte les limites de la cavité tant en hauteur qu'en largeur. Il faut parfois enlever sept, huit, neuf côtes dans une largeur de 5 à 13 centimètres. On respectera, nous l'avons dit, les trois dernières. Quant aux deux premières, on ne les attaquera pas non plus, recouvertes qu'elles sont par des muscles épais et des vaisseaux importants. En outre, vu la disposition de l'épaule, leur résection ne permet que peu d'affaissement; Schneider, pourtant, a eu un succès en combinant la résection de la clavicule à celle de la deuxième côte.

On doit, en résumé, approprier l'opération à chaque cas particulier, faire une véritable thoracoplastie. Il est donc fort important de savoir à l'avance à quoi s'en tenir et par conséquent de déterminer avec exactitude la capacité et surtout la forme et le siège de la cavité, l'existence et la position des adhérences. A cela servent les injections, mais elles donnent souvent des renseignements trompeurs et peuvent provoquer des accidents nerveux graves. M. Le Fort a narré au Congrès l'histoire d'un homme ainsi atteint de paralysies motrices graves. Les faits de ce genre ont été bien étudiés par Maurice Raynaud, Vallin, Brouardel, Lépine. Il semblerait que la percussion et l'auscultation devraient être à peu près impeccables: elles ont conduit M. Berger à une intervention que contre-indiquait une sclérose totale du poumon, et pourtant personne ne contestera l'habileté médicale de MM. Debove et Joffroy.

En réalité, et M. Bouilly y insiste, on ne peut tirer de tout cela que des renseignements complémentaires. Avant tout, il faut explorer la fistule et la cavité avec de grosses sondes en étain, malléables, analogues à des béniqués. On mesurera ainsi dans toutes les directions. Non pas que l'on cherche, comme Homen, à établir par une formule mathématique la longueur et le nombre des segments osseux à enlever. Loin de là. Presque toujours on tombera sur une cavité plus grande qu'on ne le croyait, se prolongeant dans des directions non soupçonnées. De là des modifications impossibles à décrire. M. Championnière n'a-t-il pas dû réséquer deux côtes près de leur angle postérieur pour compléter une thoracoplastie antéro-latérale?

Mais on pourra savoir si la cavité remonte sous les deux premières côtes; si elle s'étend loin en arrière et en bas; si, libre d'adhérence, elle est constituée par un pneumothorax total. Autant de conditions qui parfois arrrêteront le chirurgien, qui en tout cas l'empêcheront d'espérer plus qu'une amélioration.

L'expansion possible du poumon est chose des plus favorables. De là le succès brillant dans deux cas où, après une pleurésie traumatique, l'intervention a été rapide. Pour Homen, on réussit d'autant mieux que la pleurésie a été traitée par un empyème plus précoce. A cela on répond par les cas heureux d'Estlander, de Langenbeck, de Bouilly où les fistules résultaient de la simple ponction ou même étaient spontanées (Estlander, Bouilly, Saltzmann).

Lorsque la poche suppurante est trop vaste, la rétraction pleurale ne peut plus suffire. Alors Max Schede a conseillé de réséquer la plèvre pariétale et de laisser le lambeau musculo-cutané retomber sur le poumon. M. Ehrmann (de

---

4° Gruau au lait, les jours ordinaires, à l'huile, les jours maigres.

Le dîner se compose des trois premiers services, plus les restes de la morue du matin. Tel est le repas des moines pendant 278 jours de l'année; il n'est modifié qu'aux fêtes, trop rares et trop espacées pour que ces changements puissent exercer aucune influence en bien ou en mal. Comme le fait remarquer M. Théodorov, cette nourriture est grossière et abondante; malgré l'absence des condiments, elle est irritante à cause de la place considérable qu'y tient le poisson salé, mais suffit pourtant à entretenir la vie et à conserver la santé chez les gens dont les fonctions digestives s'exécutent régulièrement. Ce n'est pas le cas pour tous : dans la plupart des couvents la proportion annuelle des malades atteint parfois le quart de la communauté; les catarrhes gastro-intestinaux prédominent. On ne rencontre pas le scorbut, c'est extraordinaire, car dans les postes militaires où l'on donne une alimentation plus variée et meilleure, il n'est pas rare. Il faut dire que la règle n'est point assez rigoureuse pour qu'il soit interdit aux religieux d'améliorer un peu le régime du réfectoire; entre le déjeuner et le dîner, les offices et les exercices de piété, il y a des lunchs dont la cantine du monastère fournit les éléments. Malgré le vœu de pauvreté imposé au clergé régulier par l'église grecque comme par l'église catholique, les cénobites possèdent des rentes annuelles, variant entre trois et quatre-vingt-dix roubles, grâce à cela ils peuvent ajouter à la morue sèche du gâteau au riz, une sorte de bouillabaisse au poisson frais, du thé, des épices et quelques boissons alcooliques. La règle est indulgente; les salaisons entretenant une soif inextinguible l'infusion de thé et le kwass sont les produits alimentaires dont on fait la plus grande consommation après le pain. Un pareil régime est loin de la perfection; mais comme l'auteur le remarque, si on le compare à celui des paysans des gouvernements d'Akkangelsk, de Simbirsk et de Mohilev, il représente un

Mulhouse) a fait à la plèvre une incision verticale et a pu alors la refouler dans la profondeur ; enserrées dans du tissu sclérosé, les artères intercostales n'ont pas fourni de sang.

Ces interventions diffèrent absolument, dans leur principe, de l'opération d'Estlander. Ici, affaissement immédiat; là, affaissement progressif, par rétraction. M. Delorme, cependant, ayant vu que, *sur le cadavre*, l'affaissement par résection costale ne peut pas aller à plus de 4 centimètres de profondeur, en conclut que, passé cette limite, les cavités suppurantes ne pourront s'oblitérer par la seule résection costale, qu'il faudra alors inciser verticalement la plèvre et la refouler. Le fait est possible, mais il ne conduirait à rien moins qu'à la négation du principe même de l'opération.

Jusqu'à plus ample informé, pourtant, nous continuerons à nous fonder sur la rétraction pleurale. C'est encore elle qui va nous fournir l'indication sur le moment où l'on doit opérer. Il faut d'abord ne pas intervenir tant qu'on a l'espoir d'une guérison spontanée. On attendra donc que la cage thoracique soit stationnaire dans sa déformation, que la cavité cesse de diminuer et fournisse une quantité à peu près fixe de liquide. Cela aura lieu, en moyenne, vers le quatrième ou le cinquième mois. Passé ce délai, malgré quelques rares observations, on est en droit de ne plus croire à la guérison spontanée. Mais il ne faut pas intervenir trop tôt, de six semaines à deux mois après la pleurotomie, comme on l'a dit; la plèvre n'est pas assez épaissie, assez organisée; elle se rétracte mal et cela a conduit M. Weiss (de Nancy) à un échec.

Pour terminer l'étude des indications, signalons l'influence de l'âge. La souplesse de la cage thoracique importe à la réussite. Presque tous les succès sont fournis par des sujets âgés de moins de trente-cinq ans. Au premier abord, on croirait à l'efficacité toute spéciale de la thoracoplastie chez les enfants. Mais M. Ollier a opposé à cette pratique un argument sérieux ; la cage thoracique, surtout si on enlève l'extrémité antérieure des côtes, subit un grave arrêt de développement et la déformation ultérieure est trop considérable pour être bien supportée. C'est une question à étudier à l'aide d'observations précises. A ce point de vue il pourra être intéressant de suivre un enfant de quatre ans et demi, dont M. Duret (de Lille) a entretenu le Congrès.

VI

La guérison est assez souvent lente; une fistule peut persister pendant plusieurs mois, puis guérir sous l'influence d'un traitement local bien dirigé et d'un traitement tonique. La thérapeutique médicale est importante chez ces sujets souvent débilités ; en 1882, un des opérés de M. Bouilly semble bien avoir dû non seulement la guérison locale, mais même la vie à la suralimentation, dont M. Bouilly nous a chargé alors que nous venions d'être l'interne de M. Debove.

Lorsque au lieu d'une simple fistule il subsiste une vraie cavité, il ne faut pas trop tarder à faire une seconde intervention. On arrive ainsi à se convaincre que les insuccès relatifs tiennent, pour beaucoup, à une opération timide. D'autant plus qu'il faut aller vite: bientôt la régénération osseuse survient, rend à la paroi sa rigidité. Aussi, dès 1884, MM. Monod, Chauvel, proposaient-ils de disséquer le périoste après avoir enlevé les côtes. MM. Ollier et Levrat sont revenus à la charge devant le Congrès.

Les statistiques communiquées au Congrès de chirurgie par MM. Thiriar, Bouilly, J. Bœckel, prouvent que la thoracoplastie, bien comprise et bien exécutée, rend de grands services. Sur treize malades, M. Thiriar compte une mort de pleuro-pneumonie; onze guérisons radicales ; une persistance d'une petite fistule. Sur douze sujets, M. Bœckel en a perdu trois que, cachectiques et tuberculeux, il n'aurait pas dû opérer; sept ont guéri et deux ont gardé une fistule. Sur treize patients, enfin, M. Bouilly note deux morts après opération; une mort tardive, faute d'une seconde opération; deux fistules (dont une assez récente) et huit guérisons définitives.

En se conformant aux diverses règles que nous venons d'énoncer, en tenant compte des cas heureux publiés ces jours derniers par MM. Vieusse (de Toulouse) et Fauvel (du Havre), on constate donc que la thoracoplastie est en meilleure voie qu'il y a quatre ans.

Le temps, en effet, était nécessaire pour juger la question. N'a-t-on pas vu une fistule se tarir au bout de onze mois? N'a-t-il pas fallu maintes fois opérer le même sujet à deux ou trois reprises? En suivant avec soin les malades, on est arrivé aux résultats que nous venons de résumer. Ils sont tout à faits probants, car ils comportent la statistique intégrale de trois chirurgiens; ils se fondent donc sur la seule bonne statistique.

A. Broca.

---

idéal qui ne sera probablement jamais atteint dans ces pays.

Le tribunal correctionnel de Kharkov s'est prononcé dans sa séance du 2 janvier dernier sur une plainte portée par un des chefs de la Clinique thérapeutique de l'Université, le docteur Clementiev, contre le rédacteur d'un des journaux de la ville, M. Josefovitch. Dans un numéro antérieur, la feuille en question (le *Pays méridional*) avait fait un récit fantaisiste d'une scène dont une des salles de la Clinique aurait été le théâtre. M. Clementiev jouait un vilain rôle dans ce petit drame : un médecin malade et traité dans le service fumait au moment de sa visite du soir, il l'apostropha, le menaça de le faire rayer de la liste des élèves, alla si loin que le pauvre diable voulait quitter l'hôpital et n'y resta que sur les instances des étudiants présents; le résultat le plus clair de l'intervention du chef de Clinique fut une aggravation dans son état. L'émotion soulevée par cet article fut assez vive pour que le Recteur de l'Université chargeât le professeur Obolenski de faire une enquête sur les faits. Le fond était vrai, l'observation avait été faite, mais dans des termes tels que ni celui qui l'avait reçue ni personne ne l'avaient trouvée blessante; la désolation du malade, l'intervention des étudiants, l'aggravation tout cela était pure invention du journaliste à court de copie; la Russie est un mauvais pays pour ceux qui font preuve de trop d'imagination. Le tribunal a déclaré le rédacteur du *Pays méridional* coupable de diffamation par voie de la presse et l'a condamné à trois mois de prison; c'était beaucoup pour un article dont le fond était vrai.

En règle générale les juges de Russie n'ont pas la main légère; le public médical est encore sous le coup de l'impression pénible produite par la condamnation du docteur Dreipelcher à Saint-Pétersbourg, le 12 janvier. Ce médecin, attaché à la division de la police de l'hôpital Obovkhovski, était de garde le 23 décembre 1885 lorsqu'on amena une pauvre vieille phthisique sans asile; la

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Salpingite tuberculeuse a forme kystique (1), par M. le docteur Jeannel, professeur à l'École de médecine de Toulouse.

Il s'en faut encore de beaucoup que toutes les formes cliniques des affections des trompes soient bien étudiées. L'anatomie pathologique, plus avancée que la clinique, reconnaît cinq variétés de salpingites, très nettement décrites par M. le professeur Cornil, dans un rapport récent à l'Académie de médecine, à savoir :

1° La salpingite catarrhale végétante ;
2° La salpingite purulente ou pyo-salpingite ;
3° La salpingite hémorrhagique ou hémato-salpingite ;
4° La salpingite tuberculeuse ;
5° La salpingite blennhorragique.

Mais si les différentes variétés de salpingite et si les salpingites elles-mêmes peuvent être facilement reconnues sur la table de l'amphithéâtre, il n'en est assurément pas de même au lit du malade, au moins pour certaines formes de la maladie.

Le plus fréquemment la salpingite est soupçonnée sinon affirmée par le chirurgien, mais la distinction reste difficile et hypothétique entre les différentes variétés. Quelquefois même le kyste de la trompe prend un tel accroissement qu'il est aisément sinon forcément confondu avec un kyste ovarien. C'est pourquoi il y a évidemment intérêt à relater toutes les observations et principalement celles où le diagnostic n'a pu être fait sur le vivant.

J'apporte une observation de salpingite tuberculeuse qui simulait un kyste de l'ovaire et qui fut considérée et opérée comme telle. Le diagnostic ne fut définitivement établi qu'après examen de la pièce. D'ailleurs, en dehors de l'intérêt spécial du fait au point de vue de la difficulté du diagnostic, je pense que le cas que j'ai traité prête également à des considérations intéressantes, en ce qui concerne la pathogénie de la tuberculose des trompes et les indications opératoires qu'elle comporte.

Voici le fait :

Obs. *Pyo-salpingite tuberculeuse prise pour un kyste de l'ovaire; extirpation; récidive de l'abcès tuberculeux; tuberculose pulmonaire; mort tardive.* — Une domestique de vingt et un ans, O... (Joséphine), célibataire, était entrée le 2 mars dans le service de la clinique chirurgicale de l'hôpital de Toulouse, salle Saint-Vincent, n° 31, où je la trouvai, le 15 mars, lorsque je pris la direction du service.

Réglée à dix-sept ans sans accidents aucuns, elle eut un enfant à dix-neuf ans. Les couches furent faciles, mais elle eut un abcès du sein qui guérit, après incision, assez lentement. Rien n'autorise à affirmer qu'elle ait eu, à un moment donné de son existence, une vaginite blennorrhagique, mais c'est une fille de mœurs faciles, et assurément peu embarrassée dans le choix de ses amants.

Elle ne dit rien sur ses ascendants.

Elle n'avoue aucun antécédent pathologique personnel.

Elle raconte qu'en juin 1886, sans cause connue, sans qu'aucun trouble soit survenu dans sa menstruation, elle s'aperçut qu'elle portait une petite tumeur dans le côté gauche. Peu après, cette tumeur, augmentant progressivement de volume, devint le siège de violentes douleurs qui s'étendirent du côté droit.

Ces douleurs revenaient par crises, déterminaient des attaques de nerfs, mais pas de vomissements.

Les fonctions digestives n'étaient pas troublées.

Au bout de trois mois, le calme se rétablit, c'est-à-dire que les douleurs cessèrent, mais la tumeur n'en continua pas moins à augmenter de volume et atteignit peu à peu sans incident le volume qu'elle offre aujourd'hui.

Du reste les règles ne se modifièrent ni ne manquèrent pas un seul mois ; aucune perte ne survint dans l'intervalle des époques.

La malade ne maigrit pas, mais elle devint nerveuse ; son caractère, déjà bizarre, accentua ses bizarreries.

L'appétit resta bon et les fonctions intestinales ou urinaires normales.

Actuellement O... (Joséphine) est une forte fille, nerveuse, mais d'un embonpoint très normal et ne paraissant pas le moins du monde gravement atteinte. Elle porte dans le ventre une tumeur du volume et de forme d'un utérus, gros de sept mois.

Cette tumeur remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic; elle est médiane, régulièrement ovoïde, à petite extrémité, dirigée en bas et plongeant dans le petit bassin. Elle est régulière, dure, élastique, offre une fluctuation obscure, mais positive. Elle est peu mobile, mate et environnée d'une zone sonore en haut et de chaque côté.

La peau n'est pas sillonnée de veines. La ligne blanche est brune; l'ombilic est normal.

Les dimensions de l'abdomen sont les suivantes :

De l'ombilic au pubis, 0m,18 ; à l'appendice xyphoïde, 0m,16, soit 0m,34; de l'appendice au pubis : de l'ombilic à l'épine iliaque gauche, 0m,21 ; à l'épine iliaque droite, 0m,19. Périmètre total au niveau de l'ombilic, 0m,82. Le toucher vaginal conduit sur une tumeur hémisphérique remplissant le fond du vagin, sans être profondément enclavée dans le petit bassin. Cette tumeur est surtout saillante du côté gauche. Sur la tumeur, ou plutôt sous la tumeur, est couché l'utérus. Le col regarde en arrière et à droite; il est dur, conique, se continue avec un corps utérin placé en avant derrière le pubis ; la totalité de la matrice est mobile sur la tumeur et ne fait assurément pas corps avec elle. Le cathétérisme utérin est pra-

(1) Travail communiqué au Congrès de Toulouse de l'Association française pour l'avancement des sciences, 24 septembre 1887.

---

division n'a pas de salle pour les femmes atteintes de maladies chroniques. M. Dreipelcher la fit conduire en voiture par un employé à la salle de réception la plus proche : on ne voulut pas la recevoir parce qu'elle n'était pas du quartier. Il faisait un froid terrible ; après de nouvelles courses infructueuses, on finit par obtenir l'admission d'urgence dans un service ; mais à ce moment elle n'avait plus ni respiration, ni pouls, les membres étaient déjà raides ; elle succomba en quelques minutes. L'autopsie ne montra pas autre chose que les lésions ordinaires de la phthisie pulmonaire au quatrième degré. Ce fait déplorable indique que l'organisation des secours médicaux laisse à désirer à Saint-Pétersbourg ; mais il fallait un coupable, tout est tombé sur le docteur Dreipelcher. Malgré les observations qu'il a faites sur l'impossibilité de recevoir la malade, sur l'absence de matériaux, d'aides pour donner les soins que l'on donne dans les salles de réception ordinaires, le tribunal a déclaré qu'il avait outrepassé ses pouvoirs, que cet abus d'autorité avait eu des conséquences graves pour la personne qui l'avait subi et en conséquence l'inculpé, qui appartient à l'administration, a été privé de ses droits civils et condamné à un séjour de trois ans dans le gouvernement d'Arkhangelsk. La plupart des sociétés médicales de Saint-Pétersbourg et même de la province protestent contre cette dure sentence.

Dr L. Thomas.

tiqué; l'hystéromètre flexible, fortement incurvé avec concavité antérieure, pénètre sans difficulté d'une longueur de 6 centimètres et demi.

Le toucher rectal n'apprend rien; il atteint la tumeur qui comble le cul-de-sac de Douglas et remplit le détroit supérieur. On ne perçoit pas de fluctuation entre une main abdominale et un doigt vaginal ou rectal.

Le 20 mars, la malade fut endormie par le chloroforme et l'exploration fut renouvelée. La tumeur prit une souplesse et une mobilité plus grande; la fluctuation fut facilement sentie dans tous les sens, si bien qu'il devint assuré qu'il s'agissait d'un kyste uniloculaire. D'ailleurs aucun diagnostic précis ne me parut possible à formuler. J'éliminai l'idée d'une grossesse, parce que les règles persistaient, parce qu'aucune modification n'existait du côté des seins, parce que la grossesse aurait aujourd'hui atteint son dixième mois (âge d'une grossesse correspondant au volume de la tumeur) et que le fœtus devrait être alors facilement reconnaissable à l'auscultation, au palper et au toucher; parce qu'enfin le cathétérisme avait bien démontré la vacuité de l'utérus.

Je repoussai l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine dont aucun signe n'existait. Quant à l'hypothèse d'un fibrome ou d'un kyste ovarien; un fibrome d'un semblable volume n'occasionnant aucun phénomène utérin, aucun trouble menstruel, serait bien extraordinaire; l'utérus ne serait pas ainsi repoussé et couché sur le flanc inférieur de la tumeur; la tumeur ne serait pas aussi régulière; elle aurait débuté sur la ligne médiane. Enfin et surtout la fluctuation bien sentie pendant la résolution chloroformique ne pouvait appartenir à un fibrome qu'en admettant la présence d'un grand kyste au sein de celui-ci.

Un kyste ovarique était possible; le point de départ latéral, l'indifférence de l'utérus et des seins, la persistance des règles, la fluctuation et la régularité de la tumeur plaidaient pour cette hypothèse. Mais il s'agirait d'un kyste uniloculaire développé derrière l'utérus, dans le repli de Douglas et aussi dans le ligament large, kyste tendu et à parois épaisses, par conséquent qui n'aurait pas le parovarium pour origine.

J'avais tendance à adopter cette dernière opinion sans toutefois être pleinement satisfait; la tumeur n'offrait pas en effet les caractères ordinaires d'un kyste ovarien; sa forme ovoïde, sa régularité, sa tension, son immobilité, sa consistance uniforme inspiraient des doutes; son accolement intime à la paroi abdominale permettait en tout cas de prévoir de nombreuses adhérences.

Le 28 mars j'opérai, assisté de M. le professeur Charpy, de M. Vieusse, médecin-major, et de mes internes.

La chloroformisation est facile. Précautions d'usage. Incision de 10 centimètres environ, commençant 4 centimètres audessous de l'ombilic. Le kyste est rapidement découvert. L'épiploon étalé au-devant de la tumeur à la partie supérieure lui adhère intimement et adhère aussi à la paroi abdominale.

Les adhérences de la tumeur elle-même à la paroi sont complètes, mais assez facilement détachées. Je les détache sur une étendue de 2 ou 3 centimètres autour de l'incision. Je ponctionne le kyste. Deux litres d'un liquide blanc laiteux analogue à du pus, mais sans odeur, sont évacués.

L'écoulement s'arrête, bien que le kyste ne soit pas encore entièrement vidé. Je retire la canule et je ferme l'orifice à l'aide d'une pince à kyste. J'entreprends alors méthodiquement l'énucléation. La poche adhère uniformément partout, à la paroi abdominale, à l'épiploon, à l'intestin, au cul-de-sac de Douglas, à l'utérus, au rectum, aux ligaments larges, au bassin. L'incision est agrandie de deux centimètres par en haut et par en bas, pour faciliter la manœuvre du détachement des adhérences, qui cèdent du reste assez aisément au grattage de l'ongle; tout ce qui saigne est pincé. Après un travail long, patient et plus ou moins pénible, surtout dans le bassin, j'arrive à détacher le kyste, de telle sorte qu'il ne tient plus que (en allant de droite à gauche) au ligament large droit, au fond de l'utérus, au ligament large gauche. Une adhérence intime à la paroi abdominale du côté droit vers l'épine iliaque dut être pédiculisée et sectionnée temporairement entre deux pinces en mordant sur la paroi du kyste. Je forme un premier pédicule avec l'adhérence au ligament large droit que je lie avec deux fils (cordonnets de soie) en chaîne.

L'adhérence au fond de l'utérus se continue avec l'adhérence au ligament large gauche; elle constitue évidemment le pédicule ou point d'implantation de la tumeur. Elle est divisée en deux gros pédicules inégaux, l'un du côté de l'utérus, l'autre du côté du bassin, de telle sorte que le ligament lui-même est divisé vers son milieu.

Le pédicule utérin est lié par trois fils en chaîne; le pédicule externe par deux fils en chaîne. Le kyste est enlevé.

L'adhérence à la paroi abdominale du côté droit, provisoirement pédiculisée dans une pince, est détachée au ciseau. Les débris d'adhérences flottantes sont liés et réséqués. En faisant ainsi la toilette de l'intestin, je constate que l'intestin, de même que les débris d'adhérences, et la paroi abdominale sont criblés de granulations blanches saillantes du volume d'un grain de mil, rappelant tout à fait le tubercule péritonéal.

L'ovaire et la trompe du côté droit étaient intacts; ils furent respectés.

Cinq litres d'eau filtrée bouillie et tiède sont passés dans le ventre pour le nettoyer, suivant la méthode vantée, à si bon droit, par M. Terrillon. L'eau revient claire. Ce qui ne s'est pas écoulé est bu par des éponges.

Sutures au crin de Florence. Pansement iodoformé et ouaté compressif.

L'opération avait duré deux heures vingt-sept minutes; pour soutenir l'opérée, trois piqûres d'éther furent faites pendant l'acte opératoire.

Deux heures après, la température est à 35°,5; on fait deux nouvelles injections d'éther.

A quatre heures du soir la température est à 36°,8; la réaction est bien faite. Pouls, 98.

A huit heures et demie quelques nausées, sans vomissements. Agitation; glace en pilules. Pouls, 108. Resp., 30. Temp., 36°,8.

A minuit, deux petits vomissements chloroformiques.

29 mars. — A quatre heures du matin, rien de nouveau.

A neuf heures, temp., 36°,8. Resp., 40. Pouls, 102.

A onze heures, l'opérée, tourmentée par la soif et bien agitée, se lève (en l'absence momentanée de la garde) pour aller boire de la tisane dans le pot de sa voisine. Aussitôt après elle a une syncope passagère.

A quatre heures du soir, temp., 37°,5. Pouls, 130. Resp., 35. Diarrhée abondante.

30 mars. — A une heure du matin, plusieurs vomissements.

A huit heures, vomissements jaune verdâtre, sans doute encore sous l'influence du chloroforme, car l'opérée va en somme très bien; quelques gaz ont été rendus par l'anus. L'opérée, qui était, il est vrai, déjà dure d'oreille, est aujourd'hui presque complètement sourde. Temp., matin, 38°,2; soir, 39°,8. Pouls, matin, 160; soir, 130. Resp., matin, 24; soir, 26.

Dans la soirée, temp., 37°,2. Pouls, 100. Émission de gaz nombreux.

31 mars. — Rien de nouveau à noter, plus de vomissements. Surdité. Alimentation par des potages.

1er, 2, 3 avril. — Même état, mais la température reste audessus de 38 degrés et atteint même 39°,3 le 3 au soir, sans qu'on puisse l'expliquer. Aucune douleur dans le ventre.

4 avril. — Premier pansement. Enlèvement des points de suture. La réunion est à peu près complète; au tiers moyen de l'incision, les lèvres de l'incision cutanée n'ont pas adhéré. Pansement iodoformé.

5 avril. — Miction spontanée. Temp., 38 degrés.

6 avril. — L'opérée demande à se lever; elle reste assise pendant une heure; le soir, grande fatigue. Temp., 38°,8. Nécessité nouvelle du cathétérisme.

7 avril. — Reçoit des visites dans la journée. Soir, fièvre et délire. Temp., 39°,3.

8 avril. — Temp., 39°,4. Douleurs dans les deux fosses iliaques. Constipation. Pansement. Un abcès à l'angle supérieur de la plaie. Agitation, subdelirium. Pupilles dilatées. Purgation qui dut être aidée par des lavements.

9 avril. — Amélioration. Temp., 38°,2 le matin; 39°,5 le soir. Le pansement est fait tous les jours; nouveau petit abcès superficiel au milieu de l'incision; les abcès sont lavés à l'eau phéniquée.

10 avril. — Temp., matin, 38 degrés; soir, 39°,9. Même état.

11 avril. — L'opérée recommence à uriner seule.

12 avril. — Un gros abcès profond s'est ouvert spontanément dans le tiers inférieur de l'incision; environ deux cuillerées de pus filant et de couleur foncée se sont écoulées; lavage de la cavité qui est rétractée; défervescence de la température; mieux sensible. Temp., matin, 37°,6; soir, 38°,2. Appétit.

Du 13 au 17 avril, élévation vespérale de la température (39 degrés); lavage quotidien de l'abcès. Appétit paresseux.

Du 18 au 21 avril, température aux environs de la normale

sous l'influence de prises d'acide salicylique; appétit toujours paresseux; forces languissantes, selles normales.

21 avril. — Temp., 39 degrés le soir.

22 avril. — Nouvel abcès cette fois-ci très profond, ouvert à l'angle inférieur de la plaie; la poche est située dans l'ancien foyer traumatique lui-même; elle reçoit un drain d'environ 10 à 12 centimètres qui s'engage du côté gauche.

A partir de ce jour, malgré des lavages antiseptiques quotidiens les plus variés, l'abcès profond n'a fait qu'augmenter de volume et que fournir une quantité toujours plus abondante de pus. Je voulus l'ouvrir par le vagin pour le drainer et le vider plus complètement; je ne pus trouver aucun point fluctuant où plonger le bistouri et il me déplaisait de pénétrer à l'aveugle de crainte d'ouvrir l'intestin ou la vessie.

L'opérée du reste devint tous les jours de plus en plus insupportable, insolente, bizarre, rebelle à tous conseils, si bien que je ne pus m'arrêter à l'idée d'ouvrir largement l'abcès par le ventre pour le nettoyer et le drainer convenablement, que je ne pus même pas songer à y pousser une injection d'éther iodoformé en raison de la douleur qu'elle provoquerait et que la malade n'était pas de nature à tolérer.

Chaque pansement, chaque lavage phéniqué simple était l'occasion de cris sauvages et de révoltes.

Bientôt du reste les sommets des poumons fournirent à l'auscultation des signes non équivoques de généralisation de la tuberculose aux poumons.

A plusieurs reprises je crus même à l'explosion d'une méningite tuberculeuse, qui pourtant ne vint pas.

Le 27 mai, la malade, dont l'abcès sembla momentanément amélioré, fut évacuée en médecine pour en débarrasser la salle où elle causait un désordre préjudiciable aux autres opérés.

Le 14 juin, elle fut envoyée aux incurables dans le service de M. Dupin.

Elle était alors extrêmement amaigrie et toujours dans le même état abdominal et thoracique.

Aux incurables, elle sembla un instant se remettre, mais bientôt la tuberculose reprit le dessus et la malade mourait le 1er août 1887 dans un état de maigreur squelettique sans qu'aucun phénomène digne d'être noté se fût produit.

L'autopsie fut pratiquée.

Je crois utile, avant de narrer les résultats de l'autopsie, de décrire d'abord le kyste enlevé lors de l'opération.

1° *Description de la pièce.* — Le kyste est constitué par une poche unique, d'une capacité d'environ 2 litres dans l'état de vacuité et de rétraction actuelles, à parois épaisses de près d'un demi-centimètre, dont la face externe est semée de petites papules grises, analogues à celles qui existaient sur l'intestin et les adhérences et qui sont des tubercules.

La paroi interne est tapissée de dépôts caséeux et fibrineux non adhérents et irrégulièrement distribués.

De chaque côté, à la partie inférieure de la poche on trouve, placées en diagonale de gauche à droite et d'arrière en avant, distantes l'une de l'autre d'environ 12 centimètres, deux surfaces tomenteuses de la largeur d'une pièce de cent sous, au centre de laquelle s'ouvre un orifice qui conduit dans un canal à parois épaisses et à lumière béante, d'environ un quart de centimètre ou un demi-centimètre de diamètre, lequel rampe d'abord dans l'épaisseur des parois de la tumeur pour s'en détacher bientôt.

Le canal, qui est situé à droite et en avant de la tumeur, se continue avec un conduit régulier perméable dans toute son étendue, rampant sur la face antérieure du segment inférieur du kyste, c'est-à-dire allant d'arrière en avant et se terminant par une section nette à lumière rétrécie. Il mesure environ 5 centimètres et va se rétrécissant jusqu'à son extrémité. L'épaisseur de la paroi est de 3 à 4 millimètres.

Le canal, qui est situé en arrière et à gauche de la poche, se continue avec un conduit de même aspect, mais dont la lumière mesure un demi-centimètre de diamètre. Après 2 centimètres de trajet le conduit est sectionné.

Le pédicule fait avec la portion la plus externe du ligament large avait été d'abord pris dans une pince à pédicule, puis lié en bonne place et raccourci. Dans la portion réséquée, on trouve attenant à un lambeau, qui n'est autre qu'une portion du ligament large lui-même, un conduit de 8 centimètres de longueur, perméable, semblable en tous points aux conduits abouchés dans le kyste. L'une des extrémités aboutit et adhère intimement à une masse fibreuse, soutenant de petits kystes, qui est un ovaire; l'autre est sectionnée, et la surface de section s'adapte exactement à la surface de section du canal appendu au kyste en arrière et à gauche.

La quantité de liquide recueillie au cours de l'opération est au maximum de 4 litres : 2 litres obtenus par le trocart; 2 litres contenus dans le kyste extirpé, sans compter la quantité qui s'est perdue. Ce liquide est du pus; je n'y ai pas trouvé de bacilles de la tuberculose.

Il est évident, en ce qui concerne la pièce, que les canaux qui s'abouchent dans le kyste sont des segments de la trompe. Celui de droite, le plus étroit et le plus court, est le segment utérin; celui de gauche, le plus large et le plus long, est le segment ovarien, accolé à l'ovaire par son pavillon. Le kyste n'est lui-même qu'une ectasie partielle de la trompe.

Il est remarquable que cette dilatation de la trompe sous forme de kyste soit ainsi brusque; certes toute la trompe est hypertrophiée en diamètre et en longueur, mais elle n'est pas noueuse et les deux segments régulièrement augmentés de volume, s'ouvrent sans transition, sans élargissement conique en pavillon de trompette, dans la cavité du kyste.

L'examen histologique révèle, dans la paroi du kyste, la constitution suivante. Pas de muqueuse ou plus exactement pas d'épithélium, ni de glandes reconnaissables sur la face interne; une couche de cellules embryonnaires irrégulièrement épaisse, puis une couche de tissu conjonctif enflammé, c'est-à-dire infiltré de cellules au sein de laquelle on trouve par-ci par-là quelques fibres lisses. A la limite externe de cette couche et sur la face externe du kyste on trouve des follicules tuberculeux. On trouve dans cette couches des bacilles de la tuberculose.

Il s'agit donc d'un kyste purulent c'est-à-dire d'un véritable abcès froid développé dans la trompe.

2° *Autopsie cadavérique.* — Cadavre dans un état d'émaciation extrême.

La cicatrice de la plaie abdominale bien fermée en haut est ouverte en bas par une fistule béante, dont l'orifice admettant le doigt, conduit dans le petit bassin.

Incision d'une épine iliaque à l'autre passant par l'appendice xyphoïde, formant ainsi, avec la paroi abdominale, un véritable tablier, qui est rabattu de haut en bas sur les cuisses.

Le grand épiploon adhère à la paroi abdominale dans toute son étendue, jusqu'au niveau de la cicatrice. Il adhère d'autre part au cæcum du côté droit. Il est sectionné au ras du côlon transverse.

Au-dessous, l'intestin est bien un peu congestionné, mais la malade avait eu de la diarrhée dans les derniers jours de sa vie; il n'existe pas trace de péritonite, les anses intestinales n'adhèrent pas entre elles; il n'existe pas non plus trace de tubercules, ni sur l'intestin, ni sur la paroi abdominale, ni sur l'épiploon.

En bas, vers les fosses iliaques de chaque côté l'intestin contracte avec la paroi abdominale et avec les fosses iliaques des adhérences d'abord celluleuses, qui vont s'épaississant de plus en plus. De même en bas et en avant jusqu'au pubis, sauf au niveau de la partie inférieure et moyenne de la cicatrice. En somme ces adhérences divisent la cavité abdominale en deux loges, la première supérieure où est logée la masse intestinale avec son péritoine intact; la seconde inférieure, constituée par la loge de l'abcès contenu dans le petit bassin et la fosse iliaque droite qu'il reste à décrire.

Si l'on déchire les adhérences qui unissent l'intestin à la paroi abdominale, on pénètre dans un gros abcès logé dans le cul-de-sac vésico-utérin plongeant du côté gauche de l'utérus à la place occupée par le ligament large gauche jusqu'au voisinage du vagin et du rectum. Du côté droit, cet abcès communique par un large trajet avec une poche secondaire développée au milieu de la fosse iliaque droite, sans doute au point où une forte adhérence du kyste avait été détachée au ciseau pendant le cours de l'opération. Cet abcès se prolonge en arrière vers la colonne vertébrale le long du psoas et bien entendu en dehors de lui; il s'arrête à 5 centimètres de la colonne.

Le cul-de-sac de Douglas est entièrement comblé par des adhérences qui unissent intimement le rectum à la face postérieure de l'utérus dans toute la hauteur de cet organe.

La paroi supérieure et la paroi postérieure de l'abcès sont formées par la masse intestinale réunie par des adhérences intimes et solides, infiltrées de granulations tuberculeuses. On trouve du reste les mêmes granulations sur toutes les parois de l'abcès.

Le foie adhère au diaphragme dans toute son étendue.

On y trouve quelques gros tubercules sur la face convexe.

La rate ni les reins n'offrent rien à noter.

Dans la poitrine, on trouve: des adhérences du sommet du poumon gauche à la paroi postérieure.

Une tuberculose discrète et relativement récente dans les lobes supérieurs des deux poumons. A la partie supérieure du bord antérieur du poumon droit existe un gros noyau hépatisé, du volume d'un œuf, au centre duquel est une caverne du volume d'une noisette; c'est la seule. Dans les deux lobes supérieurs les tubercules sont disséminés, ils sont gros comme un pois; quelques-uns sont caséeux.

Dans le crâne, rien à noter, sinon quelques adhérences des méninges au cerveau de chaque côté du sinus longitudinal; il n'existe pas de méningite tuberculeuse.

Je n'ai pas vu de tubercule à la base, ni dans le cerveau.

En résumé l'abcès froid avait récidivé, non pas dans la trompe qui n'existait plus, mais dans le foyer traumatique, qui était nécessairement resté tapissé de tubercules dans toute son étendue; la tuberculose s'était généralisée aux poumons et au foie, mais l'opérée était morte, comme on meurt à la suite des abcès par congestion, tuberculisée, mais surtout septicémiée.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 14 MAI 1888.

Sur le Batjentjor de l'Afrique tropicale occidentale et sur son principe actif, la Vernonine nouveau poison du cœur. Note de MM. *Edouard Heckel* et *F. Schlagdenhauffen*. — Il existe, assez abondamment répandue, sous le nom de *Batiatior* ou mieux *Batjentjor*, sur la côte occidentale d'Afrique, où son aire d'extension est considérable, une plante dont la racine est très en honneur auprès des indigènes et se vend couramment sur les marchés de Saint-Louis, du Sénégal, à titre fébrifuge.

Des échantillons authentiques et bien complets ont permis de rapporter avec certitude au *Vernonia nigritiana* la substance à laquelle ces deux auteurs proposent de donner le nom de *vernonine* et qui constitue l'unique principe actif de la racine, comme l'ont démontré les expériences physiologiques qu'ils ont entreprises. En effet, et ce sont là les conclusions mêmes de leurs recherches, la *Vernonia nigritiana*, contrairement à ce que son emploi thérapeutique pourrait permettre de supposer, est la première plante de la famille des Composées, contenant un principe actif comparable à la digitaline, à l'intensité d'action près. La toxicité de la *vernonine* est en effet quatre-vingts fois moins accusée, sous la même dose, que celle de la digitaline. Cette racine ne renferme pas d'émétine.

Expériences comparatives sur la respiration élémentaire du sang et des tissus. Note de MM. *Gréhant* et *Quinquaud*. — Ces expériences ont été faites les unes avec le sang seul, les autres avec du sang dans lequel on immergeait un certain poids de muscles frais. Le procédé expérimental employé est la même que celui qui a servi dans de précédentes recherches de MM. Gréhant et Quinquaud sur la respiration de la levure. Ils ont obtenu en opérant ainsi, sur le sang seul, de très petites différences, des dixièmes de centimètre cube pour l'acide carbonique produit et pour l'oxygène consommé, ce qui prouve que les phénomènes de respiration élémentaire dans le sang ont une très faible intensité; le sang ne respire presque pas.

Les choses se passent tout autrement si l'on ajoute au sang et à l'air un certain poids, 20 grammes de muscles frais de chien ; on obtient, dans ces conditions, au bout d'une heure d'agitation, 7 centimètres cubes d'acide carbonique et, au bout de deux heures, 13 centimètres cubes d'acide carbonique, volume à peu près double ; puis l'oxygène fourni par le sang et par l'air est absorbé en grande quantité ; au bout de deux heures, le sang devient noir, tandis qu'il reste toujours parfaitement rouge lorsqu'il est agité seul avec l'air dans les mêmes conditions.

Il résulte donc de ces expériences que le sang est simplement *un porteur d'oxygène* et que les globules sanguins, au point de vue respiratoire, se comportent autrement que les éléments des tissus.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

MM. les docteurs *Triaire* (de Tours) et *E. Duché* (d'Ouanne, Yonne) envoient l'exposé de leurs travaux scientifiques et de leurs titres à l'appui de leur candidature parmi les correspondants nationaux.

M. le docteur *Durand-Desmons* adresse son Rapport d'inspection des *services de l'enfance* dans le département de Seine-et-Marne en 1 87.

M. le do teur *Massina* (de Vernet-les-Bains, Pyrénées-Orientales) envoie un mémoire manuscrit sur *l'alimentation des nourrices en vue de la production du lait.*

M. le docteur *Famechon*, médecin-major de 2e classe, adresse un *Rapport* manuscrit sur *les vaccinations et les revaccinations* qu'il a pratiquées au 104e de ligne en 1886-1887.

M. le docteur *Alvin* (de Saint-Étienne) envoie une *Note* manuscrite sur *l'irrigation d'eau très chaude dans les fosses nasales contre les épistaxis graves et sur l'emploi de l'éponge imbibée d'eau très chaude contre les bourrelets hémorrhoïdaux externes accompagnés de contractures douloureuses du sphincter.*

M. le docteur *Blaisemont* (de Gros-Morne, Martinique) adresse une *pièce pathologique*, représentant une production cornée observée au milieu de la fosse gauche chez un vieillard.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose le *Rapport général sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées en France et dans les colonies françaises en 1886*, par M. *H. Blot*.

M. *de Villiers* présente le compte rendu de 1887 du *Bureau municipal d'hygiène et de statistique de Saint-Étienne*, par M. le docteur *Fleury*.

M. *Le Roy de Méricourt* dépose: 1° au nom de M. le docteur *Brémond*, un mémoire contenant l'*influence du traitement térébenthiné sur la richesse du sang en oxyhémoglobine et sur l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine;* 2° de la part de M. le docteur *E. Decaisne*, un travail sur *la mendicité au moyen des enfants en bas âge dans les rues de Paris.*

M. *Peter* présente un *Traité clinique et pratique d'hydrothérapie*, par M. le docteur *E. Duval*.

M. *Verneuil* fait hommage du tome V de ses *Mémoires de chirurgie*.

M. *Ernest Besnier* présente une thèse de M. le docteur *Lefebvre* (de Lille) sur l'*eczéma des fileurs et varouleurs de lin.*

Élection. — Par 55 voix sur 75 votants, M. *Moissan* est élu membre titulaire dans la section de pharmacie; M. Quesneville obtient 6 voix; MM. Guignard et Villejean, chacun 4; M. Beauregard, 3; MM. Vigier, Pierre et Yvon, chacun 1; plus 1 bulletin blanc.

Eaux minérales. — D'après les recherches auxquelles s'est livré M. le docteur *Percepied*, les eaux du Mont-Dore contiendraient des microbes dont quelques-uns se retrouvent d'une façon banale dans beaucoup d'eaux minéralisées et qui paraissent être les mêmes dans toutes les sources ; ces microbes, qui ne sont pas pathogènes, semblent diminuer de nombre à mesure que l'on s'approche du point d'émergence de l'eau et leur variété diminue en même temps.

Fistule vésico-utéro-vaginale. — M. *Herrgott* (de Nancy), correspondant national, communique l'observation d'un cas de fistule vésico-utéro-vaginale survenue chez une femme de vingt-neuf ans à la suite d'un second accouchement laborieux. La fistule fut suivie de la mortification d'une portion de l'uretère gauche, d'où la nécessité de dégager le bout de ce canal cicatriciel dans lequel il était englobé, afin de pouvoir lui permettre de rentrer dans la vessie pour y verser le produit de la sécrétion rénale avant de la fermer pour guérir l'incontinence. L'opération a été suivie d'un succès complet.

Épidémie de méningite cérébro-spinale. — Dans le premier trimestre de cette année plusieurs médecins ont

observé à Nicosie (île de Chypre) une épidémie de méningite cérébro-spinale sur laquelle M. *Brouardel* communique des détails d'après une lettre de M. le docteur *Derbys*. Cette épidémie, dont la mortalité a été de 25 pour 100, a frappé la population misérable de Nicosie et de ses environs sans distinction d'âge ni de sexe; elle a sévi principalement dans les maisons insalubres et encombrées, augmentant sous l'influence de l'humidité et du froid, diminuant sensiblement dans les jours de sécheresse et de forte chaleur. Certains cas ont été foudroyants. Le traitement a consisté dans les révulsifs contre la céphalalgie, les opiacés contre les vomissements bilieux, le calomel et le jalap contre la constipation, les antinervins contre les phénomènes nerveux; l'antipyrine, essayée à la fin de l'épidémie, a donné de bons résultats.

Lèpre. — D'après la communication que M. *Le Roy de Méricourt* a commencée dans la dernière séance et qu'il achève aujourd'hui, la découverte par Hansen d'un bacille spécifique de la lèpre ne saurait détruire la doctrine de la non-contagiosité de cette maladie, contrairement à l'opinion formulée par M. Ernest Besnier à la tribune de l'Académie le 14 octobre 1887, et aux observations publiées par M. le docteur Leloir dans son récent Traité de la lèpre.

Pour M. Le Roy de Méricourt, en effet, on ne peut accorder qu'une part très restreinte à la contagiosité dans la transmission de cette affection. On dit bien que sa bactérie est spécifique, constante, qu'elle ne vient pas spontanément; mais alors la lèpre que nous connaissons étant exactement celle décrite par Moïse, le premier cas serait donc contemporain des premiers ou du premier couple humain! Quant à l'incubation qui durerait de trois à vingt ans suivant les cas, elle ne correspondrait pas à une germination ralentie de l'agent pathogène, mais à un sommeil réel du germe, ne se réveillant que lorsqu'il a trouvé le terrain et les conditions de culture qui lui sont nécessaires; ce microbisme latent est du pur romantisme médical! M. Besnier a fait, d'autre part, observer que la lèpre tend à devenir de plus en plus commune en France où tout dermatologiste aurait, notamment à Paris, sa clientèle de lépreux; des marins, des soldats auraient rapporté la maladie des colonies. M. Le Roy de Méricourt n'en a jamais vu un seul cas dans les hôpitaux de la marine et il n'a pas connaissance qu'il y ait eu des cas de réforme dus à la lèpre; depuis trois siècles environ, chez des milliers d'Hollandais, il n'y a eu de lèpre ni à Surinam ni aux Indes-Orientales, d'après M. le docteur Van Leent. La vérité est que cette affection est extrêmement rare en France et qu'on ne l'y observe que chez des religieuses, des fonctionnaires, des colons ayant résidé longtemps dans les pays à lèpre.

M. Besnier estime que la lèpre provient exclusivement du lépreux; en tout lieu, celui-ci peut contaminer celui ou ceux qui vivent avec lui; il peut en tout pays importer la lèpre dans certaines conditions hygiéniques et sociales dont le rôle est tout-puissant; enfin, la lèpre provient d'une source unique, le lépreux, et non du sol, des eaux, des aliments ou de la misère. Le transfert se fait de l'homme à l'extérieur et si l'extérieur est fertilisable, du sol, des eaux, à l'homme. M. Le Roy de Méricourt ne saurait souscrire à cette doctrine, pas plus pour la lèpre que pour la malaria, malgré les découvertes des divers microphytes auxquels on attribue celle-ci; d'ailleurs la notion du bacille lépreux n'a pas jusqu'ici prouvé irréfutablement la contagiosité de la lèpre et de tout temps maints auteurs ont nié cette contagiosité. En 1862, en 1867, en 1887, des enquêtes faites à ce sujet dans les colonies anglaises ont montré que la presque unanimité des observateurs est entièrement opposée à la croyance que la maladie est contagieuse et communicable par promiscuité ou contact avec les lépreux; si elle l'est, ce n'est qu'à un faible degré et dans des circonstances exceptionnelles. Telle est aussi l'opinion formulée par MM. les docteurs Lewis, Cunningham, Mac Connel, Fayrer, Van Leent qui ont longtemps séjourné dans les pays à lèpre. M. le docteur Rognat-Landin, quoique contagionniste, est obligé d'admettre que la lèpre n'est pas constamment et en toutes circonstances contagieuse et féconde, et qu'elle ne se développe facilement que là où se trouvent réunies certaines conditions de mauvaise hygiène, favorisant l'éclosion et la propagation de la maladie.

Passant ensuite à l'étude de la répartition des lépreux dans les diverses parties du monde et en particulier aux îles Sandwich, il n'est pas douteux, quoi qu'on en ait dit, qu'il y avait des lépreux avant 1884 dans ces îles, et s'ils n'ont pas constitué de foyers avant cette époque, c'est que la population hawaïenne n'était pas encore amenée à cet état de déchéance organique qui a, depuis, favorisé si énergiquement le développement de la lèpre; ce n'est assurément pas l'inoculation du bacille qui a été le mode de transmission, malgré l'expérience peu démonstrative du docteur Arning, puisque les contagionnistes eux-mêmes reconnaissent que l'inoculation de l'homme à l'homme, soit expérimentalement, soit par accident, n'a pas encore été constatée. Aux Hawaï, comme partout, le plus grand obstacle à l'extinction de cette maladie, c'est l'impossibilité de mettre, en temps opportun, une barrière infranchissable à la procréation entre lépreux ou entre un sujet sain et un sujet lépreux même à l'état latent; de là, la perpétuité du mal par hérédité et par promiscuité connubiale. La séquestration, qui n'est d'ailleurs pratiquée avec rigueur qu'aux îles Hawaï, n'a lieu que lorsque la maladie est évidente, très avancée, qu'elle a produit toutes ses laideurs; déjà alors, depuis bien des années, les rapports sexuels ont produit leurs fruits; dans aucun lieu de séquestration on n'est parvenu à les empêcher d'une manière absolue; au contraire, dans bon nombre de ces asiles, dont plusieurs ne sont que des colonies de lépreux où femmes, hommes, enfants sont séparés du reste du monde, la promiscuité est sordide et honteuse.

Ainsi, la découverte du bacille de la lèpre ne peut en rien atténuer la prépondérance du rôle accordé, par l'immense majorité des observateurs, à l'hérédité dans la propagation de la lèpre et, par suite, comme cause de sa pérennité, elle n'a en rien démontré la transmissibilité des individus, non plus que sur la mesure dans laquelle cette transmissibilité s'exercerait, ni sur les modes ni sur les voies d'introduction du contage. Sa thérapeutique est et demeure incurable; les conditions extrinsèques qui favorisent sa propagation ne sont pas mieux spécifiées; on invoque toujours les causes banales telles que la misère sociale et la promiscuité, tandis que les conditions inverses, c'est-à-dire un état social régulier, l'application des lois de l'hygiène générale et privée annihileraient à peu près sa faculté contagieuse. D'où cette conclusion que les lépreux riches n'ont qu'à venir se faire traiter en Europe, ils y seront bien accueillis, sans qu'on redoute trop la contagion de leur maladie; quant aux lépreux pauvres, ils n'ont qu'à rester chez eux dans leurs asiles, attendant la mort au milieu de leurs malheureux compagnons d'infortune, tout lien de famille étant brisé pour eux, à moins qu'on ne les reçoive dans des hôpitaux où on les place avec les autres malades, comme à l'hôpital Saint-Louis où même le gardien de la bibliothèque est un lépreux.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Blanche* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante parmi les associés libres. La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit: 1° *ex æquo*, MM. Lereboullet et Magitot; 2° M. Rivière; 3° M. Galezowski; 4° M. Blache; 5° M. Corlieu.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Litholapaxie. Pathogénie des cystites. Pathogénie des calculs: M. Doyen. Rapporteur: M. Schwartz. — Castration ovarienne dans les fibromes utérins : M. Segond (Discussion : MM. Terrier, Bouilly, L. Championnière). — Anévrysme faux consécutif de l'artère circonflexe humérale postérieure; luxation divergente du coude: M. Auffret (de Brest). — Luxation tarso-métatarsienne: M. Nimier. — Tumeur de l'ovaire: M. Quénu. — Gastrostomie : M. Tuffier. — Taille hypogastrique ; perforation du rectum: M. Routier.

M. *Schwartz* lit un rapport sur un travail de M. *Doyen*. Il s'agit d'abord de *cinq opérations de litholapaxie*. Les quatre premières ont été faites sur l'homme et n'ont présenté rien de bien particulier. La cinquième concerne une femme; le calcul d'oxalate de chaux, excessivement dur, ayant résisté à des tentatives faites pendant une demi-heure et avec le plus fort des brise-pierres, M. Doyen dut recourir à la taille vésico-vaginale qu'il pratiqua séance tenante. La pierre était logée dans la partie supérieure de la vessie contractée sur elle. M. Schwartz se demande pourquoi les essais de lithotritie ont été prolongés pendant une demi-heure quand il est si facile aujourd'hui d'extraire les calculs par la cystotomie.

La seconde partie du travail de M. Doyen traite de la pathogénie des cystites et des calculs. Lecture en a déjà été faite à l'Académie de médecine. Aussi le rapporteur se borne-t-il à rappeler que d'après les expériences de M. Doyen les microbes ne jouent aucun rôle dans la formation de la pierre.

— M. *Segond* communique quatre opérations de *castration ovarienne pour fibromes utérins*. Il suit ses trois premières malades depuis bientôt deux ans et la quatrième depuis huit mois. Deux femmes étaient sous le coup d'hémorrhagies extrêmement graves ; elles sont absolument guéries de ces hémorrhagies et les fibromes atrophiés sont aujourd'hui au ras du pubis. Les crises dysménorrhéiques ont aussi cessé chez les deux autres malades et pourtant chez l'une d'entre elles un seul ovaire a été enlevé et chez l'autre il y eut un accident le huitième jour; la suture enlevée, dans un effort de toux la plaie se rouvrit et les intestins firent irruption sous le pansement. Tout fut replacé, la suture refaite; aujourd'hui la malade est guérie, mais elle a depuis un mois des hématémèses. M. Segond à ce propos discute les procédés opératoires de la myomectomie abdominale ou vaginale. Il leur préfère, dans la majorité des cas, la castration ovarienne, dont il pose ensuite les indications: le volume moyen de la tumeur, abondance des hémorrhagies, fréquence des crises dysménorrhéiques. Mais à côté de ces grandes indications il en est d'autres dont une assez importante: la plus ou moins grande difficulté dans la recherche des ovaires. Il insiste sur les dangers qui sont la conséquence d'une exploration longue et d'une recherche pénible et qui fait que dans ces cas la castration peut devenir plus dangereuse que l'ablation de la tumeur. Il ne faut pas croire, ajoute-t-il, que c'est dans le cas de tumeur volumineuse que les ovaires sont difficiles à trouver et adhérents, c'est au contraire souvent dans les petits fibromes, enclavés dans le petit bassin, qu'il est très difficile d'aller à leur recherche et dans ces conditions il vaut mieux refermer le ventre ou plutôt faire l'ablation du fibrome. En somme, en présence d'un fibrome nécessitant l'intervention sanglante, il faut faire, en réalité, une sorte de laparotomie exploratrice. Si les ovaires sont faciles à atteindre, on en fera l'ablation.

M. *Terrier* partage l'opinion de M. Segond. Lui aussi a observé une désunion ou prolapsus de l'intestin sans que la malade ait eu à en souffrir. Cependant il préfère pratiquer deux sutures, une profonde et une superficielle au crin de Florence qu'il laisse plus longtemps. Comme M. Segond, il a eu beaucoup de difficulté à trouver les ovaires et a dû y renoncer une fois pour mettre des ligatures atrophiantes sur les vaisseaux.

M. *Bouilly* a fait huit fois la castration ovarienne; quatre fois pour hémorrhagies mettant la malade en danger, quatre succès ; deux fois pour crises dysménorrhéiques avec de petites hémorrhagies, deux succès; enfin deux autres fois pour salpingo-ovarites doubles coïncidant avec des fibromes. Il se propose de revenir sur ces différentes observations dans la prochaine séance.

M. *L. Championnière* pense que la condition sociale de la malade doit être prise en considération, une tumeur moyenne portée par une femme qui a les moyens de se soigner ne nécessitant pas l'opération qui devient inévitable chez une personne qui a besoin de gagner sa vie. Pour éviter la rupture de la plaie, il pense qu'il est bon de faire deux sutures comme le veut M. Terrier et fait même aujourd'hui la suture séparée du péritoine, ce qui donne de la solidité à la réunion. La castration unilatérale, faite faute de mieux, lui a donné un beau résultat.

— M. *Auffret* (de Brest) lit une observation d'*anévrysme faux consécutif de l'artère circonflexe postérieure* et une observation de *luxation divergente du coude*.

— M. *Nimier* présente un malade qui a subi l'ablation d'un cunéiforme pour une *luxation tarso-métatarsienne*.

— M. *Quénu* présente une *tumeur de l'ovaire* qu'il a enlevée. Le diagnostic anatomique, qui n'a pas encore été fait, est ou ovarite suppurée ou tuberculose de l'ovaire.

— M. *Tuffier* présente un estomac opéré de *gastrostomie* et dont la plaie opératoire avait subi un commencement de digestion.

— M. *Routier* présente une vessie taillée par le haut appareil pour cystite tuberculeuse. Mort par péritonite. A l'autopsie, perforation du rectum.

Société de biologie.

SÉANCE DU 19 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

A propos de la dynamogénie sensorielle: M. Jorissen. — Antagonisme de diverses substances toxiques: M. Chouppe. — Procédé de dosage de la méthémoglobine: M. Lambling. — Kyste dentaire chez un cachalot: M. Pouchet. — Sur la pathogénie des kystes des mâchoires: M. Malassez. — Dosage de l'azote total dans les urines: MM. Cazeneuve et Hugounenq. — Présentation d'ouvrage : M. Grimaux. — Sur la perception différentielle des lumières instantanées : M. Charpentier. — Sur la perception directe et indirecte des lumières instantanées: M. Charpentier. — Influence d'une lumière très vive sur l'audition: M. d'Arsonval. — Sur les deux dentitions: M Lataste. — Altérations organiques consécutives aux lésions du nerf vague: MM. Arthaud et Butte. — Propriétés antiseptiques du naphtol β: MM. Budin et Vignal. — Anomalie du biceps brachial : M. Debierre.

M. *Féré* présente une note de M. *Jorissen* (de Vienne), relative aux mouvements de l'iris et à la dynamogénie sensorielle.

— M. *Chouppe* a étudié l'antagonisme physiologique qui existe entre le chloral et la strychnine. Quand on a préalablement déterminé avec soin la dose toxique de la strychnine sur le chien, on voit qu'on peut dépasser cette dose si l'on administre en même temps à l'animal du chloral. M. Chouppe a reconnu que l'antipyrine exerce la même action antagoniste à l'égard de la strychnine ; l'acétanilide se comporte aussi de même vis-à-vis de la nicotine. Si donc il n'y a pas

d'antidotes au point de vue chimique, il existe des substances dont l'antagonisme physiologique est très réel.

— M. *Gley* présente une note de M. *Lambling* (de Lille), concernant un procédé qui permet de doser, dans un liquide sanguin, la méthémoglobine à côté de l'oxyhémoglobine.

— M. *Pouchet* a trouvé chez un cachalot un kyste dentaire qui coiffait complètement la dent; il en fait la description et essaye d'expliquer l'origine de cette production.

— M. *Malassez*, à propos de la communication faite par M. Magitot dans la séance précédente sur les kystes des mâchoires, remarque que le cas dont M. Magitot a parlé ne met aucunement en défaut sa théorie des débris épithéliaux paradentaires.

— M. *Grimaux* présente une note de MM. *Cazeneuve* et *Hugounenq* (de Lyon), sur le dosage de l'azote total dans les urines par le procédé général de dosage de l'azote, imaginé par Dumas. On obtient par ce procédé des résultats parfaits, supérieurs à ceux que donne le procédé de Kjeldahl ou celui de Will et Warrentrap.

— M. *Grimaux* fait hommage à la Société du livre qu'il vient de publier sur la vie de Lavoisier, d'après des documents inédits et d'après la correspondance de l'illustre chimiste.

— M. *d'Arsonval* présente deux notes de M. *Charpentier* (de Nancy): la première sur la perception différentielle des lumières instantanées, la seconde sur la perception directe et indirecte des lumières instantanées. Il résulte de ces recherches que les lois qui régissent les lumières continues régissent aussi les lumières discontinues.

— M. *d'Arsonval* a remarqué sur lui-même qu'après avoir fixé pendant quelques instants l'arc voltaïque, il devenait sourd momentanément; cette surdité durait environ une heure et demie. Il a d'ailleurs constaté par des mesures précises que dans ce cas l'acuité auditive diminuait considérablement. Il s'est alors enquis auprès de divers électriciens et il s'est trouvé que ceux-ci éprouvaient, dans ces conditions, le même phénomène. Il y a donc là un exemple remarquable de l'action que peut exercer un sens sur un autre sens.

— M. *Lataste* lit un travail sur les deux dentitions, en réponse à une communication faite par M. Beauregard dans une précédente séance.

— M. *Quinquaud* présente une note de MM. *Arthaud* et *Butte* sur les altérations organiques consécutives à la névrite expérimentale du nerf vague; les auteurs ont étudié les lésions qui se produisent dans différents viscères (foie, reins, pancréas, etc.) et dans le cœur (myocardite interstitielle).

— M. *Budin* a étudié avec M. *Vignal* les propriétés antiseptiques du naphtol β *in vitro* et cliniquement dans l'ophthalmie des nouveau-nés. Les résultats ont été excellents.

— M. *Giard* dépose une note de M. *Debierre* (de Lille) sur une anomalie du biceps brachial.

Société anatomique.

SÉANCE DU 18 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Legueu: Ostéosarcome du bassin* avec envahissement de la veine cave.

— M. *H. Barth* communique un fait de *cirrhose pigmentaire du foie avec diabète et mélanodermie*.

— M. *Tuffier* étudie la *réunion par première intention des plaies du rein*.

— M. *Thiroloix* présente une pièce de *médiastinite chronique partielle* avec compression de la veine cave supérieure et du pneumogastrique droit.

— M. *Sollier* présente une observation d'*hémichorée*.

— M. *Brühl* : Observation de *cancer primitif du pancréas*.

REVUE DES JOURNAUX

Occlusion intestinale : anastomose intestinale et greffe de lambeaux épiploïques, par M. Nicolas Senn (de Milkauwee, Wisconsin). — M. Senn a communiqué au Congrès de Washington une importante étude expérimentale sur le traitement de l'occlusion intestinale. Ses recherches portent sur les cas où, l'obstacle étant impossible à lever, on est amené à aboucher l'anse supérieure dans l'anse inférieure. Cette idée, émise par Maisonneuve et reprise en 1863 par Adelmann et Hacken, est en somme celle de la gastro-entérostomie. De ses expériences, Senn conclut que c'est une bonne opération. Mais, faite avec les sutures ordinaires, elle est longue et ordinairement mortelle; on l'abrège, et l'animal la supporte, si l'on fait à l'intestin une simple fente longitudinale dans laquelle on introduit un anneau portant dans son pourtour quatre trous cardinaux enfilés d'un fil de soie. En peu de temps on introduit ces anneaux et on les juxtapose par quatre ligatures des plus faciles. Ces anneaux sont en os décalcifié (pas complètement pour éviter une digestion trop rapide). Les ligatures sont faites au fil de soie, le catgut ne tenant pas assez longtemps. Il y a peut-être là un progrès pour la chirurgie humaine. L'auteur a montré en outre qu'on active beaucoup l'adhésion des séreuses par quelques scarifications superficielles. Enfin il a réussi à greffer sur l'intestin des lambeaux épiploïques, et il pense qu'il faut soutenir ainsi toutes les sutures intestinales. (*Archives roumaines de médecine et de chirurgie*, 1887-88, t. I, p. 349.)

Divisions congénitales de la voûte palatine : sur l'uranoplastie et la staphylorrhaphie dans le jeune âge, par M. Julien Wolff. — Depuis longtemps on a essayé d'opérer les enfants à la mamelle et on y a renoncé, à plusieurs reprises, à cause des accidents graves que l'on observait. Les enfants mouraient souvent. Mais dans ces dernières années un grand progrès a été dû à Rose, qui a conseillé d'opérer la tête pendante. On peut ainsi endormir les malades et l'on se rend facilement maître, en outre, de l'hémorrhagie. Aussi quelques auteurs sont-ils revenus à l'opération précoce, toujours combattue, il est vrai, par le professeur Trélat. Depuis deux ans et demi qu'il emploie cette méthode, J. Wolff a fait vingt-neuf opérations dont dix-huit sur des sujets âgés d'un mois à cinq ans. Parmi eux, un avait un mois, un en avait deux, quatre en avaient de dix à quinze. Tous ces enfants ont guéri de l'opération. Sur cinq d'entre eux (dont trois de dix à quinze mois), il a fallu une seconde intervention. Donc l'opération est bénigne et l'on est autorisé à la pratiquer. L'avantage principal en est que la phonation reste moins vicieuse, comme l'ont bien fait voir Ehrmann et Smith (Cf. Ehrmann, Congrès français de chirurgie 1888, *Gaz. hebd.* 1888, p. 205). (*Ueber Uranoplastik und Staphylorrhaphie in frühen Kindesalter*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVI, p. 934.)

Chirurgie cérébrale : le traitement chirurgical des maladies du cerveau, par le professeur E. von Bergmann. — L'auteur n'est pas un partisan des interventions trop hasardées sur le cerveau; il ne les pratique qu'en cas d'indications bien nettes, qu'il s'efforce de préciser dans un long mémoire où il étudie successivement les abcès, les tumeurs, l'épilepsie. A propos des

abcès, il montre nettement ses tendances : il faut trépaner lorsque l'on a des notions précises sur l'existence et le siège de la poche. Or, pour cela il ne faut pas compter par trop sur les phénomènes spéciaux, qui ne surviennent que lorsque l'abcès atteint a zone motrice. Mais l'étiologie fournit des renseignements précieux. A ce point de vue, deux grandes catégories : 1° abcès par lésions traumatiques du crâne, toujours accompagnées de plaie, dit Bergmann. Alors, en l'absence de phénomènes spéciaux et en présence de phénomènes rationnels des abcès du cerveau, trépaner sur la cicatrice ; 2° abcès par lésions osseuses de l'oreille moyenne ; alors trépaner au siège connu de ces abcès (lobe temporo-sphénoïdal ou cervelet, suivant les âges), car ici les phénomènes de localisation (hémiopie, cécité verbale) sont exceptionnels. Si l'on n'a pas de guide étiologique, refuser de diagnostiquer un abcès et refuser d'opérer. Il s'agira souvent alors, en effet, d'une tumeur cérébrale. Or, dans ce cas, malgré quelques succès dus à Horsley, Bergmann ne se rallie pas franchement à l'intervention, car on ne peut guère savoir s'il y a une tumeur limitée et opérable ou diffuse. Pour l'épilepsie, il préconise l'opération lorsque l'aura part d'une zone déterminée au centre de mouvement de laquelle répond la lésion (Horsley). On aura alors des succès, surtout lorsqu'il s'agira d'une lésion consécutive à un traumatisme. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVI, p. 934.)

A. Broca.

Travaux à consulter.

Du traitement du rhumatisme articulaire par le salol et l'acide salicylique, par M. Aufrecht. — Après avoir fait un usage exclusif de l'acide salicylique contre les formes aiguës de rhumatisme articulaire, cet observateur a reconnu les inconvénients de cette médication systématique, en raison des douleurs stomacales, du vomissement, des bourdonnements d'oreille et de la dyspnée, phénomènes redoutés des malades. Le salol présente l'avantage de pouvoir être prescrit durant plus longtemps, sans causer de troubles généraux, mais aussi avec une efficacité moindre dans les formes polyarticulaires aiguës.

Tandis que l'action sédative de l'acide salicylique se produit dans les vingt-quatre heures, celle du salol est plus tardive et ne se manifeste qu'après trois ou quatre jours. D'autre part, à la suite d'un cas de mort par endocardite, fait qu'il n'avait pas observé dans une série de six cents malades traités par l'acide salicylique, Aufrecht a préféré une méthode mixte consistant dans l'alternance des deux médicaments : l'acide salicylique est donné deux jours durant, le salol est prescrit ensuite ; mais, s'il se produit de l'intolérance pour le premier, on continue seulement l'usage du second. (*Deutsche med. Wochens*, 12 janvier 1888.)

Du traitement de la lèpre, par M. Unna. — Dans ces derniers temps, cet observateur a mis à l'essai une médication dont les principes actifs sont : la chrysarobine, l'acide pyrogallique et l'acide salicylique associés à l'ichthyol.

Parmi les formules qu'il recommande, la suivante paraît la plus fidèle. Elle contient : chrysarobine, ichthyol, de chacun, 5 parties ; acide salicylique, 2 parties, et cérat simple, 100 parties. M. Unna réserve ce topique pour le tronc et les membres.

Sur la face et les mains, il lui substitue la formule suivante : acide pyrogallique et ichthyol, de chacun, 5 grammes ; acide salicylique, 2 grammes ; cérat simple, 100 grammes. (*Journal of cen. and cutaneous diseases*, 1888, n° 2.)

De la valeur du soufre dans le traitement de la diphthérie, par M. Knaggs. — Il y a plus de trente années que le soufre pulvérisé a été proposé comme un agent médicamenteux de la diphthérie. Cet observateur conseille de préférer à l'usage interne de ce métalloïde les insufflations de poudre de soufre et les gargarismes sulfureux.

A cet effet, il fait véhiculer le soufre par la glycérine qui, en raison de son pouvoir antiseptique, permet la conservation durable des préparations. A l'intérieur il prescrit simultanément une mixture soufrée obtenue par trituration du mélange suivant : soufre pulvérisé, 30 grammes ; cacao pulvérisé, 10 grammes ; glycérine, 200 grammes ; eau distillée de cannelle concentrée, quantité suffisante. Cette préparation est de longue conservation et s'administre par demi-cuillerée à café d'heure en heure. (*Therap. Gazette*, 15 mars 1888.)

Du traitement antiseptique de la tuberculose, par M. de Renzi. — Parmi les nombreuses méthodes préconisées durant ces dernières années, cet observateur adopte de préférence les iodures, l'iodoforme et l'usage de la créosote à l'intérieur. La potion créosotée qu'il prescrit à la dose quotidienne d'une cuillerée est ainsi formulée : créosote pure, 5 parties ; eau, alcool et sirop de baume du Pérou, de chacun, 100 parties.

En même temps il recommande les inhalations avec l'iodoforme ou bien l'hydrogène sulfuré. Elles exerceraient une action favorable sur le contenu purulent des cavernes pulmonaires, diminueraient sa quantité et amélioreraient la nutrition générale. (*Il Morgagni*, janvier 1888.)

Du traitement du psoriasis par l'iodure de potassium, par M. Haslund. — La statistique que produit l'auteur comprend cinquante cas, dans lesquels on fit usage de la méthode de Greuce. Quarante fois le succès fut complet ; quatre fois on constata une amélioration seulement, et six fois des échecs.

Au début, les malades ingéraient quotidiennement 3 grammes de sel alcalin et graduellement cette dose était élevée jusqu'à 15 grammes. On continuait la médication pendant sept semaines, alors même qu'il se produisait des phénomènes d'iodisme. (*Vierteljahr f. Derm. und Syph.*, n° 3, 1888.)

Du traitement abortif de la syphilis, par M. J. Hutchinson. — Par le mot abortif, cet observateur entend désigner un traitement susceptible d'arrêter le développement des manifestations spécifiques et au besoin de supprimer les accidents secondaires.

Il consiste dans l'administration du mercure dès que l'on éprouve un soupçon relativement à la spécificité d'un chancre, et parmi les préparations mercurielles à préférer l'*hydrargyrum cum creta*. De plus, on doit conduire la mercurialisation du malade jusqu'à production de salivation et continuer pendant longtemps en raison de la résistance de l'agent virulent de la syphilis. De la sorte, M. Hutchinson supprimerait, écrit-il, les manifestations secondaires, les plaques muqueuses buccales, les éruptions syphilitiques, etc., etc., à la condition de continuer encore ce traitement pendant toute la durée des manifestations secondaires. (*The Lancet*, 25 février 1888.)

Des dangers de la cascarada sagrada, par M. O. Cotter. — Cette substance, qui passe pour un médicament aisément maniable et exempt d'inconvénients, ne doit pas cependant être employé sans discernement. M. Cotter l'a vu deux fois provoquer des accidents graves. Dans l'un une femme, qui avait ingéré 1 gramme d'extrait, éprouva pendant deux ou trois jours des symptômes graves d'adynamie et une grande prostration. Dans l'autre, un opéré de cataracte, qui pendant plusieurs jours avait ingéré cette même dose sans inconvénient, éprouva une diarrhée cholériforme intense et des phénomènes d'adynamie. La dose médicamenteuse n'était cependant pas excessive, de sorte que les accidents ne doivent pas être attribués à une erreur de posologie, mais bien à l'action du médicament. (*Atlantic med. Journal*, mars 1888.)

Des propriétés mydriatiques et narcotiques de l'astragalus mollissimus, par M. Ott. — Ce végétal a déjà été l'objet des recherches du même observateur en 1882. Il avait constaté sous son influence la diminution de l'excitabilité motrice, la suspension de l'activité des nerfs sensoriels et l'arrêt du cœur.

D'après des travaux plus récents, cette substance diminuerait la fréquence des pulsations cardiaques tout en augmentant la

tension artérielle. En même temps, il produirait des effets stupéfiants, la salivation et la dilatation de la pupille. Dans l'espace de quinze minutes, une goutte d'une solution de son extrait provoquait la mydriase complète dans l'œil du lapin. De plus, sa puissance toxique serait considérable, et, d'après l'auteur, devrait être attribuée à un alcaloïde végétal. C'est donc une substance à étudier au triple point de vue de son action hypnotique, mydriatique et cardio-vasculaire. (*The therapeutic Gaz.*, avril 1888, p. 276.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de microbiologie, par M. H. Dubief. — Paris, Octave Doin, 1888.

A côté du *Traité de bactériologie* classique de MM. Cornil et Babès, à côté des traductions récentes des livres de Crookshank, de Hueppe et de Flügge, il manquait un manuel exposant d'une façon brève et précise les notions de microbiologie indispensables à tout esprit curieux de cette science si passionnante et si difficile des microbes. Cette lacune semble comblée par le livre de proportions modestes que M. Dubief vient offrir aux médecins et aux élèves.

Quelques chapitres clairement divisés, agrémentés de nombreux dessins et même de quelques planches coloriées représentant la culture des principaux microbes, ont suffi à M. Dubief pour mettre le lecteur au courant de l'état actuel de nos connaissances en bactériologie.

La première partie est consacrée à une étude relativement longue sur les fermentations, mais ce n'est pas sans raison que M. Dubief nous renseigne avec quelques détails sur les phénomènes des fermentations alcoolique, lactique, acétique, butyrique, etc. Cette étude offre plus qu'un intérêt historique, c'est une introduction nécessaire à la bactériologie. On oublie trop que le peu que nous savons sur la physiologie des bactéries nous a été appris par l'histoire des fermentations due tout entière au génie de Pasteur.

L'histoire naturelle, l'anatomie et la physiologie des bactéries sont étudiées dans la seconde partie, avec détails très circonstanciés sur la classification, la morphologie générale et les fonctions connues des microbes (sécrétion de substances solubles, de matières colorantes, etc.).

Dans la troisième partie du livre se trouvent résumés tous les petits détails de la technique bactériologique courante. Les procédés de coloration le plus usités, les méthodes de culture, la façon d'expérimenter sur les animaux sont indiqués d'une façon claire et précise.

Nous accorderons une mention toute spéciale à la quatrième partie intitulée : *Maladies causées par les bactéries.* C'est là, sans contredit, le chapitre le plus important pour le pathologiste. Or, il est peu de bactéries dont il soit permis encore d'affirmer pour l'homme le rôle pathogène. Ce sont celles-là qu'étudie avec détails M. Dubief. Les maladies charbonneuses, la tuberculose, la fièvre typhoïde, la lèpre, sont celles particulièrement décrites. Il n'est fait qu'une histoire succincte des bactéries nombreuses dont la spécificité est encore à démontrer. Tout en se gardant de prendre parti sur les questions encore douteuses, M. Dubief résume les principaux travaux publiés à leur sujet. Il a su dans les quelques chapitres de son livre éviter l'accumulation banale des faits et ne mettre en vedette que les points importants.

La clarté est la qualité dominante de ce manuel qui par sa lecture facile contribuera, pour sa part, à la vulgarisation des notions microbiologiques.

Fernand Widal.

Des rapports de l'accommodation avec la convergence et de l'origine du strabisme, par M. C. Reymond, professeur à l'Université de Turin, et M. J. Stilling, professeur à l'Université de Strasbourg. — In-8 de 140 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ce livre, dédié au professeur *Donders*, dont les immortels travaux sur les amétropies et le strabisme ont été le point de départ obligé de toutes les recherches plus récentes, se compose de deux parties bien distinctes, de deux mémoires successifs sur le même sujet. Écrits vers la même époque, partant de points de vue différents, les deux travaux ont le même but : éclairer les rapports du strabisme et des états amétropiques, dévoiler l'origine de la déviation de l'axe des yeux, si fréquente dans les anomalies de la réfraction statique.

On sait le rôle considérable que *Donders* et le plus grand nombre des ophthalmologistes après lui, font jouer aux rapports de la convergence et de l'accommodation dans la genèse du strabisme convergent des hypermétropes. *Reymond* étudie successivement l'accommodation et la convergence relatives ; il montre qu'elles constituent une faculté indissoluble, qu'on ne peut les concevoir l'une sans l'autre. A la méthode de *de Græfe* pour l'examen de la *position d'équilibre* des globes oculaires par le dédoublement de l'objet des fixations, il substitue son procédé un peu différent. Afin d'assurer la constance d'accommodation de l'œil *en fixation*, il prend comme repère un cercle noir au milieu duquel sont dessinés de petits points qui doivent être vus nettement. L'expérience prouve que chaque accommodation de l'œil en fixation entraîne une égale accommodation de l'œil éliminé. Elle fait voir également que tout mouvement de convergence relative de l'œil en fixation, en plus de la convergence naturellement associée à l'accommodation effectuée, provoque dans l'œil éliminé un mouvement égal, mais de latéralité, c'est-à-dire dans le même sens latéral. De là une déviation strabique de cet œil éliminé. La convergence est donc un complexe d'actes bien distincts, les uns binoculaires, les autres monoculaires au point de vue fonctionnel. Au contraire, l'accommodation, pour *Reymond*, est fonctionnellement binoculaire, et la *position d'équilibre* correspond à la convergence naturellement associée au degré effectué d'accommodation.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans ses observations cliniques sur l'anisométropie, le spasme d'accommodation (plésiopie) dans le strabisme dynamique, l'accommodation relative dans le strabisme convergent, dans le manque d'un œil, etc. Pour le clinicien de Turin, quelles que soient les causes *prédisposantes* du strabisme, la *cause directe* de la déviation strabique est toujours *dynamique*, c'est-à-dire due au défaut d'équilibre. L'amblyopie de l'un ou des deux yeux favorise singulièrement son développement.

Plus simples encore et plus clairement énoncées sont les idées du professeur *Stilling* sur l'origine du strabisme. C'est à tort, dit-il, que l'on considère le parallélisme des lignes du regard comme la position *habituelle* de repos des yeux. Des expériences répétées prouvent au contraire que chez la plupart des personnes, la position de repos des yeux est le strabisme, et d'ordinaire la convergence, surtout chez les hypermétropes. Dans la myopie, la divergence est plus fréquente, mais les exceptions sont nombreuses. En somme, il n'y a rien d'*actif* dans la déviation de l'un des globes, il y a simple abandon de la fixation binoculaire et retour à l'état de repos. La vision normale est une lutte que les muscles oculaires soutiennent contre les résistances naturelles, dans l'intérêt de la fixation binoculaire ; toute condition, tout état des organes qui rend celle-ci difficile ou impossible, provoque le retour à l'état de repos, au strabisme

naturel à l'individu. On comprend ainsi la variabilité de la déviation dans les états amétropiques identiques.

J. Chauvel.

Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine, par le docteur A. Berlioz. — O. Doin, 1888.

Il est assez fréquent au cours des maladies infectieuses d'observer des néphrites avec albuminurie. Le professeur Bouchard fut le premier, en 1880, à constater dans ces conditions l'élimination des microbes par l'urine et à considérer leur passage à travers le rein comme la cause d'une néphrite irritative. M. Berlioz vient de reprendre à nouveau ce sujet et c'est le résultat de recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine qu'il vient de consigner dans son excellente thèse inaugurale.

L'urine fraîche, normale et recueillie avec toutes les précautions nécessaires est-elle toujours privée de germe?

M. Berlioz croit que si la loi de Pasteur est vraie dans l'immense majorité des cas, on ne peut pas d'une façon absolue conclure à l'absence de bactéries dans l'urine à l'état normal. Celles-ci peuvent ascensionner par l'uréthre, venir de l'intestin en passant par la circulation générale, être conduites dans la vessie par le cathétérisme, etc. Au cours des maladies générales on peut donc observer dans l'urine des bactéries autres que les pathogènes et leur constatation dans l'urine est insuffisante: il faut encore faire des cultures et des injections de ce liquide. Le rein ne doit plus être considéré comme une voie d'excrétion physiologique pour un microbe qui a pullulé dans l'économie. Il faut s'en rapporter à la loi de Wyssokowitsch qui veut « que la présence de microbes pathogènes dans l'urine soit toujours liée à des localisations morbides sur l'appareil uro-poïétique ». C'est ce qu'avait bien vu le professeur Bouchard, car pour lui, albumine rétractile, bactéries dans l'urine, lésions rénales, tels sont les trois termes superposables dans la néphrite infectieuse.

Lorsqu'une maladie infectieuse prend fin, l'agent pathogène disparaît sans doute par action phagocytique des microphages ou des macrophages au sens de Metschnikoff et son élimination ne se fait pas par des émonctoirs naturels tels que le rein et l'intestin.

De nombreuses recherches entreprises sur les urines provenant d'individus atteints de maladies infectieuses ont donné à M. Berlioz des résultats négatifs sauf dans deux cas de fièvre typhoïde. Aussi n'hésite-t-il pas à conclure que dans les maladies infectieuses du domaine de la pathologie humaine, il est exceptionnel de constater la présence de l'agent pathogène dans l'urine; que lorsque cela est le passage des bactéries à travers les reins est d'autant plus facile que la lésion de cet organe est plus intense.

Des expériences qu'il a tentées chez les animaux, M. Berlioz en arrive à cette autre conclusion que dans les maladies expérimentales, si l'on observe seulement le passage de microbes dans l'urine des animaux, ce fait est le résultat des conditions dans lesquelles on opère et ces conditions sont rarement réalisées en clinique.

Le mémoire de M. Berlioz contient donc plus d'un enseignement nouveau sur cette question si intéressante au point de vue de la pathologie générale du passage des microbes dans les urines. Il nous laisse penser que si le plus souvent les bactéries sont la cause de la néphrite observée dans le cours des maladies infectieuses, il se peut que dans certains cas les substances solubles élaborées par les microbes puissent déterminer l'inflammation du rein au même titre que les substances toxiques expérimentées par E. Gaucher. F. W.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

Banquets des anciens médecins de la marine. — Le deuxième dîner des anciens médecins et pharmaciens de la marine a eu lieu le 8 mai au Cercle militaire de l'avenue de l'Opéra, sous la présidence du docteur Duprat, doyen d'âge. L'Association a constitué un comité du banquet composé de cinq membres, MM. Crimail (Pontoise), Egasse (Paris), Grimaux (Paris), Nicolas (Bourboule), et Rochefort (Chatou), qui a été chargé de l'organisation des réunions et de la forme à donner à l'Association. Pour le moment, on est convenu de s'en tenir aux dîners semestriels. Le prochain est fixé au 6 novembre prochain. Le comité se propose de dresser une liste de tous les médecins et pharmaciens de la marine établis en France. Il invite les intéressés à faire parvenir leur adresse à l'un de ses membres, pour faciliter la confection de cette liste-annuaire, destinée à renouer les liens de confraternité entre d'anciens camarades, dont la plupart se sont perdus de vue et le regrettent.

Désinfection. — Dans sa dernière séance, le Conseil général de la Seine a décidé l'acquisition de huit étuves mobiles du système de MM. Geneste et Herscher, destinées à désinfecter les linges, vêtements et objets de literie qui ont servi aux malades atteints d'affections contagieuses.

Le préfet de police vient d'adresser une circulaire aux maires et commissaires de police des communes suburbaines pour leur faire connaître que chacun des cantons du département de la Seine est dès à présent pourvu d'un de ces appareils, qui est déposé au chef-lieu du canton. Ces étuves, envoyées sans retard dans toutes les communes où les médecins les demanderont, seront mises *gratuitement* à la disposition du public.

Le préfet appelle l'attention des maires et commissaires sur ce fait que les linges, matelas, couvertures, rideaux, tapis, ne sauraient être détériorés par cette désinfection obtenue seulement par la vapeur d'eau sous pression (de 108 à 115 degrés); des expériences nombreuses ont établi que ce mode de désinfection assurait la destruction des germes pathogènes sans altérer ni le crin, ni la plume, ni les étoffes.

Mortalité a Paris (19e semaine, du 6 au 12 mai 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 6. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 50. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs: cancéreuses, 39; autres, 4. — Méningite, 44. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 40. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 73. — Bronchite aiguë, 31. — Bronchite chronique, 33. — Broncho-pneumonie, 28. — Pneumonie, 75. — Gastro-entérite: sein, 15; biberon, 29. — Autres diarrhées, 1. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 29. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 15. — Autres causes de mort, 192. — Causes inconnues, 10. — Total: 1027.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Mémoires de chirurgie, par M. le professeur Verneuil. T. V: *Commotion, contusions, tétanos, syphilis et traumatisme*. 1 vol. in-8°. Paris, G. Masson. 15 fr.

Traité de l'empyème, par M. L. Bouveret. 1 vol. in-8° de 900 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 12 fr.

Le pansement antiseptique, ses principes, ses nouvelles méthodes, manuel pratique, par M. J. de Nussaum. 2e édition traduite sur la 5e édition allemande, par M. le docteur E. de la Harpe (de Lausanne). 1 vol. in-16 de 360 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

Scènes de la vie médicale, par M. Jules Cyr. 1 vol. in-16 de 300 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Traité des maladies des yeux, par M. le docteur X. Galezowski. 3e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8° de XVI-1030 pages avec 483 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 20 fr.

La 23e année du *Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales*, par M. le docteur P. Garnier, vient de paraître à la librairie Félix Alcan.

Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène (médecine, chirurgie, obstétrique), par MM. les docteurs Paul Legendre, Barette, Lepage. Le premier volume comprenant l'*antisepsie médicale*, par M. le docteur Legendre, forme un volume de 460 pages in-8° raisin. Paris, G. Steinheil. 10 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

14796. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 30 mai 1888.

De la transmissibilité de la lèpre de l'homme malade à l'homme sain (1).

La question de la transmissibilité de la lèpre de l'homme malade à l'homme sain est encore revenue devant l'Académie de médecine. Nous étions cependant convaincu qu'elle était définitivement jugée par l'affirmative. L'exposé qui va suivre fera comprendre que nous avions quelques raisons de le croire.

I

Nous n'avons pas l'intention d'aborder l'historique complet de ce point si intéressant de la pathologie. Qu'il nous suffise de rappeler que, pendant tout le moyen âge, on pensait généralement que la lèpre était contagieuse ; puis cette opinion perdit peu à peu du terrain à mesure que la maladie diminuait d'intensité. La plupart des auteurs du commencement du siècle, ne connaissant qu'imparfaitement le sujet, égarés par de nombreux faits négatifs, réagirent vivement contre les idées anciennes. Aussi, tout récemment encore, presque tous les médecins européens considéraient comme démontré que la lèpre n'est pas contagieuse, surtout après les recherches si importantes de Bœck et Danielssen et l'enquête de Virchow. Mais des faits récents sont venus jeter un jour tout nouveau sur l'étiologie de cette affection. L'épidémie si meurtrière des îles Sandwich, l'envahissement des États-Unis par des lépreux venus de Norvège, des îles Hawaï et de Chine, la publication de cas isolés mieux étudiés ont éveillé l'attention ; enfin, la découverte par Armauer Hansen du bacille lépreux, a confirmé ce qu'apprenait déjà la marche des épidémies. Dès lors il s'est fait, surtout aux États-Unis, une nouvelle réaction des plus énergiques en faveur de la transmissibilité de l'affection qui nous occupe.

Dans ses remarquables leçons sur la lèpre et son traitement, professées en 1881 pendant que j'étais son interne, et publiées en 1884, mon savant et très honoré maître, M. le docteur E. Vidal, a signalé à l'attention des médecins français cette phase nouvelle ; il s'y exprime en ces termes : « En présence d'un fait aussi probant (l'épidémie des îles Sandwich), nous ne croyons pas qu'il soit possible de nier plus longtemps la nature contagieuse de la lèpre. D'ailleurs la découverte du bacille lépreux vient, en quelque sorte, donner la preuve théorique de ce que nous enseigne l'observation. — Comment donc la contagion peut-elle se produire ? — Nous savons que les bacilles existent sur les surfaces ulcérées, dans le pus et dans le sang qui les baignent ; si l'on admet que le bacille est l'élément essentiel de la lèpre ou même, sans s'occuper du bacille, si l'on admet que la lèpre est inoculable, on comprend que toute personne qui touchera un ulcère lépreux et qui aura une solution de continuité quelconque des téguments au point de contact, pourra prendre la lèpre. On a remarqué que la gale, grâce aux excoriations qu'elle détermine, prédisposait à la lèpre. »

Il était impossible d'être plus catégorique. Aussi, l'année suivante, quand, à propos d'un travail de M. le docteur Zambaco, sur la lèpre à Constantinople, MM. les docteurs Constantin Paul, Dujardin-Beaumetz, Hardy, Le Roy de Méricourt, sont venus soutenir que la lèpre n'était nullement transmissible de l'homme malade à l'homme sain, M. le docteur E. Vidal a-t-il protesté avec énergie et a fourni à l'appui de son opinion des arguments de la plus haute valeur. La discussion fut malheureusement un peu écourtée à cette époque, aussi crûmes-nous nécessaire de reprendre cette question et de la traiter à fond au point de vue clinique dans un mémoire paru en novembre-décembre 1885 dans les *Annales de dermatologie*.

Dans ce travail, dont M. le docteur Le Roy de Méricourt ne parle pas, bien que les auteurs ultérieurs, MM. les

(1) Afin que nos lecteurs puissent mieux suivre la discussion actuellement engagée devant l'Académie, il nous a paru utile de leur faire connaître aussi brièvement que possible l'état antérieur de la question, telle que la comprennent les contagionnistes.

Nous reviendrons prochainement sur les considérations développées dans l'important travail de M. Le Roy de Méricourt et sur les arguments qui seront successivement défendus par ses collègues. (LA R.)

docteurs Leloir et E. Besnier, en aient cité des fragments entiers, nous avons démontré, ce nous semble, avec la dernière évidence, que la transmissibilité de la lèpre de l'homme malade à l'homme sain ne peut plus être mise en doute à l'heure actuelle.

Laissant de côté toute théorie, nous n'avons étudié que les faits connus, précis, incontestables. Nous n'avons voulu donner aucune prise à la critique : aussi avons-nous la vive satisfaction de constater qu'après trois ans notre travail reste encore tout entier debout. En voici le résumé :

Pour pouvoir comprendre cette discussion, il est indispensable d'établir les deux points suivants, que l'on devra avoir toujours présents à l'esprit :

1° La lèpre est une maladie à allures lentes, chronique, qui met beaucoup de temps à évoluer ; nombre de faits des plus authentiques prouvent, quoi qu'en dise M. Le Roy de Méricourt, que son incubation peut durer plusieurs années ; par suite, il ne peut s'agir ici d'une contagion aisée à observer comme celle de beaucoup de maladies aiguës : il doit être, au contraire, fort difficile de retrouver la preuve directe et irréfutable, je dirais même les indices de la contagion, d'où l'extrême rareté des faits positifs ;

2° Dans une pareille question, on ne peut se laisser égarer par la masse de faits négatifs qu'apportent les anticontagionnistes pour prouver la non-transmissibilité de la lèpre. Les faits négatifs, quelque nombreux qu'ils soient, ne peuvent prouver qu'une seule chose : que la lèpre n'est pas fatalement contagieuse ; que beaucoup d'individus ne sont pas aptes à la contracter, vérités éclatantes que nous sommes les premiers à admettre et à proclamer. Par leur multiplicité, ces faits négatifs prouvent que, dans certains pays et dans certaines conditions encore mal déterminées, la lèpre n'est que fort peu contagieuse. Mais ils ne sauraient prouver, fussent-ils relevés par centaines de millions, que la lèpre n'est jamais transmissible des lépreux à l'homme sain.

S'il existe, en effet, un fait, un seul fait positif bien établi, bien observé, de transmissibilité de la lèpre de l'homme malade à l'homme sain, la preuve de la possibilité de cette transmission sera acquise malgré tous les faits négatifs que l'on pourra accumuler.

Or ce fait existe, je l'ai démontré en 1885, et j'attends encore qu'on réfute cet irréfutable argument.

Mais nous possédons de plus d'autres documents ; et, bien que depuis 1885 les cas positifs se soient singulièrement multipliés, grâce à l'observation plus attentive qu'on en fait, nous avons pu dès cette époque diviser nos preuves cliniques de la transmissibilité de la lèpre en quatre groupes principaux.

1° Faits isolés de contagion.

Nous les avons classés en trois catégories.

a. *Faits dans lesquels des individus issus de parents sains, n'ayant jamais habité de pays dans lequel la lèpre soit endémique, ont été contagionnés après avoir eu des relations intimes avec des lépreux.* — Ces faits ne sont passibles d'aucune objection : tel est le cas de J. Hawtrey Benson (1) que je demande la permission de reproduire ici, car il est absolument probant.

« En 1872 J. Hawtrey Benson présenta à la Société médicale de Dublin un homme atteint de lèpre qui lui avait été envoyé par le docteur Stirling, de Thomastown. Ce malade avait habité les Indes pendant vingt-deux ans, y avait pris la lèpre et était revenu en Irlande avec tous les attributs extérieurs de cette affection. Il fut soigné à l'hôpital de Dublin et ce fut pendant son séjour dans son service que le docteur J. Hawtrey Benson le présenta à la Société. Il rentra ensuite chez lui, et il y mourut au bout d'un an et demi, Or, pendant cette dernière période, son frère coucha dans le même lit que lui et porta ses vêtements. Ce frère n'avait jamais quitté l'Irlande, si ce n'est quarante-six ans environ auparavant, époque à laquelle il alla passer quelque temps en Angleterre, où il ne put prendre le germe de l'affection. Cependant il avait bien réellement la lèpre, et, pour plus de sûreté, le docteur J. Hawtrey Benson le montra (2 mai 1877) à la Société médicale de Dublin. D'après l'auteur, on ne saurait douter qu'il n'ait été contagionné par son frère. Il n'y avait aucun autre antécédent de lèpre dans sa famille. »

(1) *Dublin Journal of the medical sciences*, p. 562, juin 1877.

Comme nous le disions dans notre mémoire de 1885, cette observation nous semble réaliser le cas indiscutable dont nous parlions plus haut quand nous déclarions que, s'il existait un seul fait positif bien établi, la question devait être considérée comme définitivement jugée. Nous ne voyons pas en effet quelle objection on peut faire à l'observation précédente. On aurait composé de toutes pièces un cas typique pour la démonstration de la transmissibilité de la lèpre, qu'on n'aurait rien inventé de plus précis et de plus complet. L'autorité des auteurs ne peut être mise en doute. Par un hasard des plus heureux les deux malades en question ont été vus par un dermatologiste connu, le docteur J. Hawtrey Benson, et ont été présentés par lui, tous les deux, à la Société médicale de Dublin : on ne peut donc conserver le moindre doute sur l'authenticité des faits et sur la rigueur du diagnostic. Il s'agit d'une famille saine, sans aucun antécédent héréditaire de lèpre, habitant une localité dans laquelle la lèpre est absolument inconnue (J. Hawtrey Benson). Le premier malade va séjourner dans les Indes pendant vingt-deux ans, y prend la lèpre, revient dans son pays, et couche alors avec son frère pendant un an et demi, changeant de vêtements avec lui. Ce frère n'a quitté sa terre natale qu'une seule fois, il y a quarante-six ans, et pour aller passer quelque temps en Angleterre, pays non contaminé. On ne trouve dans ses antécédents aucune cause possible de lèpre que cette cohabitation prolongée avec son frère. Ne pas conclure ici à la contamination de l'homme sain par l'homme malade nous paraît impossible. Ce fait tranche, ce nous semble, définitivement la question. Quoique moins probant, le cas du docteur E. Atkinson (1) est comparable au précédent.

b. *Faits dans lesquels des individus issus de parents sains, mais séjournant dans un pays où la lèpre existe, sont devenus lépreux après avoir eu des relations intimes avec des lépreux.* — Ces faits pullulent, et nous sommes convaincu qu'il suffirait d'une enquête un peu minutieuse et d'une observation attentive continuée pendant plusieurs années, à cause de la longue incubation de la lèpre, pour en constater des quantités dans les pays où règne cette affection. Telles sont les observations de MM. les docteurs Vidal, Poupinel, Costalès, Vallin, Goldschmidt, Drognat-

(1) *Archives de médecine américaines* de juin 1882 et Cinquième meeting annuel de l'Association dermatologique américaine.

Landré, Bemiss (de Maouï), Saxe, etc., etc. (1). Les faits de cette catégorie sont passibles de l'objection suivante : puisqu'ils ont été observés dans des pays où règne la lèpre, comment peut-on savoir s'ils sont vraiment dus à la contagion, ou aux autres causes, *mystérieuses il est vrai*, qu'invoquent les anticontagionnistes comme étiologie de l'affection? Je me bornerai à rappeler ici qu'en dehors de l'hérédité et de la contagion nous ne savons rien de précis sur les origines de la lèpre. Les théories qui incriminent la nourriture ne supportent pas la critique; et, quant à en faire un poison d'origine tellurique, un produit du sol, on doit définitivement y renoncer devant cette vérité basée sur l'analyse rigoureuse des faits qu'il n'y a pas à proprement parler de pays à lèpre (Vidal) : elle existe tout aussi bien en Norvège qu'à Constantinople, qu'au Brésil, à Quito, à une haute altitude et dans l'intérieur des terres que sur le littoral. Elle ne reste pas attachée à la localité, au sol, comme le miasme paludéen, elle suit les individus, et s'implante avec eux sur une terre encore vierge de toute contamination, ainsi que nous allons le voir en étudiant la marche des épidémies. Ce qui fait le pays lépreux, a dit excellemment M. le docteur E. Besnier, c'est le lépreux.

c. *Faits dans lesquels des individus issus de parents sains sont devenus lépreux après avoir séjourné pendant quelque temps dans un pays où la lèpre est endémique et après y avoir été exposés à la contagion.* — Ces faits sont fréquents : citons parmi eux ceux de F. Hebra (2), l'illustre dermatologiste de Vienne, et de Pasquier (3), médecin de la marine. Ils sont passibles des mêmes objections que ceux de la catégorie précédente, objections que pour notre part nous ne saurions admettre.

2° Petites épidémies isolées.

Notre deuxième groupe de preuves de la transmissibilité de la lèpre de l'homme malade à l'homme sain est constitué par les petites épidémies isolées de lèpre que l'on a observées dans ces derniers temps. Elles sont au nombre de deux principales : celle du *cap Breton* (4) dans laquelle une lépreuse, Betty Mac-Carthy, créa autour d'elle un foyer d'infection tel que onze personnes furent contaminées dans sa propre famille et parmi ses amis : trois personnes n'ayant aucun antécédent héréditaire, étrangères à la famille Mac-Carthy, furent atteintes de lèpre pour avoir eu des relations intimes avec des lépreux de cette famille; celle de la *Louisiane* dans laquelle sept cas de lèpre se développèrent autour d'une lépreuse, Mme Ourblanc, soit dans sa propre famille, soit parmi les personnes qui avaient des relations avec elle, dans des conditions tout à fait analogues à celles de l'épidémie précédente.

Comme nous le disions dans notre mémoire de 1885, quand une maladie est contagieuse, un individu qui en est atteint, placé dans un milieu jusque-là indemne, crée autour de lui un foyer d'infection ; c'est même l'étude de ces petites épidémies partielles, quand on peut en observer d'assez localisées, qui permet le mieux de préciser le mode de propagation de la maladie et son degré de transmissibilité. La possibilité pour un sujet contaminé de développer ainsi un foyer d'infection au milieu d'une population primitivement saine, constitue la caractéristique même de l'affection contagieuse.

3° Grandes épidémies insulaires récentes.

A ce point de vue on peut considérer comme un argument typique les grandes épidémies insulaires dans lesquelles le germe morbide apporté par des navigateurs se développe au milieu d'une population jusque-là non contaminée. Ces exemples existent pour la lèpre. Voici, en effet, ce que dit M. le docteur Le Juge de Segrais à propos de l'île Maurice :

« La lèpre n'existait pas à l'île de France en 1665. Cet état d'immunité dura jusqu'en 1743, époque à laquelle un navire danois laissa dans cette île un de ses passagers atteint de lèpre. Dix ans plus tard (1), on constatait des cas isolés de lèpre. Vingt ans après, ces cas avaient augmenté dans une proportion effrayante; et, en 1810, lorsque les Anglais prirent possession de l'île, il fut décidé qu'un asile serait créé pour les lépreux indigents.... On les compte actuellement par plusieurs milliers. Pour tous les médecins qui ont exercé à Maurice et qui connaissent cette maladie dans tous ses détails, la lèpre est essentiellement contagieuse. »

Il est une autre épidémie insulaire beaucoup plus connue, mais beaucoup plus discutée, quoique à notre avis elle soit tout aussi probante que celle de l'île Maurice, c'est celle des îles Sandwich. D'après les documents les plus authentiques, il paraît établi que la lèpre n'existait pas aux îles Sandwich ou tout au moins qu'elle n'y faisait que fort peu de ravages au commencement du siècle. A partir de l'immigration des coolies chinois qui commença vers 1840, la situation changea complètement, et bientôt une épidémie terrible de lèpre sévit sur la population indigène, soit que cette maladie eût été réellement introduite à ce moment-là par les Chinois, soit que ceux-ci n'eussent fait qu'apporter des germes nouveaux. Voici ce qu'en dit notre savant et et très honoré maître M. le docteur E. Besnier dans son si remarquable travail (11 octobre 1887, p. 42): « Ce qui n'est pas contestable et ce qui n'est pas contesté, c'est le développement rapide d'une véritable épidémie lépreuse, aux îles Sandwich après 1850; la coïncidence de cette explosion avec l'arrivée des Chinois est également hors de contestation et c'est sous le nom de mal chinois que les indigènes désignent la lèpre.... J'accorderais volontiers à M. Le Roy de Méricourt qu'il y avait déjà eu (1) antérieurement des lépreux aux îles; mais contrairement à mes deux collègues (MM. les docteurs E. Vidal et Le Roy de Méricourt, entre lesquels une discussion s'était engagée à l'Académie de médecine en 1885 pour savoir si oui ou non la lèpre existait aux îles Sandwich avant 1840) je déclare qu'au point de vue du litige réel, c'est-à-dire de la question de savoir si l'épidémie actuelle de Sandwich a été ou non apportée par les Chinois, le point en litige est de très médiocre importance, car les deux faits ne s'excluent pas l'un l'autre, et, alors même que la présence des lépreux aux îles dans les temps passés serait prouvée sans réplique (ce qui n'a pas été fait), cela ne démontrerait pas que la grande explosion

(1) Voir pour les détails de ces cas et pour les indications bibliographiques mon mémoire de 1885. Je ne peux à mon grand regret entrer dans de plus grands développements à cause des limites qui me sont fixées.

(2) *Traité des maladies de la peau* (vol. II, rédigé par Kaposi, p. 522, 1878).

(3) Cité par Cavasse, médecin de la marine. Thèse de Paris, 1881.

(4) Voy. notre mémoire de 1885.

(1) Nous ne saurions trop faire remarquer que dans tous ces faits de créations de foyers dans des pays primitivement sains autour d'un individu contaminé, un certain temps (plusieurs années d'ordinaire), sépare toujours l'arrivée du premier malade du moment où les premiers cas de contagion se déclarent. Ceci prouve : 1° que l'incubation de la lèpre est fort longue; 2° que la contagion est bien la cause réelle de l'extension du mal.

épidémique actuelle n'est pas une importation de germes nouveaux.

« En effet, l'histoire des épidémies montre en toute évidence la réalité des importations successives ou réimportations dans un même lieu, d'une même maladie, sous une forme suractivée, alors même que cette maladie y avait déjà existé ou y était restée à l'état endémique, et l'arrivée aux îles Sandwich de lépreux non indigènes aurait parfaitement pu créer un foyer épidémique nouveau, alors même qu'il y aurait eu antérieurement des lépreux dans les îles.

« Les maladies séculaires comme la lèpre subissent parfois des affaissements dont la durée et le degré sont tels que la maladie, devenue rare, fruste, plus ou moins bénigne, cesse d'être reconnue. C'est en présence d'un phénomène de ce genre que le retour des croisés en Europe donna lieu à une explosion violente de la lèpre dans toute la chrétienté, au moment précis où elle commençait à disparaître de l'Europe centrale. Le cas est exactement le même pour les îles Sandwich, où il y avait déjà eu très vraisemblablement des lépreux dans le passé, mais où, avant l'arrivée des Chinois, la lèpre était devenue si rare que les médecins européens, qui y exerçaient à cette époque, n'en connaissaient pas l'existence. »

Or, d'après beaucoup de médecins des îles Hawaï, en particulier d'après Hillebrand, le premier cas récemment importé aurait été celui du Chinois Ahia, qui demeurait près de Honolulu, et chez lequel on aurait diagnostiqué la lèpre vers 1853. A cette époque encore, il semble avoir été le seul lépreux nettement connu dans l'île. Le docteur Hillebrand le signala à l'attention du gouvernement. Huit ans plus tard, quelques-uns de ses voisins et de ses amis étaient devenus lépreux. Dès lors, la maladie s'étendit avec la plus grande rapidité; les individus contaminés s'étant dispersés, on put en quelque sorte les suivre à la trace, chacun créant de nouveaux foyers d'infection aux endroits où il s'établissait.

Quand M. le docteur Le Roy de Méricourt vient nous reprocher de n'avoir pas tenu compte, dans l'étude de l'extension de la lèpre aux îles Sandwich, de l'état de déchéance physique et morale des habitants de ces îles, il n'est pas tout à fait dans le vrai, puisque, dès 1885, nous écrivions ce qui suit : « Une extension aussi rapide, aussi subite de la maladie (deux mille lépreux environ en 1879-1880, sur une population de quarante-quatre mille âmes à peine), ne peut évidemment s'expliquer que par la contagion : elle resterait cependant incompréhensible pour quiconque connaît les allures chroniques de la lèpre, sa longue incubation habituelle, si l'on ne faisait pas attention aux conditions toutes particulières si favorables à son développement qu'elle a trouvées aux Sandwich. C'était une population nouvelle, ayant toute sa réceptivité pour la maladie, débilité par la syphilis, par ses habitudes licencieuses notoires, par sa mauvaise hygiène, etc..... »

En somme, nous venons d'assister dans ces îles à la reproduction en petit de ce qui s'est passé en Europe, au moyen âge. Après une période d'extension rapide et de grande virulence (au début de l'épidémie, en 1860, la lèpre tuait en trois ou cinq ans, tandis qu'actuellement sa durée moyenne est de dix à quinze ans), la lèpre va y prendre des allures plus calmes et plus régulières. Bientôt il sera fort difficile d'y observer des faits nets de contagion. Bientôt, on rapportera tous les cas à l'hérédité mal comprise, peut-être au régime ou au climat, et l'on oubliera les enseignements du début de l'épidémie.

(1) Cependant ce fait n'est nullement prouvé. Voyez pour toute cette discussion notre mémoire et celui de M. le docteur E. Besnier où cette question est traitée avec la plus grande impartialité.

4° Évolution des grandes épidémies de lèpre.

Nous trouvons enfin, ce nous semble, la quatrième grande preuve clinique de la transmissibilité de la lèpre de l'homme malade à l'homme sain, dans l'évolution constamment suivie par les grandes épidémies de lèpre. Toujours cette affection s'est déplacée suivant les courants humains : toujours elle s'est développée dans les populations insouciantes; toujours, au contraire, elle a rétrocédé quand on a pris de rigoureuses mesures d'hygiène ou d'isolement des lépreux. Ce qui s'est passé en Europe, au moyen âge, ce qui se passe en ce moment-ci en Norvège où depuis que les lépreux sont internés leur nombre diminue rapidement, tout un ensemble de faits sur lesquels nous ne pouvons malheureusement insister ici, démontrent surabondamment la vérité de ces propositions.

Telle est l'argumentation que j'ai cru devoir soutenir dès 1885 en faveur de la possibilité de la transmission de la lèpre de l'homme malade à l'homme sain. Je le répète, jamais, jusqu'à ce jour, elle n'a été sérieusement attaquée.

II

Travaux de MM. les docteurs Leloir et E. Besnier. — J'ai eu le plaisir de la voir reproduire presque *in extenso* dans le beau *Traité de la lèpre* de mon excellent ami M. le professeur Leloir, de Lille, auquel je renvoie pour plus de détails, et en particulier pour la discussion de l'hérédité lépreuse.

Enfin, le 11 octobre 1887, mon maître éminent, M. le docteur E. Besnier, a lu à l'Académie de médecine un travail qui restera comme le plaidoyer le plus complet, le plus serré, le plus lumineux qui ait jamais été fait en faveur de la doctrine que nous défendons.

On trouvera le compte rendu de ce mémoire vraiment admirable comme forme et comme fond, ainsi que l'a si généreusement dit M. Le Roy de Méricourt, dans la *Gazette hebdomadaire* de 1887. J'en rappellerai seulement les grandes lignes. Après avoir démontré la nature parasitaire et bacillaire de la maladie, après avoir étudié les localisations du bacille de Hansen dans les liquides et dans les solides de l'organisme, l'auteur examine les origines et les modes de propagation de l'affection : la lèpre est due à un bacille : toute la question se résume à savoir d'où vient ce bacille. Or l'origine extérieure et la transmission indirecte de la lèpre n'ont encore été que fort insuffisamment étudiées. Dans un chapitre des plus importants, qu'il faudrait citer en entier et dont les notes présentent la plus riche collection de documents que l'on ait encore réunis sur le sujet, il démontre, comme nous l'avions déjà fait après notre maître M. le docteur E. Vidal, que la lèpre est directement transmissible du lépreux à l'homme sain. Il y complète toutes les preuves que nous avons énumérées plus haut, apporte de nouveaux faits, entre autres celui de Gairdner, dans lequel la lèpre a été inoculée par la vaccination, et dont voici le résumé. Le docteur X..., qui exerçait sous les tropiques, eut l'imprudence de vacciner son propre enfant avec du virus pris sur un enfant issu d'une famille de lépreux, chez lequel (mais ceci n'a pas été

prouvé d'une manière définitive) la lèpre s'est ensuite déclarée; puis il se servit de son propre enfant comme vaccinifère pour vacciner un deuxième enfant. L'enfant du médecin devint nettement lépreux, et sa maladie fut constatée en Europe par le docteur Gairdner, de Glascow; quant au deuxième enfant, il était déjà arrivé à la période cachectique de la lèpre à l'époque où l'observation fut publiée, le 11 juin 1887.

M. le docteur E. Besnier étudie ensuite la question de la transmission héréditaire de la lèpre ou de l'hérédo-contagion lépreuse. Il montre que cette doctrine, que la plupart des médecins admettent dans la plus large mesure, ne repose en réalité que sur des faits assez peu probants et bien moins nombreux qu'on ne le croirait au premier abord. « La fréquence de la lèpre chez les enfants des lépreux n'est pas à contester; ce qui reste à l'étude, c'est de savoir si le fait d'habiter un foyer lépreux, d'être nourri par une mère lépreuse, de cohabiter intimement avec des parents lépreux depuis le jour de la naissance ne doit pas entrer en ligne de compte dans la recherche de la paternité réelle de la maladie, alors que celle-ci n'apparaît qu'un nombre d'années souvent fort grand après la naissance...

« Si j'insiste sur ce point c'est uniquement pour montrer sur quelles bases débiles repose la doctrine de l'hérédité de la lèpre et non pour établir que la lèpre ne peut pas se transmettre *in utero*. Je crois, au contraire, que cette transmission, comme celle de toutes les maladies contagieuses, sans exception, peut se faire pendant la conception ou durant la vie intra-utérine... Dans la lèpre comme dans la syphilis la contamination du germe fœtal directement par le bacille paternel est très peu probable. Si le germe fœtal subit l'infection alors que son individualité vitale est déjà établie et ce ne peut plus être alors que par la voie utéro-placentaire, deux cas peuvent se présenter absolument comme pour la syphilis, l'arrêt de développement et la mort avant terme ou la non-viabilité à la naissance (ce qui a été constaté), et la naissance à terme avec apparition des accidents dans les premiers mois ou dans les premières années de la vie... Pour un enfant de lépreux qui naît à terme et viable, les chances d'hérédité lépreuse sont véritablement faibles; alors même que le père et la mère sont lépreux, l'hérédité de la maladie n'est jamais fatale, et si l'on pouvait isoler et dépayser, aussitôt après leur naissance, les enfants des lépreux, on aurait par là même réalisé le plus sûr et le meilleur mode d'extinction de la lèpre...

« Considérée en elle-même, l'hérédité générale comprend trois termes : l'hérédité physiologique, l'hérédité constitutionnelle, l'hérédité virulente ou contagieuse. Dans ce dernier mode héréditaire qui est évidemment celui de la lèpre, il ne s'agit plus de reproduction de modalités organiques, mais de la transmission de toutes pièces d'un germe extrinsèque que les générateurs ont, eux-mêmes, antérieurement reçu du dehors. Ce n'est plus de l'hérédité au sens ancien, de l'hérédité pure ni vraie, ni une tare formative de la cellule initiale; c'est, en termes clairs, de la transmission, de l'implantation, de l'inoculation, en un mot de la contagion sur un mode particulier, l'hérédocontagion.

« Tel est le cas pour la lèpre et pour les maladies virulentes, lesquelles peuvent être contractées après comme avant la naissance et qui ne sont pas plus héréditaires au sens ancien du mot que ne l'est la variole contractée dans l'utérus; toutes, elles résultent de la transmission faite de toutes pièces, des générateurs au produit, d'un élément spécifique extrinsèque introduit par la voie séminale ou plus certainement par la circulation utéroplacentaire. Démontrée pour la lèpre, la notion de cette transmissibilité établit clairement que loin d'être opposables l'une à l'autre, la notion de l'hérédité de la lèpre et celle de sa contagiosité se confirment, au contraire, et se prouvent l'une par l'autre. » (Besnier, *loc. cit.*, p. 55 et suivantes.)

Il n'y a rien à ajouter à une argumentation aussi brillante et aussi solide. Nous croyons en avoir assez dit, bien que nous n'ayons fait que résumer fort brièvement les travaux que nous venons de citer pour que nos lecteurs soient édifiés sur la question de la transmissibilité de la lèpre de l'homme malade à l'homme sain.

Nous devons cependant examiner les objections des anticontagionnistes, d'autant plus que dans leurs mémoires MM. Vidal, Brocq, Leloir et Besnier ont pris soin de formuler ces objections avec la plus complète impartialité, de les discuter et de les réfuter, bien que ce pût sembler inutile en présence des faits positifs qu'ils apportaient.

Brocq.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Salpingite tuberculeuse a forme kystique, par M. le docteur Jeannel, professeur à l'École de médecine de Toulouse.

(Fin. — Voyez le numéro 21.)

Réflexions. — L'observation qui précède me semble prêter à des considérations diagnostiques, à des considérations pathogéniques, enfin à des considérations thérapeutiques.

1° *Considérations diagnostiques.* — Je ne suis certes pas le premier qui ait confondu un kyste de la trompe avec un kyste de l'ovaire; je puis même m'accorder la consolation de constater que j'ai commis cette erreur en fort bonne compagnie : en effet, Sims (*American Journal of obstetric*, juin 1886. — *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, 1886, p. 399) prit pour un kyste de l'ovaire une trompe dilatée par du pus; de même, le professeur Trélat et Terrier ont confondu, d'un commun accord, une pyo-salpingite avec un kyste dermoïde suppuré (*Revue de chirurgie*, 10 août 1886, p. 656); de même encore, Spencer Wells (*Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs abdominales*, 1886, édition française, J. Keser, p. 310), entreprit la laparatomie pour enlever une tumeur abdominale remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic, qu'il croyait être un kyste multiloculaire de l'ovaire et qui était une hydrosalpingite double. Les auteurs citent encore un cas de Peaslee (*New York medical Journal*, 1870) que je n'ai pas pu me procurer, où une hydropisie de la trompe gauche fut confondue avec un kyste ovarique. Lawson Tait à la vérité, dans les longues pages qu'il consacre au diagnostic différentiel des kystomes de l'ovaire (*Traité des maladies des ovaires et des oviductes*, traduction Olivier, Paris, 1886, p. 246 et suiv.) ne dit mot de la confusion possible avec un kyste de la trompe; bien plus, à la page 79 de son livre, il émet des doutes sur l'exactitude de la description, dans la majorité des cas où on a décrit des dilatations des trompes dont le volume était assez grand pour rivaliser avec les tumeurs de l'ovaire. Le même auteur parle de six ou sept cas où il a trouvé les trompes distendues par du liquide sans avoir pu les enlever et où il s'est borné à les drainer. Il ne dit point que le volume fût dans ces cas

considérable, ni qu'il y ait eu confusion avec un kyste ovarique.

En revanche, C. Schrœder (*Maladies des organes génitaux de la femme*, 6e édition, traduction Lauwers et Hertoghe, 1886, p. 410 et 411) déclare aussi, en citant le cas de Peaslee, que lorsque l'hydropisie de la trompe atteint un volume extraordinaire, elle prend tous les caractères des kystes de l'ovaire. Enfin en France, Courty (*Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*, 2e édition, 1872, p. 1133) déclare, sans avoir cependant de faits personnels à relater, « qu'il n'est pas douteux que les difficultés du diagnostic de l'hydropisie des trompes n'aient fait prendre souvent les kystes des trompes pour des kystes de l'ovaire ». Courty cite en note un cas de Puistienne (*Remarques et observations des tumeurs enkystées pelviennes ou abdominales chez la femme*, Paris, 1867, p. 47) où il s'agit d'une double hydropisie enkystée des trompes, dont la gauche unie au ligament large a fait penser à un kyste de l'ovaire peu avancé dans son développement (1).

Il est donc bien acquis que lorsque du liquide, pus ou sérosité, s'accumule dans une portion limitée de la trompe, ou bien encore lorsque la trompe est régulièrement dilatée en son entier sous forme de kyste volumineux, il devient très difficile de distinguer le kyste de la trompe d'un kyste de l'ovaire. Cependant, si j'en juge par le cas que j'ai observé, il est peut-être une donnée dont il faudra tenir compte à l'avenir.

Les kystes de la trompe se développent soit dans le ligament large, soit au dehors. Lorsqu'ils se développent dans le ligament large, ils déplacent l'utérus comme les kystes de l'ovaire inclus dans le même ligament. Lorsqu'ils se développent au dehors, ils commencent par remplir et combler le repli de Douglas.

Le plus souvent, du reste, le kyste de la trompe tout comme le kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large, se développe à la fois dans ce ligament et en dehors de lui, dans le repli de Douglas, c'est-à-dire que le kyste de la trompe offre des caractères communs avec le kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large et remplissant, en y adhérant, le repli de Douglas.

Les kystes de l'ovaire inclus dans le ligament large sont multiloculaires ou uniloculaires et ces derniers sont pour la plupart des kystes parovariens. Or c'est principalement avec les kystes uniloculaires que les kystes salpingés peuvent être confondus, puisqu'ils sont eux-mêmes uniloculaires. Spencer Wells, il est vrai, avait bien diagnostiqué un kyste ovarien uniloculaire, mais l'hydro-salpinx était double, ce qui n'est pas le cas ordinaire.

Mais les kystes uniloculaires ou paraovariens ont justement des caractères qui, même alors qu'ils sont inclus dans le ligament large, les distinguent des kystes salpingés : la minceur de leur paroi, leur mobilité et dans le cas de ponction exploratrice, la limpidité et la composition du liquide qu'ils contiennent, doivent être opposés à l'épaisseur, à la raideur des parois, à la fixité et à la composition du liquide des kystes salpingés. On ne confondra donc pas un kyste salpingé avec un kyste paraovarien.

Il est vrai qu'il est des kystes ovariens véritables qui offrent cliniquement tous les signes des kystes uniloculaires : ces kystes peuvent être également inclus dans le ligament large, bien que ce soit exceptionnel; leur paroi peut avoir une certaine raideur, bref ils peuvent en imposer pour des kystes salpingés, si bien qu'en quelques cas, l'erreur sera facile. Toutefois, je pense, après le professeur Trélat et Terrier, du reste (*Revue de chirurgie*, 1886, p. 663) je pense, dis-je, qu'il faut accorder une grande valeur diagnostique aux signes de l'inclusion dans le ligament large avec adhérence totale au repli de Douglas, dans les cas de kystes uniloculaires, non parovariens, lorsque l'ensemble des phénomènes observés ne procure pas au chirurgien la certitude.

En outre, si les kystes ovariens inclus dans le ligament ne sont pas, par là même, privés d'adhérences à l'intestin ou à la paroi abdominale, ces adhérences n'atteignent pas chez eux la généralité et l'intimité qu'elles contractent lorsqu'il s'agit d'une salpingite où les poussées péritonitiques sont la règle principalement au début de la maladie.

En résumé, j'estime que lorsqu'un kyste uniloculaire à parois épaisses présentera avec le signe de l'inclusion dans le ligament et de l'adhérence au repli de Douglas, les signes de nombreuses et intimes adhérences à la paroi abdominale, il y aura lieu de songer à la possibilité d'un kyste salpingé.

Quant à moi, dans le fait que j'ai observé, j'ai diagnostiqué : un kyste uniloculaire, d'origine ovarienne, développé, derrière l'utérus, dans le repli de Douglas et dans le ligament large sans doute. Je me reproche de n'avoir pas été plus loin en cherchant les caractères différentiels des kystes ovariens uniloculaires. Certes, je n'ai pas un instant pensé à l'existence d'un kyste paraovarique dont tous les signes classiques faisaient défaut; mais peut-être eût-il été possible d'éliminer totalement l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire en insistant sur les phénomènes douloureux péritonitiques du début et sur l'immobilité relative de la tumeur, qui témoignait de l'existence d'adhérences nombreuses et intimes, au moins peu habituelles, dans les kystes de l'ovaire.

Mais à supposer que le diagnostic de kyste de la trompe eût été posé, s'ensuit-il que le diagnostic pathogénique eût pu être établi ? Assurément, une ponction exploratrice, en amenant du pus, eût établi l'existence d'une pyo-salpingite dont j'aurais été amené à rechercher l'origine, si bien qu'à force de raisonnements, j'eusse pu aboutir à conclure à la tuberculose. Mais pourquoi une ponction exploratrice, puisqu'il ne subsistait aucun doute sur la présence d'une tumeur liquide? Je suis de ceux qui pensent que la ponction exploratrice ne doit être pratiquée qu'en cas de nécessité et j'ai par devers moi deux faits pour démontrer que cette simple opération peut être suivie d'accidents graves. Or j'avais ici la certitude de la présence d'une tumeur liquide; rien ne me permettait de soupçonner la purulence et encore moins la purulence spécifique, la malade étant dans un état de superbe santé. Donc, pourquoi une ponction exploratrice? Dans le cas qu'ils ont observé et traité, les professeurs Trélat et Terrier ont pratiqué une ponction exploratrice; que leur a-t-elle appris? Qu'il ne s'agissait ni d'un fibrome ni d'une néoformation maligne, ce qui était bien à prévoir, mais qu'il s'agissait d'une tumeur liquide suppurée qu'ils ont cru être un kyste dermoïde enflammé.

Au surplus, à en croire les gynécologues les plus expérimentés, le diagnostic de la tuberculose des trompes n'est pas des plus commodes. « Le diagnostic ne peut être fait que tout à fait exceptionnellement, du moins lorsque la tuberculose des trompes est primitive, » dit Carl Schrœder (*Maladies des organes génitaux de la femme*, 6e édition, traduction Lauwers et Hertoghe, 1886, p. 375). « Le cancer et la tuberculose s'étendent de l'utérus dans les trompes, mais nous pouvons laisser de côté toutes ces affections, en disant que leur diagnostic est impossible et qu'il serait de peu d'importance s'il pouvait être fait; » dit Lawson Tait (*Maladies des ovaires et des oviductes*, traduction Olivier, Paris, 1886, p. 100) qui semble vouloir ignorer la tuber-

(1) J'ai communiqué le présent travail au Congrès de Toulouse le 24 septembre 1887; depuis M. Lucas-Championnière a communiqué le 12 janvier 1888, à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, l'observation d'une laparatomie pratiquée par lui, le 9 janvier 1888, pour une salpyngite purulente, qui contenait 1200 grammes de pus. M. Championnière ignorait du reste mon observation, qui pourtant a été résumée par M. Secheyron dans les *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1887, p. 525.

culose des trompes en raison de son impuissance à la reconnaître; tout comme Emmet (*La pratique des maladies des femmes*, traduction Olivier, 1887) qui ignore en vérité cette forme de salpingite, puisqu'il n'en dit pas un mot. En France d'ailleurs, les gynécologues ne sont guère plus avancés, car si les travaux de Siredey (*De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus, dans les affections utérines*, thèse de Paris, 1860), de Brouardel (*De la tuberculisation des organes génitaux de la femme*, thèse de Paris, 1865) et de leurs élèves, et de Courty lui-même, ont établi l'anatomie pathologique de la salpingite tuberculeuse, il faut bien avouer qu'ils n'ont pas éclairé d'un jour égal la séméiologie de cette affection.

C'en est assez du reste sur la question du diagnostic, le fait est que j'ai commis une erreur, et que, tout bien considéré, je ne puis affirmer qu'en pareille occurrence je ne récidiverai pas.

2° *Considérations pathogéniques.* — En somme, il s'agissait d'une forme de tuberculose de la trompe que je n'ai trouvée décrite nulle part. La trompe tuberculeuse ne se dilate pas en effet d'ordinaire ainsi sous forme de kyste unique : elle s'hypertrophie, se dilate en fuseau plus ou moins bosselé; elle devient noueuse en s'allongeant : je ne connais pas de cas où la trompe régulièrement augmentée de volume et allongée ait été trouvée brusquement dilatée en un seul point de son trajet sous forme d'un volumineux abcès froid. Mais ma bibliothèque est limitée, peut-être qu'en fouillant une bibliographie plus riche et plus importante eussé-je trouvé un cas analogue au mien (1).

D'ailleurs les lésions anatomiques n'offrent chez ma malade rien de spécial en soi. Elles peuvent être résumées ainsi : granulations tuberculeuses à la surface péritonéale et dans les adhérences du kyste; granulations dans l'épaisseur de la paroi propre du kyste; granulations en fonte purulente dans le tissu sous-muqueux du kyste ; desquamation ou plus exactement disparition de la muqueuse de la trompe ectasiée; pus ou muco-pus, ayant l'aspect du pus d'un abcès froid ordinaire, dans la cavité du kyste.

A tout prendre, les lésions de la salpingite tuberculeuse ne sont autres que celles d'un vulgaire abcès froid à marche envahissante, si bien décrite par M. le professeur Lannelongue; de telle sorte que la pathogénie de la lésion est assurément la même que celle d'un abcès froid quelconque. Une inoculation tuberculeuse se fait en un point sous la muqueuse excoriée ou malade de la trompe : un tubercule se développe là, y pullule, forme d'abord un noyau caséeux, puis un abcès qui s'enkyste; les tubercules qui tapissent la paroi de l'abcès, envahissent le kyste : ce kyste est d'abord constitué par la paroi même de la trompe qui réagit en s'enflammant et en s'hypertrophiant; puis par les progrès de la pullulation tuberculeuse, la paroi de la trompe ou du kyste est franchie par les colonies de tubercules; la surface péritonéale est envahie, une péritonite tuberculeuse localisée à toute la périphérie du kyste établit des adhérences totales, lesquelles sont envahies à leur tour. En même temps, d'ailleurs, le pus résultant de la fonte des tubercules les plus anciens s'accumule dans la trompe ectasiée; plus la fonte tuberculeuse centrale progresse, plus la paroi du kyste ou de la trompe hypertrophiée s'use et s'amincit jusqu'à être remplacée parfois par des adhérences péritonéales, jusqu'à être perforée d'autres fois, si bien que le contenu de l'abcès se déverse dans un abcès franchement péritonéal comme le fait a été signalé pour le pyo-salpinx (Schrœder, p. 372), et même, si je ne me trompe, pour la tuberculose des ovaires (Brouardel). Ainsi tout s'explique, et l'abcès lui-même et les adhérences totales qui l'enserrent dans le ventre, et l'infiltration tuberculeuse de ces adhérences elles-mêmes, à l'exclusion du reste de la séreuse abdominale. Mais alors il faut absolument admettre, comme point de départ de l'abcès, un dépôt tuberculeux dans la trompe. Or ce dépôt peut résulter soit d'une inoculation directe et primitive, soit d'une localisation d'une tuberculose déjà existante, latente dans l'organisme. Dans le premier cas, la salpingite tuberculeuse est la lésion initiale d'une tuberculose généralisée qui débute, comme le bouton de vaccine est la lésion initiale de la vaccine; dans le second cas, la salpingite tuberculeuse représente l'une des manifestations, la première ou la dernière, d'une tuberculose latente, récente ou ancienne, entrée par une autre porte que la porte génitale et déjà en possession de l'organisme, tout comme un bouton de variole, le premier ou le dernier, exprime une infection varioleuse effectuée sans en marquer ni en trahir la porte d'entrée.

Si l'abcès salpingé résulte de l'inoculation tuberculeuse initiale, de même que s'il exprime la première localisation d'une tuberculose latente entrée par ailleurs, il constituera la lésion la plus intense et la plus ancienne de l'infection, qui se localisera ultérieurement sur les autres viscères, sous forme de lésions récentes. Si au contraire la tuberculisation salpingée résulte d'une localisation tardive d'une infection ancienne, les lésions viscérales seront plus âgées ou tout au moins contemporaines. Inutile d'insister, cela est évident. Or, chez ma malade l'autopsie a bien montré, après l'observation elle-même du reste, que la tuberculose avait bien débuté par la trompe. Le péritoine lui-même n'était pas en effet totalement envahi, il n'existait de tubercules qu'au voisinage du foyer traumatique, et, quant aux viscères, le foie et les poumons, absolument sains d'ailleurs avant l'intervention chirurgicale, étaient seuls atteints d'une tuberculose assurément récente, puisque l'éruption était encore discrète et les tubercules relativement jeunes. La tuberculose de la trompe était donc bien primitive.

Résultait-elle d'une inoculation directe? ou bien exprimait-elle la première localisation d'une tuberculose latente? Il est bien difficile sinon impossible de le décider : les deux hypothèses sont défendables. Si comme Landouzy et Martin l'ont démontré (1), le sperme lui-même peut être le véhicule du virus tuberculeux, l'inoculation directe est possible pour la femme après un coït avec un tuberculeux. D'autre part, l'acquisition d'une vaginite blennorrhagique, suivie d'une métrite et d'une salpingite de même nature, peut aussi bien créer un lieu de moindre résistance pour la première localisation d'une tuberculose latente, dont la porte d'entrée serait restée ignorée.

3° *Considérations thérapeutiques.* — En résumé, la tuberculose salpingée chez ma malade résultait, soit d'une inoculation directe, soit d'une localisation. Peu importe du reste, car au point de vue pratique, c'est-à-dire au point de vue des indications de l'intervention chirurgicale, la conséquence est identique. En effet, l'absorption du virus tuberculeux, après inoculation, est aussi rapide que celle de tous les autres virus, je l'ai démontré expérimentalement dans un travail actuellement sous presse (2). Elle exige dix minutes chez le lapin, un temps indéterminé et indéterminable, mais assurément court chez l'homme. Or, une fois le virus absorbé, le sujet se trouve atteint à la fois d'une lésion locale résultant de la pullulation du virus au point inoculé qui verse continuellement son virus en culture dans le sang, et d'une infection générale latente, qui s'intensifie et se cultive tous les jours et qui ne cherche que

(1) Une observation de Secheyron (*Tuberculisation miliaire des poumons; tuberculose des trompes utérines, Société anatomique*, 10 décembre 18 6; *Progrès médical*, 1887, p. 250) présente cependant avec la mienne une lointaine analogie.

(1) Landouzy et Martin, *Sur quelques faits expérimentaux relatifs à l'histoire de l'hérédo-tuberculose.* (Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose, publiées sous la direction de M. le professeur Verneuil, fascicule 1er, p. 59 et suiv. Paris, 1887.)

(2) *Recherches sur la tuberculose et sa curabilité.* (Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose, publiées sous la direction de M. le professeur Verneuil, fascicule 2, p. 116. Paris, 1887.)

l'occasion d'un lieu de moindre résistance pour se localiser. Cette occasion survient-elle, la localisation tuberculeuse devient un nouveau foyer de pullulation, où le virus est absorbé pour aller intensifier encore l'infection générale.

Dès le début, le virus se trouve dans le sang à l'état de dilution. Le degré de cette dilution augmente si le foyer tuberculeux initial persistant déverse de nouvelles doses de virus dans la circulation, ou bien si l'espèce animale est telle que le sang du sujet inoculé possède les qualités d'un bon milieu de culture pour le bacille de la tuberculose, ce qui est chez le lapin et ce qui n'est pas chez l'homme.

La dilution du virus augmentant, des tuberculoses localisées plus ou moins multiples, suivant la multiplicité des lieux de moindre résistance, se développeront et viendront à leur tour déverser dans le sang un renfort de bacilles, jusqu'à ce que le sang absolument envahi et transformé perde ses qualités nutritives et sème en toutes places les bacilles qu'il charrie.

Donc, si l'on supprime totalement le foyer initial ou les foyers secondaires localisés à temps, c'est-à-dire avant que le degré de dilution du virus dans le sang soit excessif et irrémédiable, on aura chance de rendre service au malade en lui enlevant les sources d'intensification de sa tuberculose sanguine. On lui laissera, il est vrai, une tuberculose latente prête à se localiser de nouveau, mais contre cette tuberculose latente, étant donné que le sang demeure un mauvais milieu de culture pour le virus, la thérapeutique générale est fortement armée.

Telle est la théorie de la tuberculose à laquelle mes recherches et mes réflexions m'ont conduit et dont j'espère pouvoir démontrer un jour expérimentalement le bien fondé. Je veux seulement dire ici combien cette théorie est chirurgicalement encourageante puisqu'elle permet d'espérer la guérison de la tuberculose à condition que tous les foyers locaux soient totalement supprimés, avant que la dilution du virus dans le sang soit devenue trop concentrée.

Pour en revenir à mon opérée et à la salpingite tuberculeuse en général, il est évident que la condition indispensable de l'utilité de l'opération étant ici comme partout, l'extirpation totale du foyer de localisation de la tuberculose générale, se trouve dans l'espèce impossible à réaliser. En effet, il suffit de lire la narration de l'opération que j'ai pratiquée pour voir qu'il était matériellement impossible d'enlever tous les tubercules, semés par milliers dans les adhérences qui unissaient l'intestin au kyste salpingé et les intestins entre eux autour du kyste. Il suffit de lire la suite de l'observation, où un succès opératoire fut rapidement suivi d'un échec thérapeutique déplorable, puisque l'abcès froid a récidivé dans le foyer traumatique lui-même, conservant bien sa nature et ses lésions spécifiques d'abcès froid, comme l'a bien montré l'autopsie, pour être convaincu que l'extirpation du kyste de la trompe a été insuffisante à enrayer la marche naturelle de la maladie, qui a évolué à peu près comme si aucune opération n'avait été tentée contre elle, parce que l'opération pratiquée avait forcément été incomplète. C'est pourquoi je crois pouvoir conclure que, en cas de salpingite purulente, si le diagnostic de tuberculose était établi sur le vivant, mieux vaudrait s'abstenir d'une intervention chirurgicale, qui par la force des choses ou plutôt par la force des lésions tuberculeuses péritonéales resterait inévitablement incomplète et par conséquent inutile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Application des méthodes de la photochronographie et de la dynamographie à l'étude de la locomotion pathologique de l'homme. Note de MM. *Demeny* et *Quénu*. — Il a semblé aux auteurs que l'on pourrait combler une lacune en esquissant une physiologie pathologique de la marche et en appliquant à l'étude de la marche anormale les méthodes dont M. Marey avait tiré un si grand parti dans ses recherches sur la locomotion en général. Au lieu de prendre les images photographiques et successives complètes, ce qui demande la lumière solaire, et comme les boiteux progressent au-devant d'un fond noir, MM. Demeny et Quénu, obligés d'expérimenter dans les locaux des hôpitaux, se sont servis des lampes électriques à incandescence.

Ces lampes-bijoux s'attachent aux articulations du malade et sont reliées à ce dernier par un petit chariot métallique roulant au-dessus de sa tête et le laissant libre de ses mouvements.

On a ainsi les formes des trajectoires des points principaux du corps. Ces formes sont très différentes suivant les claudications et suffisent pour les caractériser.

Tandis qu'il est photographié ainsi pendant sa marche, le malade appuie le pied sur un dynamomètre enregistreur caché dans la piste qu'il suit. Ce dynamomètre inscripteur indique exactement la pression du pied sur le sol avec sa durée et toutes les phases de son intensité.

Ces indications sont intéressantes à étudier; jointes aux données de la photographie, elles constituent des documents qui promettent de donner des résultats pratiques.

Sur la prétendue fusion des cellules lymphatiques en plasmodes. Note de M. *A. Michel*. — Par l'absence des mouvements d'ensemble, par la séparation possible des éléments réunis pendant leur vie ou à leur mort, par la mort successive aux différents points de la périphérie ou de l'extérieur, par l'observation directe de la structure, surtout après fixation et coloration et principalement par le gonflement artificiel en vésicules, M. Michel croit avoir démontré, au moins pour le lombric, que, contrairement à l'opinion de M. Geddes, les cellules lymphatiques ne se fusionnent pas en plasmodes, mais s'accolent seulement en conservant leur individualité révélée par les observations précédentes pour former des associations qu'il appelle des pseudo-plasmodes.

Sur un nouveau perfectionnement apporté à la numération des éléments figurés du sang. Note de M. *Mayet* (de Lyon). — Dans une précédente note l'auteur a indiqué la formule d'un sérum artificiel de dilution donnant de bons résultats pour effectuer la numération des globules rouges et blancs du sang.

Depuis lors l'auteur a reconnu que malgré sa supériorité réelle sur les sérums employés auparavant, ce procédé pouvait être perfectionné. Il propose donc aujourd'hui le nouveau moyen suivant:

Le sang, sous le volume de 4 millimètres cubes, est mélangé d'abord à 500 millimètres cubes de solution aqueuse d'acide osmique au centième dans le but de fixer les éléments dans leur forme et de les rendre colorables. Après trois minutes d'attente on ajoute au mélange 500 millimètres cubes du liquide suivant:

Glycérine pure........................	45	centimètres cubes.
Eau distillée	55	—
Eosine en solution aqueuse au centième.	17	—

Les hématies se colorent vivement, les leucocytes ne prennent pas ou prennent à peine la matière colorante.

La différence de teinte rend facile la numération des deux ordres d'éléments. On n'est pas exposé à les confondre entre eux, ce qui ne pouvait pas toujours être évité pour quelques-uns avec le sérum sucré et phosphaté que l'auteur avait primitivement proposé.

La répartition, dans le porte-objet des appareils de M. Hayem ou de M. Malassez, est uniforme, grâce à la densité moyenne des deux liquides de dilatation réunis, égale à 1084 environ, et à la viscosité de la glycérine.

On a donc réalisé des chances d'exactitude plus grandes que par l'emploi du procédé primitif et surtout par celui des sérums artificiels à densité faible, peu conservateurs et produisant toujours une répartition inégale des éléments: double cause d'erreur.

La proportion du sang et des liquides de dilution réunis étant la même que dans le procédé de M. Hayem, il suffit, en employant son appareil pour la numération, de multiplier les deux nombres obtenus pour chaque ordre d'éléments par 31000, d'après sa formule, pour obtenir les nombres réels pour 1 millimètre cube de sang.

Sur une nouvelle maladie bactérienne du canard, le choléra des canards. Note de MM. *Cornil* et *Toupet*. — Ces deux savants ont reçu du Jardin d'Acclimatation des canards qui avaient succombé à une maladie épidémique caractérisée : 1° symptomatiquement par de la diarrhée, un affaiblissement progressif, des tremblements musculaires et la mort survenant en deux ou trois jours ; 2° microbiologiquement par des bactéries en bâtonnets courts et arrondis à leurs extrémités, en quantité considérable dans le sang du cœur, de la rate, du foie, etc., bactéries que MM. Cornil et Toupet ont recueillies et cultivées.

Voici les conclusions de leurs expériences sur divers animaux :

1° Le choléra des canards n'est mortel que pour ces animaux ;

2° Il respecte les poules et les pigeons; il ne tue les lapins qu'à haute dose ;

3° Il est moins actif que le choléra des poules qui tue tous ces animaux ;

4° Il doit être considéré comme une maladie distincte du choléra des poules ;

5° Si, en raison des analogies des microbes qui les causent et de leur symptomatologie, on voulait réunir ces deux affections en un seul groupe, il faudrait dire que le virus est fixé dans l'organisme des canards à un degré constant et inférieur à celui des poules.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Gombalat* (de Marseille) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de chirurgie.

M. *Pilloy* envoie une note imprimée sur *une trépanation franque*.

M. le docteur *Romanowski* (à Bedoin, Vaucluse) adresse un mémoire sur l'*action de l'ozone dans les épidémies*.

M. le docteur *Gauthier* (à Charolles, Saône-et-Loire) adresse un *Rapport sur les épidémies* qui ont régné dans cet arrondissement en 1887.

M. le docteur *Camus*, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, envoie un *Exposé de l'organisation des lazarets militaires de Sidi-Ferruch et de Matifou en* 1886-1887.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage du 18e fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique*, allant du mot *Quinquina* au mot *Salz*. Il dépose, en outre, des échantillons de *pains fabriqués avec de la farine de soya*, par M. *Lecerf*.

M. *Chatin* présente un mémoire de M. *G. Jacquemin* (de Nancy) sur *le vin d'orge*. M. *Pasteur* confirme l'intérêt de ce produit et sa valeur alimentaire.

M. *Larrey* dépose : 1° un mémoire de *sir Fayrer* (de Londres) sur l'*histoire naturelle et l'épidémiologie du choléra;* 2° une note de M. le docteur *Gavoy*, médecin principal de l'armée, sur *un appareil pour le transport des malades et des blessés en campagne par les chemins de fer*.

M. *Th. Roussel* présente un mémoire de M. le docteur *Lédé* sur l'*industrie nourricière à Paris de* 1878 *à* 1887.

M. *Laboulbène* dépose des mémoires de M. le docteur *Leudet* sur *les eaux minérales*.

M. *Ollivier* présente un ouvrage de M. le docteur *Noël* sur *le traitement de la diphthérie, du croup et de l'angine couenneuse par le borax* et fait hommage de son *Rapport sur la fièvre typhoïde à Paris et sa prophylaxie*.

M. *Tillaux* offre le 3e volume de son *Traité de chirurgie clinique*.

M. *Guyon* fait hommage de son *Traité des maladies de la prostate et de la vessie*.

Élection. — Par 47 voix sur 91 votants, M. *Magitot* est élu associé libre. M. Lereboullet obtient 30 voix ; M. Rivière, 10; M. Blache, 3, et M. Galezowski, 1.

Méco-narcéine. — M. *Laborde* insiste de nouveau sur les avantages thérapeutiques de la méco-narcéine dont il a entretenu l'Académie dans les séances des 8 et 15 mai. Il rappelle que c'est un produit amorphe, successivement débarrassé de la morphine, de la série des alcaloïdes convulsivants et de toute la codéine appréciable ; il est constitué par un ensemble d'alcaloïdes dont la plupart ont déjà été isolés. C'est donc un véritable produit alcaloïdique et non un extrait comme l'a dit M. C. Paul; de plus, ce produit, parfaitement soluble lorsqu'il est ajouté à la narcéine pure, lui confère la même solubilité absolue et une activité qu'elle ne possède pas en dehors du mélange.

M. *Constantin Paul* continue à objecter que la narcéine n'existe qu'en très minime quantité dans l'opium, si bien qu'il faudrait des kilogrammes de celui-ci pour retirer de la narcéine les mêmes bienfaits que ceux que l'on en obtient. La méco-narcéine est également inerte; elle est associée à d'autres alcaloïdes, qui ne sont ni définis en qualité ni déterminés en quantité. Si bien qu'il faut convenir que la narcéine qui a été fournie à Claude Bernard et qui était soluble à 1 pour 20, tandis que la narcéine exige 1245 parties pour se dissoudre, n'était qu'une narcéine impure contenant encore de la morphine ou d'autres alcaloïdes.

Fièvre puerpérale. — Ayant recherché la présence de micro-organismes spécifiques dans un certain nombre de cas de fièvre puerpérale, de phlegmon et d'érysipèle, M. le docteur *Doyen* (de Reims) s'est demandé s'il existait des différences entre les trois micro-organismes producteurs de ces affections. Leurs cultures se ressemblent et l'examen microscopique ne permet pas davantage de les distinguer; mais l'expérimentation montre nettement que le streptocoque de l'érysipèle et celui de la fièvre puerpérale donnent plus souvent que celui du pus une dermite érysipélateuse au lapin. Poursuivant ses recherches, M. Doyen a reconnu que : 1° le streptococcus pyogenes évolue souvent avec une lymphangite et une rougeur érysipélateuse des plus évidentes; 2° le streptococcus puerpéral peut occasionner soit la péritonite puerpérale, soit diverses formes d'infection plus bénignes, phlegmon, pleurésie purulente, etc., et même de véritables érysipèles bien caractérisés ; 3° le streptococcus erysipelates est l'origine de l'érysipèle franc, mais il peut être le point de départ de phlegmons et de péritonite purulente ; 4° d'après les résultats de l'expérimentation, ces trois organismes causent toujours un petit abcès et presque toujours l'érysipèle du lapin, toutefois avec une virulence variable en rapport avec leur provenance. D'où M. Doyen conclut que la fièvre puerpérale et l'érysipèle peuvent être engendrés l'un par l'autre; cependant M. *Cornil*, chargé de faire un rapport sur le mémoire de M. le docteur Doyen, tout en reconnaissant que l'affirmation de celui-ci est vraie dans l'immense majorité des cas, ne pense pas, en présence des recherches de divers autres observateurs, que les accidents puerpéraux ne puissent être déterminés par une autre bactérie que le streptococcus.

Une note de M. *Widal*, communiquée également par M. Cornil, confirme aussi qu'entre le streptococcus de l'infection puerpérale et celui de l'érysipèle il n'existe jusqu'à

présent aucun caractère distinctif; dans l'état actuel de la science il serait impossible à un expérimentateur de distinguer l'un ou l'autre de ces organismes. Le streptococcus pyogenes suffit à produire différentes formes de l'infection puerpérale et le polymorphisme des lésions qu'il occasionne est un des points les plus intéressants de son histoire. C'est par exception qu'un streptocoque, trouvant une porte d'entrée dans la plaie utérine ou vaginale, peut déterminer une infection chez la nouvelle accouchée. Depuis plus d'une année, M. Widal étudie les microbes rencontrés à l'autopsie des femmes mortes de fièvre puerpérale et dans un cas seulement à forme hyperpyrétique (43 degrés avant la mort), n'ayant pas trouvé le streptocoque, il a isolé des organes, à l'état de pureté, un bâtonnet très virulent pour les animaux et déterminant chez eux des suppurations rapides et étendues.

M. *Peter* demande si, dans les fièvres puerpérales dont il vient d'être question, les symptômes observés étaient des symptômes typhoïdiques. M. *Cornil* répond que la forme septicémique est, en effet, caractérisée par des phénomènes typhoïdiques avec élévation constante et uniforme de la température sans oscillations; on ne trouve de pus nulle part dans l'utérus ni dans ses annexes; cette forme est beaucoup plus grave que la forme pyohémique. Telle n'est pas l'opinion de M. *Peter;* pour lui, les formes de la fièvre puerpérale qui peuvent guérir sont précisément les formes septicémiques, tandis que la forme pyohémique tue presque toujours. M. *Guéniot* est du même avis; il a recueilli, à ce sujet, un grand nombre d'observations d'intoxications survenues chez des accouchées sous l'influence des émanations des lieux d'aisances, des cabinets de toilette, des coffres à linge des maisons de Paris. M. *Siredey* partage l'opinion de ses deux collègues; la fièvre puerpérale septicémique est moins grave, surtout lorsqu'elle débute seulement quelques jours après l'accouchement; quand elle éclate immédiatement après, on peut presque toujours affirmer qu'il s'agit d'une fièvre puerpérale à forme pyohémique, qui se termine par la mort, et, dans ce cas, il a toujours trouvé du pus dans l'utérus ou dans ses annexes.

M. *Peter* fait, d'autre part, remarquer que le nom de streptococcus pyogenes, donné à l'organisme étudié par MM. Doyen et Widal, est bien mal choisi, puisque ce microbe pourrait donner naissance à deux formes très différentes de la fièvre puerpérale, dont l'une ne s'accompagnerait pas de la production de pus. Quant à celui-ci, c'est tout simplement l'organisme qui le fabrique. Assurément, réplique M. *Cornil*, c'est l'organisme qui fait le pus, et c'est dans celui-ci qu'on rencontre le streptococcus pyogenes et une foule d'autres micro-organismes; il est bien vrai aussi qu'on distingue plusieurs variétés du streptoccus pyogenes, auquel on est bien forcé de donner plusieurs noms suivant qu'on le trouve dans le pus, suivant qu'il accompagne l'érysipèle ou la fièvre puerpérale; il est probable qu'il est, en réalité, unique, ce que la bactériologie, science nouvelle, parviendra à découvrir. Parmi tous les micro-organismes qu'on rencontre dans le pus, le plus dangereux de tous paraît être le staphylococcus aureus.

Lèpre. — Répondant au discours de M. Le Roy de Méricourt, M. *Leloir* (de Lille), correspondant national, se borne à rappeler ses travaux sur la lèpre et à mentionner l'opinion qu'il y a consignée en faveur de sa contagion. Pour lui, la mauvaise hygiène ne pouvant créer à elle seule cette maladie et celle-ci n'étant pas une maladie tellurique, il est de toute évidence que les foyers lépreux ne produisent la lèpre que parce qu'ils renferment des lépreux. Or l'hérédité étant insuffisante pour expliquer l'apparition d'un grand nombre de cas observés, force nous est d'admettre que les cas où l'hérédité ne peut être invoquée sont le résultat de la contamination, directe ou indirecte, immédiate ou secondaire. La lèpre vient de l'homme et retourne à l'homme; elle est un produit de celui-ci et il la transporte avec lui. L'histoire de toutes les épidémies, modernes aussi bien qu'anciennes, montre que, bien que l'inoculabilité de cette affection ne soit pas encore démontrée, on ne peut expliquer sa multiplication et sa propagation autrement que par la contagion et en partie par l'hérédité. Aussi convient-il d'imiter l'exemple des pays comme la Norvège, où des mesures prophylactiques sévères ont été prises afin d'éviter toute cause de contagion, soit d'emblée, soit secondaire.

Mouche tsé-tsé. — M. *Laboulbène* expose les résultats des recherches qu'il a faites sur une mouche tsé-tsé, envoyée à l'Académie par le consul de France à Madagascar. Cet insecte, dite *Glossina morsitans*, se tient dans l'Afrique tropicale, auprès des endroits marécageux, dans l'herbe, les roseaux, sur les buissons; son bourdonnement est d'un timbre élevé; elle fond avec la rapidité de la flèche sur l'homme et les animaux, les piquant très fortement aux endroits découverts du corps à l'aide de ses organes buccaux disposés en une sorte de trompe allongée. Les zèbres, les buffles, les éléphants, les antilopes et la chèvre domestique n'éprouveraient rien de ses piqûres, tandis que le cheval, l'âne, le bœuf, le mouton, le chameau et le chien seraient fatalement atteints et succomberaient soit très rapidement, parfois d'une manière soudaine, soit au bout de plusieurs semaines ou plusieurs mois. Les lésions trouvées à l'autopsie offrent les plus grandes contradictions, tantôt peu prononcées, d'autres fois caractérisées par des hémorrhagies, des mortifications viscérales, etc. L'homme serait indemne et résisterait aux atteintes de la tsé-tsé.

D'après les documents publiés, M. Laboulbène estime que la tsé-tsé ne possède pas plus que les mouches piquantes de nos climats, une action vénénifique spéciale. Les effets redoutables des piqûres sur divers mammifères lui paraissent devoir être attribués à l'inoculation de matières septicémiques ou virulentes puisées par les mouches sur des animaux vivants malades ou bien sur des cadavres, ces matières restant déposées sur la longue trompe. Le charbon ordinaire avec la bactéridie de Davaine ne paraît pas probable dans la majorité des cas. M. Laboulbène propose à l'Académie de faire servir cet exemplaire de la *Glossina morsitans* à des expériences plutôt que de la garder soigneusement ou de la déposer dans un musée. — Cette conclusion est adoptée; M. le docteur Straus est chargé de cette étude.

Extirpation de l'utérus. — A propos d'un cas d'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes qu'il a pratiquée avec succès il y a un an, M. *de Saboia* (de Rio-de-Janeiro), correspondant étranger, soutient que cette opération est justifiable dans certains cas de myo-fibromes, d'inversion irréductible et de cancer. Il la préfère à l'amputation partielle ou cunéiforme dans les cas de cancer ayant envahi ou commencé par les parois internes du canal cervical; par contre, l'amputation partielle doit être bien plutôt employée pour les cas de cancer de la portion vaginale du col, parce que la récidive aura lieu après l'une ou l'autre de ces opérations. La femme est exposée à moins de dangers avec l'amputation partielle qu'avec l'extirpation totale, et la récidive ne se fait pas plus rapidement dans un cas que dans l'autre.

D'autre part, l'extirpation par le vagin est préférable, sous tous les rapports, à l'extirpation par l'abdomen; elle doit toujours comprendre les annexes de l'utérus, non seulement dans le but de diminuer les chances de récidive, mais encore pour empêcher les troubles produits par les règles sur le processus de la réparation de la plaie, et prévenir certains accidents qu'on a constatés lorsqu'on n'a pas

en même temps extirpé les ovaires. En ce qui concerne le manuel opératoire, le mouvement de bascule, fait d'arrière en avant, pour tirer, au cours de l'opération, le corps de l'utérus au dehors, rend le dégagement de tout l'organe plus facile qu'en le basculant d'avant en arrière; la suture de la plaie est inutile, et peut, en outre, être dangereuse; la ligature des vaisseaux est moins gênante pour la femme que les pinces laissées à demeure; enfin, les tubes à drainage ne présentent pas de résultats bien remarquables. Il va de soi que l'antisepsie la plus rigoureuse doit être appliquée, afin de mettre l'opérée à l'abri des accidents infectieux, et pour assurer le succès de l'opération.

Projectiles de guerre. — Il résulte, des expériences pratiquées sur des cadavres par M. le docteur *Delorme*, professeur de chirurgie de guerre au Val-de-Grâce, que, à part quelques différences minimes et d'ordre secondaire, les projectiles du fusil de 8 millimètres produisent des effets semblables à ceux qu'on obtient avec le fusil de 11 millimètres. Les orifices d'entrée et de sortie des sétons cutanés musculaires se présentent avec leurs caractères usuels; les perforations faites à travers les aponévroses sont variables de forme et d'étendue, suivant la constitution de ces aponévroses et la vitesse du projectile; les perforations musculaires ont des dimensions un peu supérieures à celles des orifices cutanés, comme dans le tir avec la balle ancienne; sur les os, enfin, on retrouve toutes les lésions typiques que produisent les balles du fusil Gras. Il faut, d'autre part, remarquer que, si des balles à enveloppe métallique peuvent traverser des diaphyses sans subir ni déformation notable, ni segmentation, elles peuvent aussi, dans une proportion qu'on ne peut établir, subir des déformations de pointe ou se fragmenter, ce qui arrive assez souvent. Enfin, M. Delorme a reconnu, au cours de ses expériences, que la balle pousse devant elle, ainsi que l'admet Melsens, une certaine quantité d'air, surtout lorsqu'elle est animée d'une grande vitesse et qu'elle présente un méplat à sa partie antérieure. — (Le mémoire de M. Delorme est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *Maurice Perrin*, *Lannelongue* et *Cusco*.)

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Pathogénie et traitement de l'hémoglobinurie: M. A. Robin (Discussion : MM. Rendu, Millard, Ballet). — Appareil compressif du crâne contre les céphalées hystérique et épileptique: M. Féré. — Périostite varioleuse: M. Barrié.

M. *A. Robin* lit un mémoire sur *la pathogénie et le traitement de l'hémoglobinurie*. Il rappelle que dans une précédente communication, relative à un cas d'hémoglobinurie paroxystique provoquée par la marche, il est arrivé à conclure que l'hémoglobinurie est le résultat de deux processus: un trouble nutritif général, prédisposant; une congestion rénale déterminante. Ce dernier facteur, jusqu'ici hypothétique, a été mis en évidence à l'autopsie d'une femme de soixante-treize ans, qu'il a été à même d'observer. Cette femme atteinte de néphrite interstitielle latente entra dans son service pour des troubles relevant d'un rétrécissement de la partie inférieure de l'œsophage. Peu après elle éprouva des douleurs de reins et de l'intolérance gastrique absolue, comme dans un grand nombre de cas d'urémie, et présenta une crise d'hémoglobinurie qui dura deux jours et se termina par de la polyurie. Bientôt éclate une pneumonie; vers le huitième jour, hémoglobinurie, et l'urine tombe à 50 grammes dans les vingt-quatre heures. La malade succombe et l'autopsie montre, outre le rétrécissement œsophagien et des lésions d'hépatisation grise au sommet des deux poumons, l'existence d'une néphrite interstitielle ancienne, avec poussée congestive plus récente du rein gauche, appréciable à l'œil nu. L'examen histologique pratiqué par le professeur Renault (de Lyon) a établi que cette congestion, répartie par îlots, est venue pour ainsi dire « annuler par un coup d'œdème congestif » ce rein déjà lésé par la néphrite scléreuse. L'analyse de l'urine pendant la la vie avait révélé, comme conséquence des troubles nutritifs, une réduction considérable de l'assimilation (25 grammes de matériaux solides: 8gr,50 à 9 grammes d'urée); pendant la crise d'hémoglobinurie, la décharge rénale tomba à 7 grammes environ de matériaux solides et à 1 gramme ou 1gr,23 d'urée. La coïncidence de l'hémoglobinurie avec cette insuffisance rénale aiguë plaidait en faveur de l'origine rénale de l'hémoglobinurie et rendait vraisemblable un processus congestif du rein. Mais pourquoi celui-ci ne déterminait-il pas de l'hématurie, comme c'est la règle, et aboutissait-il dans ce cas à l'hémoglobinurie? On ne peut invoquer ici l'altération rénale antérieure, puisque en pareil cas la poussée congestive donne lieu à l'hématurie; mais on trouve dans les conditions si défectueuses de la nutrition, dans la « semi-inanition » à laquelle la malade était soumise depuis plus de deux mois, la condition prédisposante ayant altéré les globules sanguins et ayant préparé leur dissolution, réalisée par le « coup d'œdème congestif » du rein. Cette observation vient donc confirmer le mode pathogénique invoqué par M. A. Robin: altération de nutrition antérieure, prédisposant à la dissolution des globules, c'est-à-dire à l'hématurie, et processus congestif rénal déterminant localement cette dissolution. Il faut ajouter que l'examen du sérum sanguin chez cette malade avait montré l'absence d'hémoglobinhémie. De là, pour M. A. Robin, la possibilité d'une classification pathogénique des hémoglobinuries: trouble nutritif originel prédisposant de nature variée (excès de désassimilation azotée, syphilis, impaludisme, etc.) et processus congestif rénal déterminant, soit à marche aiguë transitoire (froid, fatigue), soit plus durable (au cours d'altérations rénales ou par production d'une néphrite consécutive à la congestion); absence d'hémoglobinhémie. Ainsi se trouve constituée une première classe d'hémoglobinuries vraies, subdivisée en trois variétés: 1° accès paroxystiques (fluxion rénale passagère); 2° accès plus durables (fluxion rénale persistante pouvant aboutir à la néphrite); 3° accès non paroxystiques au cours d'une néphrite (fluxion rénale secondaire à la néphrite ancienne). On peut dénommer ces trois variétés: 1° hémoglobinurie paroxystique simple; 2° hémoglobinurie prénéphrétique ou prébrightique ; 3° hémoglobinurie postnéphrétique ou postbrightique. Enfin, une seconde classe d'hémoglobinurie est constituée par la simple altération globulaire d'ordre toxique (hydrogène arsénieux, chlorate de potasse, acide pyrogallique, etc.), déterminant la dissolution de l'hémoglobine dans le sérum, ou l'hémoglobinhémie, et la filtration de cette hémoglobine au niveau du rein. Plus n'est besoin du trouble nutritif antérieur, ni de la poussée rénale congestive. Les altérations du rein en pareil cas sont consécutives à l'élimination anormale de l'hémoglobine.

Le traitement découle évidemment de ces considérations pathogéniques. D'après un relevé de quarante observations, la cause prédisposante paraît avoir été la syphilis, associée ou non à la tuberculose, l'impaludisme, le rhumatisme, l'uricémie, l'anémie, l'alcoolisme, le rachitisme, la gangrène des extrémités, les affections cardiaques, le mal de Bright, etc.: autant d'indications thérapeutiques à remplir lorsque l'on aura dépisté dans chaque cas en particulier le vice général à combattre. De même, la cause déterminante (refroidissement, marche, fatigues, excès vénériens, traumatisme lombaire, excès alcooliques) devra être écartée par des prescriptions hygiéniques ou un régime alimentaire approprié. On proscrira tous les mets capables d'irriter le

rein ou ceux qui renferment d'abondantes matières extractives. Pendant les paroxysmes le séjour au lit et le régime lacté feront tous les frais de la médication.

M. *Rendu* fait remarquer que l'observation rapportée par M. A. Robin est très intéressante, car c'est la première autopsie publiée de malade atteint d'hémoglobinurie. La congestion rénale y est nettement prouvée, et bientôt M. Dieulafoy doit publier un cas analogue dans lequel cette fluxion rénale existait également. Quant à la théorie formulée par M. A. Robin, elle n'est peut-être pas inattaquable. Si l'hémoglobinurie relève de deux facteurs, un trouble nutritif prédisposant et une fluxion rénale déterminante, pourquoi tant d'individus cachectiques, épuisés, font-ils de l'hématurie à l'occasion d'une congestion rénale et non pas de l'hémoglobinurie ? Pourquoi le trouble nutritif antérieur n'a-t-il pas amené chez eux l'altération des globules qui les prédispose à la dissolution au niveau du rein congestionné ? Et, d'autre part, comment expliquer l'hémoglobinurie *a frigore* survenant, comme c'est fréquent, chez des individus antérieurement bien portants et actuellement en parfaite santé? — Il a observé un accès d'hémoglobinurie chez un jeune garçon parfaitement portant, qui s'était refroidi en sortant d'une leçon de gymnastique. Quelques jours de repos et le régime lacté ont amené une guérison complète.

M. *Millard* rappelle que la malade dont il a rapporté l'observation dans la séance du 13 avril, était une jeune femme d'apparence superbe, très bien portante, sans tare organique. Le confrère cité par M. Hayem, le sujet suivi par M. Bucquoy étaient en santé parfaite avant et après les accès d'hémoglobinurie.

M. *A. Robin* reconnaît que l'objection est fort sérieuse; mais il a simplement formulé une hypothèse appuyée, il est vrai, sur des faits, et il a spécifié que le trouble nutritif prédisposant n'est pas encore démontré dans tous les cas. D'ailleurs, ce trouble peut se dissimuler derrière un bon état apparent comme chez le jeune garçon dont il a rapporté l'histoire et chez lequel l'examen urologique seul a montré l'excès de désintégration organique. Enfin dans les quarante cas qu'il a réunis, on retrouve constamment une maladie antérieure prédisposante.

M. *Rendu* fait remarquer qu'on rencontrera généralement une maladie quelconque dans les antécédents. On ne peut pourtant pas admettre qu'une fièvre intermittente disparue depuis vingt ans, par exemple, ait une influence prédisposante sur toutes les maladies dont sera atteint ultérieurement le même individu.

M. *Ballet*. Trois opinions sont en présence: les uns avec M. Lépine invoquent l'hémoglobinhémie; les autres, comme M. Hayem, incriminent un trouble rénal d'ordre congestif; d'autres enfin, comme M. Robin, font intervenir à la fois une altération des globules et un trouble circulatoire du rein. D'autre part, dans certains cas d'hémoglobinurie symptomatique, on invoque l'hémoglobinhémie d'ordre toxique. M. Ballet a observé un cas qui vient à l'appui de ce mode pathogénique: hémoglobinurie chez un enfant de onze ans au cours d'accidents brusques et très intenses d'ictère grave, rapidement mortel. L'examen du sérum n'a pas été probant. Cet enfant, à la suite d'un ictère, à l'âge de trois ans, avait conservé un peu d'hypertrophie du foie, mais il n'en ressentait aucune gêne et sa santé était excellente la veille même du jour où l'ictère grave a éclaté. L'hémoglobinurie paraît bien être ici le résultat d'une auto-intoxication.

M. *A. Robin* croit que jusqu'ici l'hémoglobinurie n'a pas été signalée au cours de l'ictère grave. Ce fait semble établir, à côté des hémoglobinuries toxiques par poison venu de l'extérieur, une autre classe d'hémoglobinurie par poison interne ou auto-intoxication.

— M. *Ferré* présente un appareil destiné à obtenir la compression du crâne en des régions diverses pour combattre les céphalées hystérique et épileptique. Ce mode de traitement, préconisé par Briquet, donne de bons résultats; il supprime la céphalée et aussi diminue les attaques souvent consécutives à la douleur de tête. L'appareil de M. Ferré se compose d'une calotte en drap, à double paroi, dont la cavité interpariétale est cloisonnée en diverses loges que l'on peut remplir avec du plomb de chasse. Il en a obtenu des effets satisfaisants.

— M. *Barrié* lit un travail sur la *périostite varioleuse* basé sur quatre observations fort intéressantes. On peut le résumer avec M. Barrié dans les conclusions suivantes :

1° La périostite doit prendre place parmi les nombreuses complications de la variole; mais, si l'on en juge par la rareté des faits publiés, elle paraît peu fréquente ;

2° Elle survient pendant la convalescence de la variole, en général de la quatrième à la sixième semaine, et se montre de préférence chez les adolescents ou les adultes jeunes qui n'ont point encore terminé leur travail de croissance ;

3° Elle peut être circonscrite à un seul os, ou envahir plusieurs points du squelette, sans que ceux-ci aient aucun rapport obligé de voisinage ;

4° La périostite varioleuse siège sur les os longs, généralement au niveau de la diaphyse ou à l'union de celle-ci avec l'épiphyse; elle a une prédilection marquée pour les membres inférieurs et spécialement pour le tibia ;

5° La maladie est caractérisée par une douleur spontanée, plus ou moins vive, accrue par la pression et les mouvements, et par un gonflement notable de la région malade, dans lequel on distingue un empâtement profond, en rapport immédiat avec l'os sous-jacent; la peau conserve son aspect habituel et sa coloration normale ;

6° L'affection est apyrétique et se termine par résolution dans un espace de temps, variant de deux à six semaines environ; elle peut laisser après elle des périostoses plus ou moins persistantes ; les rechutes ne sont point rares ;

7° Le traitement de la maladie est fort simple : le repos du membre malade, l'enveloppement dans des cataplasmes émollients; dans d'autres cas, l'emploi des vésicatoires ou de quelques emplâtres résolutifs suffisent à assurer la guérison ;

8° La périostite varioleuse procède directement de l'agent infectieux qui préside à toutes les manifestations cliniques de la variole; la fatigue qui accompagne nécessairement les premiers pas, la marche ou simplement la station debout durant la convalescence, en sont les causes occasionnelles les plus fréquentes ;

9° Les caractères qui viennent d'être énumérés appartiennent à ce qu'on pourrait appeler la forme subaiguë ou encore bénigne de la périostite varioleuse. L'analogie étroite qui la rapproche de certaines autres périostites infectieuses, telles que celle qu'on observe dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par exemple, permettent de supposer qu'à côté de la forme bénigne, il existe des formes graves, pouvant se terminer par suppuration avec ostéite, nécrose et même ostéo-myélite. Cette variété, créée ici à priori, a besoin d'être établie définitivement par des observations ultérieures.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

De la castration dans les corps fibreux de l'utérus (Suite de la discussion : MM. Terrillon, Richelot, Terrier, Pozzi). — Ostéomyélite de la tête humérale : M. Chavasse. — Anévrysme poplité : M. Brun. — Tumeur du sein : M. Schwartz.

M. *Terrillon* rappelle qu'au Congrès de chirurgie il s'est occupé de la *castration dans les fibromes utérins* et qu'il a communiqué six observations dans lesquelles il a eu cinq succès et une mort au soixantième jour par étranglement interne. Mais il faut préciser les indications : or l'exploration de la cavité utérine peut donner des notions très nettes sur la cause et la valeur des hémorrhagies. Lorsque la cavité utérine mesure 10, 15 et 20 centimètres, il y a toujours des hémorrhagies, intermittentes quand cette cavité ne mesure que 10 et 12 centimètres ; continues quand la longueur est de 18 et 20 centimètres. Pour mesurer l'utérus, M. Terrillon se sert d'un nouvel hystéromètre qui, à l'aide d'une tige flexible, recouverte de caoutchouc, suit la forme et les courbures de la cavité et permet de lire immédiatement sur un indicateur fixé au manche la longueur et l'inclinaison de l'organe. Grâce à cet instrument, il a pu poser les principes énoncés plus haut et se former une idée sur la castration, qui n'agit bien que pour les fibromes relativement petits. Chez une femme notamment, à laquelle on voulait pratiquer l'opération d'Alexander pour une rétroversion, il a pu se rendre compte que l'utérus n'était pas dévié, mais qu'une tumeur siégeant sur la partie postérieure simulait absolument une rétroversion. Comme l'a dit M. Bouilly, il est certain que les annexes sont souvent altérés et que dans ces cas la recherche des ovaires est difficile, mais avec de la patience on est souvent étonné de réussir là où l'on croyait échouer.

M. *Richelot*, en admettant la castration dans les cas faciles, penche surtout pour l'hystérectomie vaginale quand elle est possible. Il cite à l'appui le fait d'une femme dont l'utérus était rempli de fibromes qui comprimaient le plexus sacré et causaient des douleurs considérables et à laquelle il enleva l'utérus par le vagin, car la castration n'eût en rien amélioré l'état de la malade. Il présente ensuite un utérus provenant d'une femme à laquelle il fit d'abord, pour rétroversion, l'opération d'Alexander. Les douleurs et la déviation récidivèrent, et il enleva l'organe : la rétroversion était causée par une tumeur accolée à la paroi postérieure et justiciable d'une énucléation par la cavité utérine si le diagnostic eût été possible.

M. *Terrier* apporte dans la discussion les notions qu'il a acquises dans sept opérations de castration. Il a presque toujours opéré des fibromes compliqués ; et notamment dans une observation où un kyste de l'ovaire accompagnait la tumeur, il a enlevé aussi l'ovaire sain et les hémorrhagies n'ont plus reparu. La grande difficulté est de savoir dans quel état se trouvent les ovaires, car on peut se trouver dans l'impossibilité de les enlever comme cela lui est arrivé chez deux malades atteintes de salpingite. L'altération de ces glandes et de leurs annexes, les adhérences peuvent rendre l'ablation impossible. C'est dans ces cas que l'opération devient grave.

M. *Pozzi* rappelle que dans la discussion on a désigné plusieurs fois la castration hémostatique pour fibromes hémorrhagiques sous le nom d'opération de Battey, tandis que c'est l'opération dite de Hégar et de Trenholm. L'opération de Battey est une castration antinévropathique et enfin l'opération de Lawson Tait est une castration antiphlogistique faite pour des métrites ou des salpingites.

— M. *Chavasse* lit une observation d'*ostéomyélite de la tête humérale* pour laquelle il a pratiqué la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus.

— M. *Brun* lit deux observations d'*anévrysme poplité guéri par la ligature antiseptique.*

— M. *Schwartz* présente une *tumeur du sein* qui avait les caractères d'un adénome compliqué de sarcome fuso-cellulaire et autour de laquelle existait une collection de petits kystes analogues à ceux qu'on rencontre dans la maladie kystique de la mamelle.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 26 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Sur le temps perdu de l'excitation rétinienne : M. Bloch. — A propos de la pathogénie des kystes des mâchoires : M. Malassez. — Présentation d'ouvrage : M. Onimus. — De la pression sanguine artérielle chez les épileptiques : M. Féré. — Action diastasique du Bacillus mesentericus vulgatus : M. Vignal. — Intensité comparative des lumières brèves et des lumières continues : M. Charpentier. — Nouveau type de machine électrique : M. d'Arsonval. — Action physiologique et toxique du strophantus hispidus : M. Lemoine. — Sur les deux dentitions des mammifères : M. Lataste.

M. *A.-M. Bloch* combat l'interprétation que M. Charpentier a donnée des dernières expériences qu'il a communiquées à la Société et conteste l'augmentation du temps perdu de la rétine précédant la sensation à la suite d'une première excitation lumineuse. L'expérience de M. Charpentier consiste à rechercher l'intervalle limite de la persistance visuelle entre une première et une deuxième excitation, puis entre une deuxième et une troisième ; ce dernier intervalle est plus court que le premier. M. Bloch croit que ce phénomène s'explique par le fait de l'augmentation d'intensité de la sensation lumineuse après la deuxième excitation ; et, comme la persistance varie en raison inverse de l'intensité de la sensation, on comprend que, sous cette seule influence, la persistance paraisse moins longue entre la deuxième et la troisième excitation qu'entre la première et la deuxième, sans qu'il soit besoin de faire intervenir l'explication nouvelle d'un temps perdu plus long après une première excitation qu'après des excitations répétées.

— M. *Malassez* montre une série de préparations histologiques qui prouvent le bien-fondé de sa théorie des débris épithéliaux paradentaires relativement à la pathogénie des kystes des mâchoires.

— M. *Onimus* fait hommage à la Société de la troisième édition de son *Traité d'électrothérapie.*

— M. *Féré* a étudié, avec le sphygmomètre de M. Bloch, récemment présenté à la Société, la valeur de la contre-pression nécessaire pour surmonter la pression artérielle (radiale) chez les épileptiques avant ou après les attaques ou dans l'intervalle des crises. Pendant l'accès il y a une grande diminution de pression ; au moment de l'aura, il y a au contraire une augmentation de pression. Chez les épileptiques hémiplégiques la pression est toujours plus faible du côté paralysé. M. Féré considère comme très utile l'instrument de M. Bloch.

— M. *Vignal* a constaté que le *Bacillus mesentericus vulgatus* peut sécréter une substance possédant des propriétés diastasiques très actives ; il a vu cette action s'exercer sur la pomme de terre et sur des feuilles de toutes sortes. Il se propose d'étudier de plus près ce phénomène.

— M. *d'Arsonval* dépose une note de M. *Charpentier* (de

Nancy) sur l'intensité comparative des lumières brèves et des lumières continues.

— M. *d'Arsonval* présente une machine électrique à laquelle il a apporté quelques modifications qui en rendent l'emploi extrêmement simple et très avantageux par tous les temps.

— M. *Lemoine* (de Lille) expose les résultats de ses expériences sur l'action physiologique et toxique du strophantus hispidus. Ces expériences ont été faites avec les extraits de trois échantillons différents sur des cobayes, des lapins et des chiens; les effets ont toujours été à peu près les mêmes. M. Lemoine insiste particulièrement sur les troubles moteurs (trismus. spasmes, secousses convulsives, parésie, etc.), qui se produisent chez les animaux dans l'intoxication lente, comme dans l'intoxication immédiate. A l'autopsie, tous les organes sont congestionnés; les altérations rénales en particulier sont très analogues à celles que l'on constate dans la néphrite aiguë (néphrite cantharidienne, par exemple). — Au point de vue clinique, M. Lemoine a obtenu d'excellents effets diurétiques de l'emploi du strophantus.

— M. *Lataste* revient de nouveau sur la question des deux dentitions des mammifères à propos des critiques qui ont été adressées par M. Beauregard à sa théorie.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 9 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Accidents nerveux d'origine intestinale : M. Blondeau. — Propriétés thérapeutiques de la phosphine : M. Dujardin-Beaumetz. — Strophantus hispidus : M. Blondel. — Inhalations d'acide fluorhydrique dans la tuberculose pulmonaire.

M. *Blondeau* donne lecture de sa propre observation, dans laquelle il relate des troubles nerveux d'origine intestinale dont il a longtemps souffert sous l'influence d'une constipation assez persistante. Il éprouvait brusquement. sans cause appréciable, à une heure quelconque de la journée, des crises de douleurs vives partant de l'abdomen pour gagner l'épigastre et s'irradier aux parois thoraciques; il n'y avait pas de vomissements. Une petite dose de laudanum ou de morphine amenait, en général, la disparition progressive des accidents. Une seule fois apparut un léger ictère passager. Songeant à la possibilité d'un tænia, M. Blondeau prit un anthelminthique, mais sans aucun résultat. Il se soumit alors à l'action d'un purgatif cholagogue, l'évonymin, dont il retira d'excellents effets; les douleurs disparurent et les fonctions intestinales se régularisèrent. Il faut employer l'évonymin brun préparé avec l'écorce de la racine de l'*Evonymus atropurpureus ;* l'évonymin vert, provenant des feuilles et des brindilles, est loin d'avoir la même efficacité. Il convient d'administrer le cholagogue trois à quatre heures après le repas, au moment de la plus grande activité de la glande biliaire. Il semble évident que les crises douloureuses étaient, dans ce cas, un simple accident réflexe. d'origine intestinale, déterminé par la constipation.

M. *Cadet de Gassicourt* se demande s'il ne faudrait pas établir le diagnostic différentiel entre ces accidents et des crises de colique hépatique.

M. *Blondeau* pense que la marche de l'affection, les symptômes de chaque accès et l'influence du traitement laxatif écartent toute idée de colique hépatique.

— M. *Dujardin-Beaumetz* a expérimenté, comme succédané de l'antipyrine ou de l'acétanilide, un corps de la série aromatique, le dinitrate de diamidophénylacridine ou de chrysaniline. Ce corps, connu dans le commerce sous le nom de phosphine, est une poudre rouge, dont la solution dans une liqueur alcaline offre un aspect phosphorescent. Il est peu toxique par la voie gastrique, dangereux au contraire en injections intraveineuses : un gramme injecté dans l'estomac d'un lapin n'amène pas la mort, alors qu'une bien plus faible dose fait périr l'animal si on l'introduit directement dans une veine. Chez l'homme, il produit des effets analgésiques appréciables à partir de 50 centigrammes; mais, dès qu'on élève la dose à 1 gramme, on détermine des accidents gastriques, douleurs, vomissements. On peut déceler la phosphine dans le sang et dans l'urine au moyen de la coloration qu'elle communique à la laine blanche légèrement aiguisée d'acide sulfurique; on conçoit qu'avec une échelle de teintes, graduée pour un temps donné de trempage de la laine, on puisse approximativement évaluer la quantité de phosphine contenue dans le liquide. M. Dujardin-Beaumetz a donné la phosphine en solution au centième : 50 grammes de véhicule, sucré pour masquer le goût, et 50 centigrammes de médicament; mais les accidents gastriques observés obligent à écarter ce corps de la thérapeutique : il n'offre guère que des inconvénients.

M. *Bocquillon* fait remarquer que le nom de phosphine est malheureusement choisi et peut prêter à la confusion, car ce nom sert déjà à désigner certains composés phosphorés.

M. *Dujardin-Beaumetz* s'est servi du terme de phosphine parce qu'il est adopté dans le commerce ; mais il n'en est pas l'inventeur. D'ailleurs il y a peu à se préoccuper d'une confusion possible puisque ce corps paraît devoir être abandonné au point de vue de son emploi médical.

— M. *Blondel* se croit autorisé à conclure, d'après une série de recherches, que la distinction établie entre le strophantus hispidus et le strophantus kombé n'est pas légitime ; il ne s'agit en effet que de deux variétés d'une même espèce. On retrouve tous les intermédiaires en suivant la ligne qui va du Sénégal à Zanzibar, et l'on passe ainsi par gradation insensible du type hispidus au type kombé. En résumé, il faut donc admettre que le strophantus hispidus est essentiellement polymorphe.

M. *Catillon* est d'avis que la distinction des deux espèces mérite d'être conservée, au moins au point de vue commercial, les échantillons fournis sous ces deux noms étant fort différents. Dans tous les cas il existe une espèce absolument distincte par ses caractères botaniques et par les propriétés de la strophantine qu'elle renferme, c'est le strophantus glabre du Gabon.

M. *Bucquoy* rappelle combien il serait utile d'être définitivement fixé sur les diverses espèces de strophantus et leur richesse en principe actif. Il faut remarquer d'ailleurs que les strophantus employés jusqu'ici par presque tous les observateurs devaient présenter au moins de grandes analogies, puisque les effets thérapeutiques, à dose correspondante, ont été à peu près partout identiques.

— M. *Créquy*, en sa qualité de médecin en chef du chemin de fer de l'Est, est amené à s'occuper de la question du traitement des employés phthisiques par les inhalations d'acide fluorhydrique. Avant de demander à la compagnie de l'Est l'installation assez dispendieuse des appareils nécessaires, il désirerait savoir de ses collègues si cette méthode thérapeutique a donné entre leurs mains des résultats satisfaisants.

M. *Bucquoy* a vu dans les hôpitaux, et en particulier à l'Hôtel-Dieu, le traitement fluorhydrique au moyen du simple appareil aspirateur en caoutchouc échouer presque complètement; aucun des malades d'ailleurs n'en a éprouvé d'effets fâcheux. En ville, avec les grands appareils perfectionnés, les résultats paraissent avoir été meilleurs. Mais

M. Bucquoy pense que ce mode de traitement est condamné vraisemblablement à tomber dans l'oubli comme tant d'autres vantés avant lui pour guérir la tuberculose.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Du pneumothorax simple, sans liquide, par M. le docteur GALLIARD. — Il existe une variété de pneumothorax unilatéral, survenant le plus souvent à la suite d'un effort chez des adultes bien portants ou atteints d'une lésion pulmonaire impossible à reconnaître, restée à l'état simple. Très rarement causé par la tuberculose, il est sans doute produit par la rupture de vésicules emphysémateuses. Il est spontanément curable, au bout d'un mois en moyenne. (*Arch. gén. de méd.*, mars et avril 1888.)

Les propriétés désinfectantes de l'acide oxynaphoïque, par M. LUBBERT. — Ce produit dérive du naphtol et en possède à un haut degré les propriétés antiseptiques. Cristallisable en fines aiguilles incolores, soluble dans l'alcool et l'éther à raison de 10 pour 100 du poids, ou même soluble dans l'eau, il possède l'odeur du naphtol, se volatilise aisément et émet des vapeurs qui provoquent l'éternuement et l'irritation des muqueuses.

M. Lubbert a étudié son action désinfectante au laboratoire de l'École de médecine militaire de Dresde et a constaté qu'à doses égales, avec l'acide oxolicylique, il prévient la putréfaction du sang, que celui-ci n'empêchait pas. Il agit de même quand on le mélange avec l'urine, les bouillons et les extraits de viande.

Malheureusement, sa toxicité en empêchera l'utilisation dans l'industrie des conserves alimentaires, et les seuls emplois légitimes auxquels il peut prétendre à cette heure sont le pansement des plaies, à la place de l'iodoforme et du bichlorure de mercure, et la désinfection des objets : crachoirs, urinoirs et autres, à l'usage des malades.

M. Helbig propose diverses formules pour son usage externe :

1° Un collodion contenant un cinq centième de substance active ;

2° Une ouate en renfermant un millième à un centième.

Il aurait sous cette forme un avantage sur le sublimé, celui de ne pas coaguler l'albumine et par conséquent de ne pas perdre ses propriétés quand on le met en contact avec cette substance ou bien avec la gélatine. (*Fortschritte der Medizin.*, janvier 1888, n° 2.)

BIBLIOGRAPHIE

Mémoires de chirurgie, t. V : *Commotion, contusion, tétanos, syphilis et traumatisme*, par M. le docteur A. VERNEUIL, membre de l'Institut, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, G. Masson, éditeur, 1888.

Depuis plusieurs années déjà, M. Verneuil a pris à tâche de réunir en une série de volumes les principaux travaux qu'il a faits lui-même et ceux qu'il a inspirés à ses élèves pour développer ses idées favorites. Le volume dont nous avons à parler aujourd'hui est certes des plus importants, car il traite surtout des lésions traumatiques dans leurs rapports avec les localisations diathésiques, avec les localisations syphilitiques principalement. Car il s'occupe ensuite des modifications que la syphilis fait subir à des lésion cancéreuses et scrofuleuses. Il étudie, enfin, plusieurs questions relatives au tétanos.

Le tétanos nous arrêtera peu. Non point que les faits scrutés par notre maître ne méritent pas l'attention. Mais c'est dans la *Gazette* qu'en 1886 ont été publiés les articles consacrés par M. Verneuil à l'étiologie du tétanos : nous n'avons donc pas besoin de rafraîchir la mémoire de nos lecteurs. Nous nous bornerons à leur signaler la série des publications par lesquelles, depuis 1870, M. Verneuil a montré l'efficacité du traitement par la chaleur, le repos absolu, l'obscurité et l'association, jusqu'à abrutissement continu, du chloral et de la morphine.

Arrivons donc aux lésions traumatiques et à leurs manifestations diathésiques locales. C'est d'abord l'histoire d'une rhumatisante atteinte d'une poussée aiguë à la suite d'une chute sur les genoux; puis viennent des convalescents de fièvres graves chez lesquels un coup engendre un abcès. Voici le parallèle de trois contusions de la hanche causant ici une coxo-tuberculose, là une arthrite rhumatismale, là enfin une contracture hystérique.

Les déterminations syphilitiques sont étudiées avec un soin tout particulier. Dès 1871, M. Verneuil posait nettement les principales propositions dans un court mémoire. La question ne tarda pas à être reprise par M. L.-H. Petit dans une thèse remarquable, reproduite *in extenso* dans ce volume. Tout cela est maintenant classique, ainsi qu'il appert des travaux de Dusterhoff, Folinea, Lalanne, Gellé, etc.; et, pour terminer par des élèves de M. Verneuil, des mémoires, insérés ici, de Malécot, d'Ozenne.

La vérole d'ailleurs, a de tout temps attiré l'attention de M. Verneuil. C'est à lui, par exemple, que nous devons des notions exactes sur la syphilis des gaines tendineuses et des bourses séreuses. Les lecteurs de la *Gazette* n'ont pas pas oublié qu'ils ont eu la primeur de ces travaux. Citons encore les mémoires de Landreau sur les syphilomes mammaires, de Nepveu, de Mirpied sur les ulcères syphilitiques des membres inférieurs, et bien d'autres encore.

Tout cela n'a pas, au point de vue doctrinal, l'importance des études sur les hybridités syphilitiques. C'est là surtout que se développe l'enseignement du professeur de la Pitié. Ç'a d'abord été une très courte, mais substantielle communication au Congrès international de Londres, en 1881. Puis deux élèves ont repris avec plus de détails les points principaux de ce mémoire : Benne, pour la syphilis des cancéreux; Ramonat, pour la syphilis des scrofuleux.

Si nous avons donné cette chronologie, c'est qu'il y a quelques semaines une analyse d'un travail étranger nous a prouvé que c'est utile. M. Lang, en effet, a cru devoir décrire l'hybridité cancéro-syphilitique devant une Société médicale de Vienne. Et (si au moins nous en jugeons par le compte rendu du *Bulletin médical*) il s'est cru en présence d'une association peu connue, décrite seulement, jusqu'à présent, par Hutchinson et par Langenbeck. Or l'observation de Langenbeck est la simple constatation d'un fait, d'où peu de déductions sont tirées. Or, dans la discussion du Congrès, en 1881, M. Hutchinson n'a pas dit avoir eu l'attention déjà attirée sur ce point d'une manière spéciale. Cette revendication pour notre maître est donc justifiée.

A lire les mémoires rassemblés ici, on se rend compte de la somme considérable de travail qu'a toujours fournie M. Verneuil; on s'explique comment, avec des idées si larges sur la pathologie chirurgicale générale, il a pu faire école. C'est ainsi que, pour emprunter une comparaison à une allocution, ancienne déjà mais charmante, qu'il a réimprimée en tête de ce volume, c'est ainsi qu'il est devenu « grand prophète » et qu'il a pu dédier le tome V de ses *Mémoires* « A ses collègues de l'Académie des sciences ».

A. BROCA.

DU TRAITEMENT OPÉRATOIRE RADICAL DE CERTAINES FORMES DE MIGRAINE, ASTHME, FIÈVRE DE FOIN, AINSI QUE D'UN GRAND NOMBRE DE MANIFESTATIONS CONNEXES, par M. le docteur G. HACK, professeur à l'Université de Fribourg; traduit de l'allemand par M. le docteur MULLER-SCHIRMER. Paris, 1887. Georges Carré.

La question des réflexes pathologiques d'origine nasale est une de celles qui ont le plus particulièrement attiré l'attention des observateurs dans ces derniers temps; non seulement la toux nasale, mais les accès d'asthme, la migraine, les vertiges, etc., ont été rapportés, à juste titre, dans bien des cas, à l'existence d'altérations plus ou moins considérables des fosses nasales. Bien que cette donnée pathogénique soit loin d'être nouvelle dans sa conception générale, on peut dire cependant qu'elle n'a été complètement étudiée et établie d'une façon définitive que dans les ouvrages récents. Parmi ceux-ci, la monographie du professeur de Fribourg est à coup sûr des plus dignes de fixer l'attention du public médical. Elle renferme de nombreuses observations personnelles, rédigées sans parti pris, et dans lesquelles l'efficacité non douteuse de la thérapeutique vient confirmer l'interprétation du rôle des altérations nasales dans la production des accidents observés. C'est surtout la tuméfaction et la réplétion, primitive ou secondaire, des espaces caverneux sous-jacents à la muqueuse de la portion antérieure du cornet inférieur qui déterminent, d'après l'auteur, les diverses manifestations nerveuses réflexes dont se plaignent les malades. Aussi consacre-t-il d'importants paragraphes à l'étiologie et au diagnostic de cette lésion du cornet inférieur; puis il montre que l'intervention chirurgicale, la cautérisation au fer rouge de la portion malade supprime les symptômes pénibles qui sont sous la dépendance directe de cette lésion. De là, le précepte de la nécessité de l'examen rhinoscopique dans un grand nombre de névroses rebelles aux moyens ordinaires de la thérapeutique.

LES MALADIES INFECTIEUSES; MICROBES, PTOMAÏNES ET LEUCOMAÏNES, par M. le docteur CH. DEBIERRE, professeur agrégé à la Faculté de Lille. Paris, 1888, O. Doin.

C'est un résumé de l'état actuel de nos connaissances relatives à l'étiologie et à la pathogénie des maladies infectieuses, ainsi qu'à l'histoire des schizomycètes pathogènes, des ptomaïnes et des leucomaïnes. Après avoir envisagé d'une façon générale les agents infectieux répartis en trois groupes : les miasmes, qui se multiplient dans le milieu cosmique ; les contages qui se multiplient dans l'organisme, et les miasmes-contages qui se multiplient dans l'économie animale et en dehors d'elle, l'auteur étudie les ferments figurés et les ferments solubles, c'est-à-dire les micro-organismes et les alcaloïdes de nature animale, ptomaïnes ou leucomaïnes. Les leucomaïnes en particulier sont le sujet de deux chapitres importants par leurs déductions au point de vue de la physiologie pathologique, et de la pathogénie de certaines maladies infectieuses : leucomaïnes de la vie normale ; leucomaïnes des organismes malades. Enfin l'ouvrage se termine par des considérations judicieuses sur la stérilisation du milieu intérieur, et les médications antiseptiques.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Deux questions très importantes ont occupé la dernière séance du Conseil de la Faculté.

Au nom d'une Commission, M. le professeur Damaschino a lu un rapport relatif à la spécialisation de trois agrégés sur cinq à la suite des concours à venir. Les chaires pour lesquelles le rapport demande tout d'abord cette spécialisation sont les suivantes : 1° Ophthalmologie ; 2° pathologie expérimentale et comparée ; 3° anatomie pathologique ; 4° hygiène ; 5° médecine légale ; 6° maladies mentales ; 7° maladies cutanées et syphilitiques.

Lorsque ces sept chaires seraient pourvues d'agrégés spéciaux, on passerait ensuite aux chaires de thérapeutique, des maladies nerveuses, des maladies des enfants.

Les agrégés libres, actuellement en fonctions, seront invités par la Faculté à choisir, s'ils le désirent, telle ou telle des sept chaires d'ores et déjà spécialisées.

Relativement aux agrégés des concours à venir, la Faculté les désignera en son Conseil, au mieux des intérêts de l'enseignement, pour telle ou telle chaire. Si, à défaut d'affectations nettement indiquées par des travaux antérieurs, la Faculté ne fait pas de désignations d'office, les agrégés nommés choisiront, dans l'ordre de leur nomination, deux une chaire non spécialisée, trois une chaire spécialisée.

Ces conclusions du rapport de M. Damaschino ont été approuvées par le Conseil. Elles seront soumises dans le plus bref délai à l'approbation ministérielle.

Le Conseil de la Faculté a ensuite entendu lecture du rapport de M. Mathias-Duval au nom de tous les professeurs de chaires pourvues d'exercices pratiques.

Ce rapport témoigne du bon fonctionnement de ces exercices pratiques et demande seulement quelques réformes et améliorations. (*Bulletin médical*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 8 juin). — *Ordre du jour :* M. Gilbert Ballet : Des spasmes musculaires consécutifs aux lésions rhumatismales chroniques des jointures. — M. Millard : Un cas de ladrerie chez l'homme. — Présentation de malade.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Padieu, professeur à l'École de médecine d'Amiens.

MORTALITÉ A PARIS (20e semaine, du 13 au 19 mai 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 6. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 44. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs : cancéreuses, 40 ; autres, 8. — Méningite, 47. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 53. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë, 27. — Bronchique chronique, 29. — Bronchopneumonie, 13. — Pneumonie, 53. — Gastro-entérite : sein, 13; biberon, 38. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 19. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 7. — Autres causes de mort, 175. — Causes inconnues, 10. — Total : 945.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Congrès international d'hydrologie et de climatologie (Biarritz, 1886). 1 vol. grand in-8° jésus cartonné de 610 pages. Paris, O. Doin. 12 fr.

La 27e édition du *Formulaire magistral* du professeur Bouchardat vient de paraître chez l'éditeur Félix Alcan. Cette édition a été revue et mise au courant des plus récentes découvertes thérapeutiques par M. Bouchardat, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'École de pharmacie de Paris. 1 vol. in-18 de 700 pages, broché 3 fr. 50, cart. à l'anglaise. 4 fr.

Manuel pratique de microbiologie, comprenant les fermentations, la physiologie, la technique histologique, la culture des bactéries et l'étude des principales maladies d'origine bactérienne, par M. le docteur H. Dubief. 1 joli vol. in-12, cartonné diamant, tranche rouge, de 600 pages avec 162 figures dans le texte et 8 planches hors texte. Paris, O. Doin. 8 fr.

Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine, par M. le docteur A. Berlioz. 1 vol. grand in-8° de 150 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

Les Strophantus du commerce, étude de matière médicale, par M. R. Blondel. 1 vol. in-8° de 60 pages avec 53 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 2 fr.

Nouvelle méthode de traitement de la diphthérie, par M. le docteur G. Guelpa. 1 vol. in-8° de 80 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Recherches expérimentales sur l'hyperthermie et les causes de la mort dans celle-ci, par M. le docteur H. Vincent. Une brochure grand in-8° de 95 pages avec figures dans le texte et planches en couleurs hors texte. Paris, O. Doin. 3 fr.

Le Tonkin, géographie médicale, hygiène, climatologie, ethnographie, anthropologie et histoire naturelle, par M. le docteur H. Rey. 1 vol. in-8° de 180 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

14890. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 6 juin 1888.

Académie de médecine : **Infection puerpérale; plâtrage des vins.** — *Faculté de médecine :* **Le nouveau Musée d'hygiène.**

La plupart des discussions qui viennent d'être soulevées devant l'Académie de médecine ont pour objet principal l'ancienne doctrine de la contagion. Qu'il s'agisse de la lèpre ou de l'infection puerpérale, on en arrive rapidement, quel que soit l'intérêt des considérations cliniques émises au sujet de ces maladies, à se préoccuper surtout de l'origine et des propriétés spécifiques du germe qui semble leur avoir donné lieu. N'est-ce point ce qui vient encore de se manifester au sujet de la septicémie puerpérale? M. Cornil présente au nom de M. le docteur Doyen, puis au nom de M. F. Vidal, le résumé de recherches qui prouvent que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de distinguer le streptococcus qui produit l'érysipèle de celui que l'on observe dans les cas de septicémie puerpérale. Et, dans la discussion qui s'ouvre immédiatement, on semble reconnaître que les lésions les plus diverses peuvent être déterminées sous l'influence du même agent parasitaire.

Aujourd'hui M. Hardy rappelle les faits, si anciennement établis, qui démontrent les rapports qui existent entre l'érysipèle et la septicémie puerpérale. M. Hervieux, dont les remarquables travaux ont si bien fait connaître les diverses modalités de cette maladie infectieuse, démontre que, contrairement aux maladies franchement virulentes, la septicémie des femmes en couche n'est pas constituée avec ses caractères par une seule inoculation et que, bien au contraire, le séjour prolongé dans un milieu contaminé peut provoquer de nouvelles infections et donner naissance à des complications multiples; MM. Guéniot, Siredey et Charpentier insistent sur les caractères des diverses formes cliniques de l'infection puerpérale, et M. Cornil maintient que le polymorphisme de toutes ces lésions est compatible avec l'existence d'un microbe unique et toujours semblable à lui-même.

Mais ce microbe, on ne l'a jamais vu dans l'air extérieur; on ne le trouve que dans le vagin et les organes abdomi-

FEUILLETON

Histoire athénienne.

Ces choses se passaient à Athènes. Les citoyens de cette ville, gens de cœur, d'esprit et de bonté aussi, n'étaient pas de ces grossières natures faméliques pour lesquelles l'agression est une jouissance et une nécessité; aussi provoquaient-ils bien rarement leurs voisins, mais quand on les obligeait au combat ils se battaient bien, on peut le dire. Malgré leur humain désir de cultiver en paix les beaux-arts, qui ornaient et élevaient leurs esprits, la philosophie et les sciences, qui agrandissaient et élargissaient leurs intelligences, ils avaient dû reconnaître que, malheureusement, la lutte est une des conditions de l'existence. Aussi avaient-ils grand soin d'entretenir une solide armée, toujours prête à marcher à la bataille.

En dehors et à côté des combattants, ils avaient formé un corps de disciples d'Esculape, vivant avec les troupes, et auxquels était confiée la mission de prévenir les maladies des soldats, de les en guérir, de panser les lamentables plaies, résultat des effroyables mêlées. Le bon cœur et l'intérêt des Athéniens trouvaient chacun leur compte à l'entretien de ce corps spécial, qui coûtait une assez jolie somme au trésor de l'État. Le bon cœur était satisfait de voir soulager des malades et adoucir les souffrances des blessés, et l'intérêt se réjouissait à la pensée des combattants remis sur pied par des secours intelligents, aptes à reprendre les armes, tandis qu'abandonnés ils étaient condamnés à une disparition funeste, constituant une perte sèche pour l'Etat. Les dépenses faites par le trésor se trouvaient plus que couvertes, et même largement productives.

Cependant, pour que les choses se passassent ainsi, une condition importante était absolument nécessaire : il fallait

naux, alors que la septicémie puerpérale se transmet et se propage par l'intermédiaire de l'air, alors que l'atmosphère d'une salle d'hôpital paraît être non seulement le véhicule du germe infectieux mais encore le milieu de culture où le microbe spécifique se multiplie, se reproduit et acquiert peu à peu un tel degré d'intensité qu'il provoque la maladie chez toutes les accouchées quelle que soit la plaie utérine, quel que soit leur état de santé antérieur. Nous croyons, avec la plupart des observateurs modernes, que la fièvre puerpérale est provoquée par l'introduction dans l'organisme d'un microbe spécifique. Nous admettons volontiers que le streptococcus de l'érysipèle et celui de la septicémie puerpérale sont identiques au point de vue morphologique, mais il nous paraît évident que pour donner naissance à toutes les lésions qui, depuis la fièvre de lait jusqu'à la péritonite infectieuse, peuvent atteindre une femme en couche, il faut que le microbe infectieux acquière, dans certains cas, soit par son association avec d'autres agents spécifiques, soit par sa multiplication très rapide dans un milieu favorable, des propriétés virulentes nouvelles. Si l'on admettait que la nature du terrain peut, à elle seule, déterminer l'évolution et la gravité des lésions observées, le rôle du microbe serait singulièrement restreint. Ce qui démontre, au contraire, au point de vue pathologique son importance, c'est l'influence incontestée des méthodes antiseptiques, c'est la disparition presque absolue de l'infection puerpérale depuis leur vulgarisation. Quant aux formes cliniques qu'affecte l'infection puerpérale, elles n'ont à ce point de vue qu'une importance secondaire. Il paraît bien suffisant de distinguer la septicémie due à la rétention du placenta ou de caillots sanguins de celle que produit l'agent spécifique de la fièvre puerpérale.

Mais ce n'est pas incidemment que l'on peut exposer ces desiderata de la doctrine microbienne. Nous aurons l'occasion d'y revenir prochainement, car la discussion sur la lèpre nous y ramènera très certainement.

— Il est à souhaiter que les pouvoirs publics tiennent enfin compte des réclamations formulées depuis longtemps par les hygiénistes contre le plâtrage exagéré des vins. L'Académie vient d'entendre les premiers chapitres du savant et substantiel rapport que M. Marty a été chargé de lui présenter au nom d'une commission spéciale; il est vraisemblable que mardi prochain, après l'audition des dernières parties de ce travail, elle adoptera les conclusions qui le terminent. Déjà, l'année dernière, à propos d'un mémoire de M. Marty (*Gaz. hebd.*, 1887, p. 322), nous avons fait observer les inconvénients de cette pratique de plus en plus utilisée dans la fabrication des vins. Le Gouvernement, depuis cette époque, s'est montré désireux de soumettre définitivement à l'appréciation de l'Académie les opinions diverses émises sur ce sujet; la Commission choisie pour l'examiner n'a pas manqué de s'entourer de tous les renseignements, même les plus contradictoires en apparence, afin de sauvegarder la santé publique tout en ménageant les intérêts de l'agriculture et du commerce. Aussi est-ce sans parti pris et avec un vif désir de conciliation qu'elle a étudié l'emploi du plâtre dans la fabrication du vin au triple point de vue des nécessités de la production, des exigences commerciales et des intérêts des consommateurs.

On sait que le Comité consultatif d'hygiène publique de France, par des rapports successifs et depuis 1879, n'a pas cessé de déclarer que la présence du sulfate de potasse dans le vin ne peut être toléré que dans la limite maxima de 2 grammes par litre et qu'en outre l'opération du déplâtrage des vins au moyen des sels de baryte, de strontium ou de plomb ou de tout autre sel vénéneux, constitue un danger d'intoxication. Une enquête faite dans les départements les plus directement intéressés a même sanctionné cette manière de voir et récemment encore des manifestations en sa faveur se sont produites dans la plupart des conseils d'hygiène consultés sur la question. Le nombre devient de plus en plus rare de ceux qui contestent l'opinion que M. Magnier de la Source, dans un travail important, a formulée en ces termes : « L'usage prolongé d'un vin fortement plâtré pouvant présenter de sérieux inconvénients, soit à cause de la proportion élevée du sulfate de potasse, soit en raison de l'acide sulfurique, il est très désirable de voir réglementer plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici la pratique du plâtrage ».

Cette opinion est aussi celle de la Commission de l'Académie et elle sera sans nul doute celle de l'Académie elle-même. Sans doute, si l'on se place au point de vue exclusif de l'hygiène, le plâtrage des vins ne peut être approuvé en principe; mais, comme l'on ne saurait priver les consommateurs, dans certaines années, de vins que seul le plâtrage modéré paraît propre à conserver et qu'il n'est pas démontré que jusqu'à la dose de 2 grammes par litre de vin, le sulfate de potasse introduit par le plâtrage ait une action nuisible sur la santé, c'est cette dose maxima que le Gouvernement peut autoriser sans avoir à craindre de léser

---

que ces disciples d'Esculape fussent profondément instruits de tous les secrets de leur métier, qu'ils fussent habiles dans l'art de guérir. Les chefs d'Athènes, esprits prévoyants et pratiques, avaient institué un gymnase où ces jeunes gens étaient exercés à toutes les fonctions qu'ils devaient pratiquer plus tard au milieu des combattants. On savait alors que le meilleur moyen de s'instruire est de travailler avec constance sous la direction d'un enseignement intelligent. La désignation des maîtres de ce gymnase n'était pas abandonnée au choix arbitraire, au bon plaisir des gouvernants. Quand il s'agissait de les nommer, on faisait appel à tous; ceux qui se croyaient assez forts pour entrer en lutte descendaient dans l'arène. Là ils se disputaient le premier rang, en s'efforçant de l'emporter sur leurs émules dans les divers exercices qu'ils étaient appelés à exécuter devant des juges compétents et un nombreux public. Le vainqueur de la lutte devenait maître au gymnase. Les vaincus, si on peut les qualifier ainsi, restaient plus grands pour avoir tenté un noble combat, et s'y être préparés par de généreux efforts qui les avaient faits meilleurs.

Toutes ces choses paraissaient convenablement installées, et les gouvernants pouvaient s'applaudir des heureux résultats qu'ils avaient obtenus. Mais il faut, en ce monde, compter avec les passions humaines, surtout avec les petites passions.

La bonne réputation de ce corps de guérisseurs s'établissait dans tout le pays athénien, grâce surtout aux nombreux et remarquables travaux des maîtres du gymnase. Il arriva que la réunion de tous ces maîtres, soit pendant leur séjour au gymnase, soit après leur retour dans l'armée grecque, forma un groupe de gens d'élite. Or, il est une chose que du temps des Athéniens on ne pardonnait pas, et je crois qu'on ne la pardonne guère encore aujourd'hui, c'est la supériorité de ceux qui exercent le même métier que nous. Les cavaliers ou les guérisseurs athéniens

aucun des intérêts légitimes mis en cause. Il faut d'ailleurs observer, et sur ce point la démonstration de M. Marty s'appuie sur des recherches faites avec la plus grande précision et un soin extrême, que le sulfate de potasse ne se rencontre jamais normalement dans les vins naturels dans une proportion supérieure à 6 décigrammes, ce qui, on le voit, laisse à la fabrication loyale une latitude suffisante.

Par une singulière coïncidence, que nous avons dû signaler également l'année dernière, depuis que le ministre de la justice a proscrit, par une circulaire en date du 27 juillet 1880, le plâtrage des vins en invitant les parquets à le poursuivre comme une falsification, lorsque le sulfate de potasse introduit dépasse 2 grammes par litre, il s'est également trouvé que chaque année une nouvelle circulaire a prescrit de surseoir à l'exécution de la première, en raison des intérêts engagés dans les opérations en cours pour la récolte du vin. Cette année, l'Académie aura émis en temps utile son avis, de façon que les viticulteurs pourront être prévenus de la décision qui interviendra, sans que ce motif d'ajournement puisse être invoqué. Souhaitons que des considérations économiques, politiques, électorales, ne fassent pas plus longtemps ajourner l'acte de fermeté que la santé publique réclame de plus en plus impérieusement du Gouvernement dans cette grave question. Les intoxications discrètes, à l'aide de l'ingestion constamment répétée de substances étrangères à l'organisme aussi bien qu'à la composition normale des produits alimentaires, offrent aujourd'hui des dangers trop multiples pour qu'il y ait lieu d'hésiter plus longtemps.

L'enseignement de l'hygiène est en pleine période de transformation dans les Facultés de médecine; aux leçons purement didactiques d'autrefois on s'efforce d'associer les exercices et les démonstrations pratiques; tant il est vrai que la science sanitaire, dégagée des hypothèses, s'affirme et se précise de plus en plus. C'est pourquoi les professeurs d'hygiène de nos Facultés de médecine s'empressent de multiplier les moyens d'instruction et de donner à la science qu'ils enseignent, dans la mesure qui leur est accordée, un caractère technique et expérimental de plus en plus développé. Les leçons de choses sont, en hygiène, tout aussi nécessaires qu'ailleurs; comment enseigner et comprendre, si ce n'est à l'aide de dessins et d'appareils, le chauffage, l'éclairage, l'aération et la ventilation? De même, les procédés propres à l'étude étiologique et à la prophylaxie des maladies transmissibles ne peuvent être aisément ordonnés et mis en pratique qu'autant qu'on a pu étudier expérimentalement leur raison d'être et leurs conséquences, etc., etc. D'où la nécessité, comme le faisait récemment observer M. le professeur Proust, de mettre à la disposition des maîtres et des élèves, des collections d'appareils, de modèles et de dessins, dont l'ensemble puisse constituer un musée d'enseignement, en même temps qu'un laboratoire d'hygiène permettrait de poursuivre expérimentalement l'étude des questions si importantes et souvent si complexes qui font l'objet de l'enseignement dans la chaire d'hygiène.

Aussi existe-t-il aujourd'hui : 1° des Instituts d'hygiène, comprenant des laboratoires et musées et s'occupent de toutes les branches de l'hygiène, à Munich, à Leipzig, à Groningue, à Buda-Pesth, à Amsterdam, à Gratz, à Klausenbourg, à Berlin et à Tokio; 2° des services scientifiques dépendant de l'administration et pouvant être considérés comme des centres d'enseignement, à Berlin (K. öff. Gesundheitsamt) et à Londres (Local government Board); 3° des musées d'hygiène munis de laboratoires analogues à des Instituts d'hygiène, à Londres (Parkes Museum of hygiene), à Washington (Museum of hygiene of Naval medical Departement) et à Montpellier; 4° un musée public d'hygiène à Turin; 5° des laboratoires d'hygiène dans la plupart des Facultés et des Écoles de médecine des divers pays.

A cette énumération sommaire il y a lieu d'ajouter maintenant le musée et le laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris. Le musée est ouvert depuis deux mois, tous les jours, sauf le dimanche et les jours fériés, de une heure et demie à cinq heures; la construction du laboratoire va être achevée dans quelques jours. L'un et l'autre sont sous la direction de M. le professeur Proust, dont la persévérance éclairée et le dévouement ont réussi à obtenir, avec l'appui bienveillant de M. le Doyen et de M. le Directeur de l'enseignement supérieur, les locaux et les subventions nécessaires pour la réalisation de ces deux importants établissements scientifiques.

Les ressources mises à la disposition de la Faculté pour installer le musée d'hygiène dans les dépendances de la nouvelle École pratique n'ont assurément pas permis de lui donner toute l'extension qu'une pareille institution

---

n'étaient pas jaloux d'un acrobate tenant un sabre en équilibre sur le bout de son nez, être acrobate n'étant pas leur état, mais ils en voulaient au cavalier arrivant à dresser un cheval qu'ils n'avaient pu dompter, au guérisseur reconnaissant une maladie qu'ils n'avaient pas su distinguer. Il est donc tout simple que les médiocres guérisseurs de l'armée athénienne fussent abominablement jaloux de ceux qu'un travail constant avait rendus plus habiles qu'ils ne l'étaient eux-mêmes. Ce qui n'était qu'innocente jalousie et inimitié tempérée contre les personnes avait grandi à la hauteur d'une haine implacable contre l'institution, contre le gymnase. C'est lui qu'il fallait attaquer par tous les moyens possibles, lui qu'il fallait renverser et anéantir.

Certes, la puissance de la foule est grande, mais encore, pour qu'elle produise ses effets, faut-il qu'elle soit dirigée par un chef. Et la foule n'arriva à détruire ce gymnase, qui lui était odieux, que lorsqu'un chef, plus tenace encore qu'il n'était ingénieux, sut utiliser ses instincts et prendre sa conduite. C'était un Thessalien. Assez obscur d'abord dans le corps des guérisseurs, il avait dû à des circonstances heureuses, habilement utilisées, de monter d'honneurs en honneurs jusqu'à un rang très élevé.

Cependant ceux qui le fréquentaient, ceux qui avaient affaire à lui, reconnurent bien vite qu'il n'était guérisseur que de nom, et lui-même le savait bien. Pour devenir et rester habile dans cet art difficile dont il se disait l'adepte, pour être prêt à l'appliquer à tout événement, il faut travailler et s'exercer chaque jour, imitant les joueurs de luth, qui ne laissent jamais reposer leur instrument, conservant ainsi à leurs doigts leur savante agilité d'exécution. Il s'avisa d'un moyen. Abandonnant la réputation de savant disciple d'Esculape, il tâcha de s'en faire une autre, celle d'un prévoyant intendant de bonne maison, sachant maintenir l'ordre et la propreté dans les écuries, faire servir les repas à des heures précises, préparer les chambres et les lits pour les maîtres du logis et pour leurs hôtes. Sa con-

comporte; nous ne sommes malheureusement pas dans un pays où l'on ne fasse nulle difficulté d'accorder, comme à Berlin, une somme de prés de 100000 francs et un bâtiment spécial de plusieurs étages pour l'installation d'un musée d'hygiène. Mais tel qu'il est actuellement, celui de la Faculté de Paris comprend, pour chacune des branches de l'hygiène, des appareils ou des collections de choix, représentés par des spécimens permettant de donner à ses diverses parties des développements rationnels. M. Proust s'est efforcé de lui imprimer un caractère d'enseignement bien approprié à son but, voulant que les dispositions adoptées pour la présentation des appareils les fixent bien dans la mémoire des élèves et leur permettent aussi d'en raisonner les particularités et la raison dètre. Aussi est-on en droit d'affirmer qu'au fur et à mesure de ses développements ce musée ne cessera pas de conserver son caractère scientifique et son utilité pratique.

La classification permet une étude comparative des systèmes représentés, soit qu'il s'agisse du chauffage, de la ventilation, de la prophylaxie des maladies transmissibles, de l'assainissemement des habitations, de la filtration des eaux, de l'hygiène industrielle et professionnelle, etc. C'est ainsi que l'une des salles est consacrée aux épidémies: des préparations microscopiques et anatomo-pathologiques y permettent de se rendre compte des différences morphologiques des micro-organismes pathogènes et des lésions qu'ils déterminent dans l'organisme directement ou indirectement; des appareils sont disposés de façon à montrer comment se pratiquent les recherches bactériologiques et bactérioscopiques, comment l'air et les eaux sont analysés chimiquement et microbiologiquement; puis des cartes permettent d'étudier la distribution géographique des épidémies et des spécimens d'appareils indiquent quels sont les procédés susceptibles de réaliser les mesures prophylactiques les plus recommandées, en particulier la désinfection sous toutes ses formes et variétés; enfin, dans cette même salle, les moyens de filtration des eaux apportent leur contingent à l'étude étiologique et prophylactique des maladies transmissibles. On voit ainsi combien il devient relativement facile pour les élèves de se rendre compte de toutes ces questions où l'hygiène emprunte à la science du laboratoire et à la technique industrielle des éléments si nombreux.

L'une des parties qui a pu dès maintenant prendre un assez grand développement au Musée d'hygiène de la Faculté de médecine, c'est celle qui est consacrée à l'assainissement de l'habitation. La collection des appareils de chauffage, d'aération et de ventilation, comprend la plupart des procédés les plus modernes; l'évacuation des matières usées est représentée par une installation à deux étages qui indique à la fois les appareils en usage dans la maison et ceux qui sont placés dans le sous-sol et jusque sous la voie publique; les dispositions insalubres y sont montrées à côté de celles qui peuvent être le plus justement considérées comme offrant actuellement les meilleures garanties sanitaires. Notons aussi, au point de vue de l'hygiène de l'alimentation, qu'une intéressante collection installée pour montrer les falsifications du vin est disposée de manière à servir de modèle à d'autres collections permettant, dans un avenir prochain, de placer sous les yeux des visiteurs toutes les falsifications dont on use si largement aujourd'hui à l'égard des matières alimentaires. Enfin, une bibliothèque spéciale est mise à la disposition des élèves, ainsi qu'un grand nombre de cartes et de plans.

Tel qu'il est, ce musée constitue un centre d'enseignement, dont l'accroissement ne peut manquer de se faire d'une façon continue. Les faibles ressources mises à la disposition de la Faculté pour son aménagement ont néanmoins permis, grâce à une juste répartition, d'amorcer, pour ainsi dire, les diverses catégories d'objets qu'il doit renfermer et de satisfaire aux besoins les plus urgents de l'enseignement. Déjà un grand nombre d'étudiants le visitent, prenant des notes et des croquis; même des élèves appartenant à d'autres écoles, de futurs architectes, des ingénieurs, viennent prendre, eux aussi, ces leçons de choses qui donnent à toutes les sciences et en particulier à l'hygiène tant d'attrait. Lorsque le laboratoire d'hygiène viendra compléter cet enseignement, et il sera achevé dans quelques jours, la Faculté de médecine de Paris pourra offrir à ceux qui désirent s'adonner à l'hygiène, des moyens d'étude qui faciliteront leur désir d'acquérir à la fois des notions précises sur les diverses solutions des problèmes sanitaires et de se livrer à des recherches personnelles dans ce sens. Il n'est pas douteux que cette création n'ait bientôt d'heureuses conséquences.

---

duite charma et entraina tous les disciples qui se souciaient peu d'avoir affaire à des malades, si bien qu'il trouva bon nombre d'imitateurs. Pour eux, l'art suprême du guérisseur consista à savoir bien disposer des tentes, à les aligner avec précision, à disposer autour de chacune d'elles un nombre déterminé de serviteurs, à faire préparer des aliments, et même des remèdes et des onguents. Quant à savoir de quelle façon et dans quelles circonstances les remèdes seront donnés, et les onguents appliqués, ils ne cherchaient plus à l'apprendre ou à s'en souvenir.

Beaucoup de chefs de l'armée, et de soldats aussi, gens de bon sens et intéressés à leur propre personne, n'admiraient guère ces beaux organisateurs et se disaient entre eux qu'un simple et vrai guérisseur aurait bien mieux fait leur affaire. Aussi, quand ils en découvraient un, les malades allaient-ils à lui. Presque toujours il se trouvait que cet homme, attardé dans son métier, était un des anciens maîtres du gymnase, ou un de ceux qui étaient descendus dans l'arène pour tâcher de le devenir, ou enfin un de ceux qui se respectaient. Nouveau grief! Comment, c'est à celui-là que les gens allaient demander la guérison et le soulagement de leurs maux, et à eux-mêmes, à eux qui savaient si bien aligner des tentes, on ne leur demandait rien! Le gymnase, toujours l'exécré gymnase! Il fallait le détruire.

Le Thessalien, devenu vieux, chargé d'honneurs, souriait du coin de l'œil, poursuivant son idée tenace, solidement incrustée dans son cerveau de pierre. Il attaqua ingénieusement le gymnase, en cherchant à y désorganiser l'enseignement, sous le prétexte adroit de l'agrandir et de le spécialiser. Des naïfs abusés, des ambitieux, des faibles aussi, l'aidèrent dans sa triste besogne. Le vrai culte du grand Esculape fut peu à peu remplacé par celui d'une foule de petits dieux impuissants et agités. Les progrès de la destruction étaient sensibles, mais lents; ce vieux gymnase avait été solidement établi; il fallait pour l'abattre une secousse adroitement ménagée.

CLINIQUE MÉDICALE

De la transmissibilité de la lèpre de l'homme malade à l'homme sain.

(Fin. — Voy. le numéro 22.)

Dans notre premier article nous avons brièvement exposé les faits positifs sur lesquels s'appuient les partisans de la transmissibilité de la lèpre de l'homme malade à l'homme sain pour admettre comme démontré ce point si important de la pathologie. Nous avons prouvé que ces faits positifs sont authentiques, clairs, indiscutables, qu'ils doivent entraîner la conviction. Nous avons vu que les faits négatifs, quelque nombreux qu'ils soient, ne sauraient être un argument contre ces preuves positives, car rien ne peut prévaloir contre un fait positif bien constaté. La possibilité pour la lèpre de se transmettre de l'homme malade à l'homme sain nous semble donc définitivement établie. Nous aurions pu borner là notre exposition; nous avons cependant annoncé que nous examinerions les objections des anticontagionnistes et nous tenons d'autant plus volontiers cette promesse que cet examen critique sera le complément de l'exposé que nous nous sommes proposés de faire des travaux de MM. les docteurs E. Vidal, Brocq, Leloir et E. Besnier. Ces auteurs ont en effet pris soin d'examiner et de réfuter ces arguments.

Arguments des anticontagionnistes. — Une étude rigoureuse et impartiale des diverses objections formulées jusqu'à ce jour contre la doctrine de la contagiosité de la lèpre nous a permis de les grouper de la manière suivante :

1° La lèpre doit reconnaitre d'autres causes que la contagion puisque :

a. *Il existe des faits de lèpre sporadique* ;

b. *Le procédé le plus efficace pour les individus des pays à lèpre, qui en ont les moyens, d'arrêter la marche envahissante de la maladie, c'est d'émigrer en Europe dans les grandes villes* (Le Roy de Méricourt).

2° La lèpre reconnait surtout pour origine l'hérédité.

3° Il existe une énorme quantité de faits négatifs prouvant qu'elle n'est ni inoculable ni contagieuse.

a. *La lèpre n'a jamais pu être inoculée aux animaux.*

b. *Les inoculations pratiquées sur l'homme n'ont pas abouti.*

c. *Les conjoints restent souvent unis pendant de longues années et ont même des enfants sans que l'époux lépreux infecte l'autre.*

d. *Les médecins, les garde-malades, les infirmiers, etc., ne prennent pas la lèpre des patients qu'ils soignent.*

e. *Les lépreux venus dans les grands centres de population, à Paris, à l'hôpital Saint-Louis en particulier, n'ont jamais transmis la lèpre, ni créé de foyers lépreux* (1).

4° Les faits publiés en faveur de la contagion sont inexacts.

5° Les contagionnistes ne s'accordent pas entre eux.

6° Les médecins des pays où règne la lèpre ne croient pas a la contagion.

I. — La lèpre reconnait d'autres causes que la contagion.

a. *Il existe des faits de lèpre sporadique.* — On a en effet signalé quelques cas extrêmement rares de lèpre survenue chez des sujets issus de parents sains, habitant des pays non contaminés et ne les ayant jamais quittés. Il semble donc que dans ces circonstances la lèpre se soit spontanément développée en dehors de toute hérédité et de toute contagion. Je ferai d'abord remarquer que l'existence réelle de ces cas est loin d'être démontrée : le serait-elle, elle ne prouverait nullement que la lèpre n'est pas contagieuse ; elle prouverait seulement qu'elle peut apparaître *de novo;* et encore faudrait-il alors étudier à fond la localité, savoir s'il n'y est jamais passé de lépreux, s'il n'y a jamais eu de cas de lèpre, s'il ne s'agit pas d'une revivification dans un terrain propice d'un organisme anciennement apporté.

Je ne saurais trop le répéter, ces cas de lèpre prétendue sporadique n'ont jamais été soumis à une critique sérieuse. Maintenant que nous connaissons combien peut être longue la durée de l'incubation ou si l'on aime mieux de la période latente de la lèpre, on voit qu'il faut être fort réservé pour admettre la réalité de la genèse *de novo* d'un cas de cette affection. Peut-on se souvenir de toutes les personnes que l'on a accidentellement fréquentées à plu-

(1) Voy. pour toute cette partie le travail de M. le docteur E. Besnier, p. 44 et suivantes.

La ruse a ses hommes de génie, tout comme la poésie et la musique.

Un jour on apprit que le Thessalien voulait fonder un second gymnase pour compléter le premier. Il serait établi dans une bourgade voisine d'Athènes, où depuis longtemps l'art d'Esculape était enseigné. Là seraient réunis les disciples les plus jeunes, qui étudieraient d'abord sous la direction des maîtres guérisseurs de la bourgade, puis iraient plus tard compléter leur instruction dans le gymnase d'Athènes. Les partisans et les adversaires du Thessalien approuvèrent cette création, et tous applaudissaient, les uns avec triomphe, les autres avec étonnement. Ceux-ci ne comprenaient pas ce subit amour de la science et de l'instruction ainsi éclos dans un esprit qui n'avait jamais paru les apprécier bien haut. Quelques vieux maîtres clairvoyants hochaient la tête, devinant sous des apparences généreuses un projet perfidement présenté.

Voici, en effet, ce qui arriva. Le nouveau gymnase fut constitué, et lorsque les premiers disciples durent en sortir, les maîtres guérisseurs de la bourgade ayant décrété qu'ils étaient suffisamment instruits, ces disciples furent envoyés directement dans les camps, et non au gymnase d'Athènes. La vieille institution fut déclarée inutile, les maîtres furent dispersés, le vieux gymnase était détruit.

Cependant les Athéniens, attaqués par de cruels ennemis, durent entrer en guerre.

La bataille fut acharnée et sanglante; de nombreux guerriers reçurent de terribles blessures.

Le camp des guérisseurs présentait un aspect admirable. Les tentes se dressaient strictement alignées, les serviteurs étaient à leur poste, et de nombreux guérisseurs à cheval se tenaient tout autour dans un ordre parfait. Les blessés affluèrent bientôt; ils s'étendaient sous les tentes, implorant des secours. Sans doute les guérisseurs arrivaient, mais ils demeuraient perplexes devant un spectacle nouveau pour eux. Ils ne savaient quelle décision prendre,

sieurs années de distance? Les renseignements ont-ils toujours été pris avec assez de rigueur? Je rappellerai à cet égard les faits réellement instructifs du docteur White (1) qui a pu se convaincre des courses vagabondes de plusieurs lépreux à travers l'Amérique, du docteur Liveing dont le petit malade originaire de Guernesey, n'ayant jamais quitté cette île, et dont les parents auraient été sains, avait en réalité perdu son père de la lèpre.

Il est probable, ajoute Liveing (2), « que si l'enquête n'avait pas été poursuivie aussi attentivement, on aurait sûrement considéré ce cas comme un cas sporadique et l'on aurait tout à fait méconnu sa cause réelle ».

Les notions nouvelles que nous possédons à l'heure actuelle sur l'hérédité, la contagion et la longue incubation de la lèpre doivent faire reprendre l'étude des faits prétendus sporadiques : il sera bien difficile d'en établir la réalité d'une manière rigoureuse. Nous n'en connaissons pas encore un seul qui résiste à la critique.

b. *Le procédé le plus efficace pour les individus des pays à lèpre qui en ont les moyens d'arrêter la marche envahissante de la maladie, c'est d'émigrer en Europe dans les grandes villes.* — Nous ne voyons pas en quoi ce fait d'observation, si tant est qu'il soit constamment exact, peut infirmer la doctrine de la transmissibilité de la lèpre de l'homme malade à l'homme sain. Si la lèpre évolue avec moins de rapidité dans un pays non contaminé que dans un pays contaminé, cela signifie qu'il y a des circonstances extérieures tenant au climat, à l'hygiène, au milieu, qui influent sur la marche de l'affection, et certes nous ne l'avons jamais nié. Il en est de même de la syphilis, de la tuberculose dont on ne nie guère plus à l'heure actuelle l'inoculabilité. Nous n'insistons pas.

II. — La lèpre reconnait surtout pour origine l'hérédité.

Dans notre premier article nous nous sommes déjà expliqués sur ce point : nous avons montré que l'on ne peut plus à l'heure actuelle se payer de mots, et qu'en allant au fond des choses, l'hérédité pour la lèpre ne peut plus être considérée comme « de l'hérédité au sens ancien, ni comme une tare formative de la cellule initiale, mais comme de la transmission faite de toutes pièces, des générateurs au produit, d'un élément spécifique extrinsèque introduit par la voie séminale ou plus certainement par la circulation utéro-placentaire : ce n'est donc que de la contagion sur un mode particulier, l'hérédo-contagion » (Besnier).

(1) Voy. notre mémoire de 1885, p. 723 (*Annales de dermatologie*).
(2) *Handbook on the diagnostic of skin diseases*, 1880, p. 290.

Ainsi que l'a démontré M. le docteur Leloir dans son traité, nombre d'Européens nés de parents sains, n'ayant jamais eu de lépreux dans leur famille, ont contracté la lèpre dans les colonies, et il est absolument impossible d'invoquer dans ces cas une influence héréditaire quelconque : on est loin de rencontrer l'hérédité chez tous les lépreux nés en pays lépreux (1) : il existe des faits où les parents sont devenus malades après les enfants : les enfants d'un lépreux ou d'une lépreuse et même les enfants nés de l'union de deux lépreux ne sont pas toujours atteints de la maladie.

Il y a eu enfin, ainsi que nous l'avons déjà signalé dans notre premier article, des épidémies de lèpre où l'extension de la maladie s'est faite d'une manière tellement rapide que l'hérédité ne peut suffire à expliquer la genèse de tous les cas (épidémie des îles Sandwich).

III. — Faits négatifs (2).

a. *La lèpre n'a jamais pu être transmise aux animaux.* — « Cela est certain, la lèpre ne s'inocule pas aux animaux ; mais on voudra bien se rappeler que la syphilis est dans le même cas, et cela suffit pour mettre l'argument à néant. L'homme, on ne le remarque peut-être pas assez, offre un terrain de culture propre au développement de presque tous les germes pathogènes; il n'en est pas de même de l'animal, lequel est réfractaire à toute une série de virus humains qui peuvent être pour lui toxiques ou septiques, non virulents (3). »

b. *Les inoculations pratiquées sur l'homme n'ont pas abouti.* — « A titre absolu cette objection pourrait être également déclinée, d'une part parce que la non-inoculabilité ou mieux l'inoculation faite sans succès d'une maladie n'a jamais entraîné, *ipso facto*, la démonstration de sa non-contagiosité ; l'inoculabilité, en effet, n'est qu'un des procédés du mode contagieux; plusieurs affections reconnues contagieuses ne le possèdent pas. D'autre part, la technique bactériologique n'est pas assez avancée pour

(1) Voy. Leloir, *loc. cit.*, p. 284.
(2) Voy. pour toute cette partie que nous sommes forcés d'écourter, notre mémoire de 1885.
(3) E. Besnier, *loc. cit.*, p. 44.

---

quel onguent appliquer, quelle opération pratiquer ; et les cris des blessés se faisaient entendre plus vifs et plus déchirants. Néanmoins, les grands chefs guérisseurs admiraient le bel alignement des tentes et se félicitaient de leur talent d'organisateurs, mais les blessés ne se félicitaient pas. Il en mourut un bien grand nombre, et un grand nombre aussi, parmi ceux qui survécurent, demeurèrent infirmes le reste de leur vie.

Ces événements émurent le cœur des mères et frappèrent l'esprit des magistrats d'Athènes. En bons païens qu'ils étaient, ils consultèrent les oracles. Le dieu interrogé leur répondit : « La qualité que vous devez demander à un joueur de luth, c'est de connaître les lois de la musique et de savoir faire vibrer avec habileté les cordes de son instrument. Accordez à son talent de justes récompenses, satisfaction d'une honnête ambition, excitation à la recherche du mieux. Ne le récompensez pas parce qu'il sait dormir sur la terre nue ; un berger y dort mieux que lui. Ne le récompensez pas pour sa vitesse à la course ; son cheval court plus vite que lui. Ne le récompensez pas pour de lointains voyages ; les vaisseaux vont plus loin que lui. Mais récompensez-le dans toutes les circonstances où, sur la terre nue, à cheval, en voyage, il aura su tirer de son luth des notes justes et harmonieuses. »

Quelques années plus tard, les Athéniens retournèrent au combat. Au camp des guérisseurs, les tentes étaient bien alignées, les serviteurs instruits se tenaient auprès d'elles, et quand les blessés y étaient apportés, des mains adroites savaient recouvrir leurs plaies des onguents bienfaisants, soutenir par d'ingénieux appareils les membres pantelants et les chairs entamées. Ce camp ne retentissait plus de plaintes lamentables.

Les magistrats d'Athènes se réjouirent d'avoir compris le sens de l'oracle. Ils rendirent grâces aux dieux et leur offrirent des sacrifices.

qu'une affection qu'on ne parvient pas à inoculer soit déclarée non inoculable » (E. Besnier). Cette question est probablement hérissée de difficultés qu'on ne fait encore que soupçonner. « On ne saurait oublier que la syphilis, la plus sûrement et la plus facilement inoculable de toutes les maladies, ne possède plus au bout de quelques années cette faculté inoculable même dans ses éléments les plus caractérisés; il en est ainsi vraisemblablement de la lèpre » (Besnier). D'ailleurs il ne faut jamais perdre de vue que selon toute probabilité : 1° il est nombre d'organismes qui sont réfractaires à cette affection; 2° que sa période de latence peut être fort longue et que par suite il faut suivre les sujets inoculés pendant fort longtemps avant de pouvoir affirmer que le résultat est négatif.

Malheureusement, comme l'a dit M. le docteur E. Besnier, il est à craindre « que l'observation clinique ne soit prochainement en mesure, par des faits trop certains, de démontrer que la lèpre est inoculable ». Nous avons déjà cité dans notre premier article le fait du docteur Gairdner dans lequel deux enfants sont devenus lépreux après avoir été vaccinés avec du vaccin pris sur un enfant issu d'une famille de lépreux.

D'autres exemples de transmission de la lèpre par la vaccine ont déjà été publiés, et leur ensemble vient confirmer les craintes émises depuis un certain temps déjà par les médecins de quelques pays contaminés sur la propagation de la lèpre par la vaccination.

Mais, nous le répétons encore à dessein, ces faits déplorables n'existeraient-ils pas, les quelques tentatives d'inoculation de la lèpre à des sujets sains resteraient-elles toutes infructueuses, que nous ne verrions là que des faits négatifs prouvant, ce dont nous sommes déjà convaincus, que la lèpre n'est pas fatalement inoculable, mais n'infirmant en rien les faits positifs sur lesquels nous avons édifié notre doctrine.

c. *Les conjoints restent souvent unis pendant de longues années et ont même des enfants sans que l'époux lépreux infecte l'autre.* — Cet argument est passible des mêmes objections que le précédent. Certes les faits sur lesquels il s'appuie sont nombreux; mais l'immunité de l'époux indemne n'existe pas toujours. M. le docteur E. Vidal a relaté un cas des plus nets de contagion maritale (1); M. le docteur Leloir en a publié deux autres cas dans son *Traité* (p. 303-304). Donc l'époux sain n'est pas toujours contagionné, mais il l'est parfois, et cela seul suffit à prouver la possibilité pour la lèpre d'être transmise de l'individu malade à l'individu sain.

d. *Les médecins, les garde-malades, les infirmiers, etc., ne prennent pas la lèpre des patients qu'ils soignent.* — Les anticontagionnistes citaient autrefois l'exemple du frère Damien comme un des cas les plus frappants d'immunité de l'homme sain au milieu de foyers de lèpre. On sait en effet que depuis de longues années il vivait constamment entouré de lépreux auxquels il prodiguait ses soins avec le dévouement le plus admirable. Malheureusement des symptômes irrécusables de cette affection se sont enfin manifestés chez lui, et loin d'être une preuve de la non-transmissibilité de la lèpre, il pourrait à la rigueur fournir un argument vraiment lamentable aux contagionnistes. Faut-il rappeler que, loin d'être indemnes comme on veut bien le dire, des médecins, des sœurs de charité, des infirmiers attachés aux léproseries deviennent assez fréquemment lépreux?

Et vraiment je ne puis comprendre comment on peut invoquer l'heureuse immunité dont la plupart jouissent comme un argument contre la contagiosité de cette maladie. Ne manions-nous pas tous les jours la syphilis dans les hôpitaux, dans la clientèle, et cependant nous en sommes à compter et à citer les cas de transmission médicale de cette affection? Pourtant les immunités individuelles contre la syphilis, si tant est qu'elles existent en dehors d'une syphilisation antérieure, sont incomparablement moins fréquentes que les immunités individuelles pour la lèpre. Nous évitons une affection aussi facilement inoculable et aussi fréquente que la syphilis en prenant certains soins d'hygiène, de propreté, de surveillance sur nous-mêmes, comment peut-on admettre que ces mêmes précautions ne soient pas efficaces envers une affection selon toute probabilité beaucoup moins diffusible? Quoi qu'il en soit, les faits positifs viennent ici encore démontrer le peu de fondement de l'objection.

e. *Les lépreux venus dans les grands centres de population, à Paris, à l'hôpital Saint-Louis en particulier, n'ont jamais transmis la lèpre, ni créé de foyers lépreux.* — A cela nous pourrions répondre aux anticontagionnistes: Qu'en savez-vous? Les prétendus cas de lèpre sporadique dont nous parlions au début de cet article ne reconnaissent-ils pas cette origine? — Nous ferons remarquer surtout que ce n'est pas dans des hôpitaux de Paris, à l'hôpital Saint-Louis en particulier, où l'on a l'habitude de soigner sans le moindre danger pour les médecins, pour les infirmiers et pour les malades voisins, les affections cutanées les plus contagieuses et les plus inoculables qu'il faut s'attendre à voir les lépreux créer autour d'eux des foyers lépreux. Étudiez-les au contraire quand ils arrivent sur un sol vierge, au milieu de populations ignorantes et n'ayant qu'une mauvaise hygiène, et vous verrez alors se développer autour d'eux des foyers plus ou moins considérables comme au Cap-Breton, comme à la Louisiane, etc... Certes nous ne voulons pas faire du lépreux un paria qu'une crainte immodérée et d'un autre âge laisserait dans l'isolement et l'abandon le plus absolu comme certaines âmes par trop sensibles voudraient le faire croire, mais nous voulons que chacun prenne envers lui des précautions et des soins hygiéniques qui annihilent tout danger.

IV. — Les faits publiés en faveur de la contagion sont inexacts.

Nous n'aurions pas mentionné cette objection si nous ne l'avions pas trouvée reproduite dans l'ouvrage de M. le professeur Leloir (p. 300). Pour la réfuter, il nous suffira de renvoyer à notre premier article et de faire remarquer que les preuves que nous avions données en 1885 de la transmissibilité de la lèpre de l'homme malade à l'homme sain n'ont jamais encore été sérieusement discutées.

V. — Les contagionnistes ne s'accordent pas entre eux et reconnaissent eux-mêmes que fort souvent l'on ne peut trouver la contagion comme origine de la maladie chez le lépreux.

Il s'agit de s'entendre et de ne pas équivoquer sur les mots. Pour admettre que la lèpre peut se transmettre de l'homme malade à l'homme sain, faut-il prouver que tout

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1885, et Brocq, Mémoire cité, p. 635.

cas donné de lèpre a eu pour origine une inoculation directe d'un produit lépreux ou une cohabitation prolongée avec un lépreux? Faut-il démontrer que toute inoculation directe d'un produit lépreux, que toute cohabitation prolongée avec un lépreux donne fatalement la lèpre? Mais c'est ne tenir aucun compte ni des qualités variables du principe morbide suivant les temps, les climats, les terrains, etc., ni des prédispositions individuelles. Or tous ces éléments jouent un rôle considérable dans la question de la transmission de la lèpre; nous l'avons toujours reconnu et proclamé. Je ne vois pas en quoi « ces réserves atténuent singulièrement la doctrine contagionniste qui, pour se maintenir, doit être absolue! » (Le Roy de Méricourt). J'avoue réellement ne pas comprendre. Que l'on essaye donc, si on le peut, de recueillir à Paris tous les faits négatifs de contagion d'érysipèle, de diphthérie, de scarlatine même, maladies reconnues cependant dès aujourd'hui pour être éminemment contagieuses, et l'on sera étonné du volume du dossier que l'on pourra former. Or qui pourrait songer à comparer la facilité de constatation de la contagion de l'érysipèle, de la diphthérie, de la scarlatine, maladies aiguës des plus fréquentes, à évolution courte, avec les difficultés d'observation que présente la lèpre dont la période latente est des plus longues. Certes oui, nous sommes les premiers à reconnaître qu'il y a une grande quantité de faits de lèpre dans lesquels on ne peut encore d'une manière certaine conclure à l'origine par la contagion, mais cela ne veut pas dire qu'ils ne reconnaissent pas cette origine: cela prouve seulement que les difficultés d'observation sont fort grandes, que désormais il sera nécessaire pour tout cas isolé de se livrer à une enquête minutieuse, et surtout cela ne peut infirmer en rien les faits positifs que nous possédons. Ils existent et forcent la conviction.

Aussi n'est-ce pas sur ce point primordial que portent les divergences d'opinion des contagionnistes si tant est que l'on puisse dire qu'ils ne s'accordent pas entre eux. Les faits positifs sont là, indiscutables; ils démontrent que la lèpre est transmissible de l'homme malade à l'homme sain. Nous sommes tous d'accord sur ce point, lequel, nous le répétons, est le point important. — Mais quel est le mécanisme de cette transmission? Ici nous reconnaissons que le sujet demande de nouvelles et patientes recherches, et comme l'on ne peut encore émettre que des hypothèses, on ne doit point s'étonner de voir se produire entre les contagionnistes quelques divergences de vues qui n'ont au fond aucune importance. Les uns pensent que la lèpre est inoculable et se transmet dès lors comme la syphilis, et les observations qui viennent d'être publiées de lèpre vaccinale semblent prouver le bien-fondé de cette opinion; d'autres croient que la lèpre pourrait bien ne pas être contagieuse d'emblée, d'individu à individu, et que le virus développé chez l'homme aurait besoin d'une culture intermédiaire dans un milieu que nous ignorons pour devenir contagieux et inoculable; d'autres que le virus lépreux n'est inoculable qu'à certaines périodes de l'évolution de la lèpre et non à toutes.

Ce ne sont là, je le répète, que des hypothèses: elles sont d'ailleurs fort légitimes et ne s'excluent pas l'une l'autre, de telle sorte qu'il serait fort possible qu'elles fussent vraies simultanément. Quoi qu'il en soit, ces interprétations un peu différentes du mécanisme de la propagation de la lèpre ne sauraient être considérées comme un argument contre la réalité de sa transmissibilité.

VI. — Les médecins des pays où règne la lèpre ne croient pas a la contagion.

Dans mon mémoire de 1885, répondant à cette objection qui avait été formulée à la tribune de l'Académie de médecine par M. le docteur Constantin Paul, lequel avait cité comme ne croyant pas à la contagion, les docteurs Gavin Milroy, Tilbury Fox, Farquhar, Danielssen, Bœck, Sand, Kaurin, j'avais pris la liberté de lui indiquer encore comme anticontagionnistes Thomas C. Walton, Francis H. Welch, Lewis et Cunningham, W. Ireland, Geddings, Brassac, Simmons, Baelz, van Leent, etc... Je suis heureux de voir que j'avais choisi à cette époque des anticontagionnistes bon teint, puisque dans la discussion actuelle M. le docteur Le Roy de Méricourt vient de se servir de MM. les docteurs Lewis, Cunningham, van Leent, et qu'il a reproché à M. Besnier de ne pas avoir fait attention au docteur Baelz (de Tokio), que nous connaissions cependant puisque nous l'avons cité en 1885. Par contre, les anticontagionnistes de M. Constantin Paul étaient moins fermes dans leurs principes: Tilbury Fox a depuis lors admis la contagion de la lèpre et M. le docteur Leloir nous apprend que le docteur Kaurin de Molde, suivant en cela l'exemple de la plupart des médecins norwégiens, est tout récemment devenu contagionniste.

Nous avons montré dans notre travail de 1885 que dans les pays à lèpre les médecins contagionnistes sont aussi nombreux, sinon plus nombreux, que les anticontagionnistes; nous avons rappelé les noms des médecins des îles Hawaï, de Mac Namara au Bengale, de Hansen (Bergen), d'Eklund (Suède), de Wolff (Madère), de Wucherer (Brésil), de Fox, Graham, Piffard, Farquharson, Oykas, Lob, Friedel, Manson, etc...

Nous pourrions donc opposer autorités à autorités. Mais que sert-il dans une discussion pareille de se battre à coups de citations, que sert-il d'entasser Fayrer sur van Leent, MM. de Varigny sur Mac Connel, des faits négatifs sur des faits négatifs, des opinions personnelles sur des considérations de fausses philanthropie? Qu'on me permette de le dire, ce n'est pas là la question.

Les faits positifs de contagion lépreuse existent, réfutez-les. Attaquez-les de front, n'essayez pas de les submerger sous un flot de citations pour la plupart sans précision et sans grande valeur scientifique. Tant que vous ne l'aurez pas fait, nous aurons le droit de proclamer comme démontrée la réalité de la transmissibilité de la lèpre du lépreux à l'homme sain.

Brocq.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

De l'onyxis malin et de son traitement par l'iodoforme, par le docteur Morvan (de Lannilis).

Vandrop décrivit en 1814 une variété de l'onyxis qui était caractérisée par un renflement considérable du bout du doigt (1), une ulcération fongueuse de la matrice et du lit de l'ongle, une suppuration sanieuse d'une grande fétidité, et un ramollissement de l'ongle qui était comme usé, macéré et réduit en lambeaux.

(1) Le renflement était en forme de spatule, disait Wandrop. Mais d'après nos observations, le plus souvent il est en forme de battant de cloche.

Cette affection, généralement très douloureuse, était remarquable par sa durée et la difficulté de la guérison, qui n'était jamais spontanée. Il lui donna, pour ces raisons, la dénomination d'onyxis malin. Il la traitait avec succès par les mercuriaux intus et extrà.

Mais comme ces succès ne se reproduisirent pas entre les mains des médecins qui vinrent après lui, on fut fondé à supposer que les cas d'onyxis malin observés par Wandrop devaient se confondre avec l'onglade et appartenir à la syphilis. Lelut et Dupuytren furent des premiers à faire cette observation qui fut confirmée par la suite, et aujourd'hui, à côté de l'onyxis syphilitique, vient se ranger une autre classe d'onyxis que les auteurs modernes rattachent à la scrofule. De là la division de l'onyxis malin en deux catégories : les onyxis syphilitiques et les onyxis scrofuleux, ceux-ci comprenant l'ensemble des faits qui ne peuvent se ranger sous la première dénomination.

Dupuytren, dans sa leçon sur l'ongle rentré dans les chairs (*Leçons orales*, 2e édition, 1839), n'affirmait pas encore la scrofule, mais il excluait déjà la syphilis et rattachait ses faits à une *disposition particulière* de l'individu. Il faut arriver à 1840 pour rencontrer cette affirmation chez Ollivier dans son article sur la pathologie des ongles (*Dictionnaire de médecine en 30 volumes*) où se trouve la division nettement faite de l'onyxis en onyxis syphilitique et onyxis scrofuleux.

C'est la maladie désignée de nos jours par M. de Saint-Germain sous le nom de dactylite unguéale scrofuleuse. Elle se distingue de l'onglade syphilitique par plusieurs caractères que Dupuytren signalait déjà : 1° elle occupe presque exclusivement les doigts de la main, tandis que l'onglade peut exister à peu près indifféremment aux pieds et aux mains ; 2° elle n'atteint qu'un seul doigt, tandis que l'onglade s'étend à plusieurs doigts à la fois ; 3° elle est l'apanage presque exclusif de l'enfance, tandis que l'onglade serait plus fréquent chez l'adulte ; 4° le traitement mercurial n'aurait aucune prise sur cette forme d'onyxis.

Mais, si l'on s'est basé sur le succès ou l'insuccès de la médication mercurielle pour faire le départ entre les divers cas d'onyxis malin, ce n'est pas sur un genre de preuve semblable, sur la médication, qu'on pourra s'étayer pour démontrer la nature scrofuleuse de la dactylite unguéale de l'enfant. Dans notre observation IV, l'enfant, évidemment strumeux, était traité depuis longtemps par l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, le régime fortifiant, quand il est pris d'onyxis : le traitement, qui guérit chez lui des abcès ossifluents, n'empêche pas la production de l'onyxis à la suite d'une contusion. Le sujet de l'observation III, qui n'avait rien de scrofuleux, mais qui était de constitution débile, avait été soumis, également sans succès, pendant quelques semaines, à l'usage de l'huile de foie de morue.

Aussi, depuis Dupuytren, n'est-ce pas au traitement général qu'on s'adresse pour obtenir la guérison de l'onyxis malin ; c'est à l'avulsion de l'ongle et à l'abrasion des fongosités, c'est-à-dire au traitement local.

Dans les 13 cas que contient le présent mémoire. la scrofule n'existe de façon évidente que chez le petit M. C.... (obs. IV). Il y avait des antécédents de famille chez deux autres malades (obs. XII et XIII). Le petit K... est d'origine tuberculeuse puisqu'il est né d'un père mort de phthisie avant sa naissance. Je dois ajouter cependant qu'à part une débilité de constitution, rien ne trahissait chez lui cette origine : il n'avait jamais eu ni ophthalmie, ni otorrhée purulente, ni engorgement ganglionnaire du cou, rien enfin d'apparence strumeuse. Quant à la petite Louise F..., je sais que sa grand'mère paternelle a succombé à la phthisie, mais c'est le seul antécédent de famille qui existe. Ellemême est grosse, forte et rouge, comme tous ses frères et sœurs. Père et mère sans tare sous ce rapport.

Enfin, chez deux autres enfants (obs. VIII et X), nous notons une tendance à l'impétigo du cuir chevelu qui revient presque tous les ans. Cela tient sans doute en partie à du lymphatisme, mais plus encore peut-être à l'incurie ou aux préjugés de nos campagnes où l'on se garderait d'abuser du peigne dans la persuasion que jeter sa gourme est une garantie de santé pour l'enfant.

En dehors de ces cas, au nombre de quatre ou cinq, rien qui rappelle de près ou de loin la scrofule ou la tuberculose.

Ainsi, dans les deux tiers au moins des cas, on est forcé de refuser l'épithète de scrofuleuse à la dactylite unguéale de nos enfants. Je sais bien que chez les enfants dont l'observation est consignée dans le mémoire de Routier sur la dactylite unguéale scrofuleuse des enfants (*France médicale*, 1880) et dans la thèse du docteur Bouis sur le même sujet (Paris, 1883), on rencontre à chaque pas les stigmates de la scrofule. Comment en serait-il autrement? L'onyxis malin attaque l'enfance presque toujours, et les malades de ces messieurs pris dans le service du docteur de Saint-Germain (hôpital des Enfants malades) appartiennent à la population ouvrière de Paris, et encore à la portion la plus pauvre de cette population où la misère physiologique conduit trop souvent pour ne pas dire fatalement à la scrofule.

Mais, quelle que soit la théorie, le traitement adopté de nos jours est purement chirurgical. On a renoncé aux cautérisations ; le fer rouge et les divers caustiques sont abandonnés. On ne recourt plus ni au caustique de Vienne ni au nitrate d'argent ni au nitrate de mercure. Il y a cependant un nitrate, le nitrate de plomb, qui semble avoir conservé quelque faveur. Il a donné des succès à Vanzetti qui l'appliquait pur, en poudre et en renouvelait l'application à intervalles de trois à quatre jours, quand l'eschare était tombée.

Dans sa leçon sur l'ongle rentré dans les chairs, Dupuytren aboutissait à la conclusion suivante : « L'enlèvement avec le bistouri de la totalité de la peau malade doit être préféré à tous les autres moyens thérapeutiques : il est à la fois plus prompt et plus sûr. » Puis il ajoutait par acquit de conscience, mais la conviction n'y était plus : « Toutefois il ne faut point négliger l'emploi des autres moyens, et l'on doit s'efforcer d'épargner au malade une opération qui est toujours douloureuse. »

Douloureuse en effet ; on en jugera par sa manière de procéder : « Pour pratiquer cette opération, je (Dupuytren) fais asseoir le patient sur un lit ou sur une chaise, et saisissant l'orteil malade avec la main gauche, je pratique à l'aide d'un bistouri droit une incision profonde et demi-circulaire, à trois lignes au delà du repli de la peau qui supporte l'ongle à son origine ; cette incision est dirigée parallèlement à ce repli qu'elle entoure et cerne en quelque sorte dans sa totalité. Alors un aide maintenant l'orteil malade en position, je relève le lambeau d'arrière en avant avec des pinces à disséquer, et détache avec le bistouri toute la peau qui était en rapport avec l'ongle et qui concourait à sa production. »

De nos jours, la pratique du docteur de Saint-Germain ne diffère pas sensiblement de celle de Dupuytren. Sa confiance dans les moyens de douceur est la même, si nous en jugeons par les préceptes qui nous sont transmis par deux de ses élèves, MM. Routier et Bouis. Nous lisons dans la thèse de ce dernier : « Le traitement général doit être celui de la scrofule, mais d'ordinaire il n'est pas suffisant pour amener la guérison et il faut enlever l'ongle et gratter avec soin les fongosités. »

Procédé du docteur de Saint-Germain. L'enfant étant anesthésié et le doigt préalablement lavé avec une solution d'acide phénique ou borique, le doigt malade est saisi entre le pouce et l'index de la main gauche, et avec un fort bis-

touri convexe, tenu de la main droite comme une serpette, qu'on enfonce obliquement à un demi-centimètre au-dessus de la matrice de l'ongle, on emporte d'un seul coup la matrice et le lit de l'ongle, tout jusqu'à la phalangette dont le plus souvent le périoste est enlevé. On termine l'opération en grattant avec soin la partie supérieure de la plaie de manière à ne laisser aucune portion de la matrice, et l'on panse à l'alcool.

Au fond, c'est l'opération de Dupuytren, mais avec deux modifications très heureuses : 1° on abrège l'opération en se servant du bistouri comme d'une serpette, et en emportant le tout d'un coup, suivant la méthode de Baudens et de Gerdy pour l'ongle incarné ; 2° en joignant le grattage de la matrice à l'ablation de l'ongle et à l'abrasion des fongosités, on ajoute aux garanties de l'opération, on diminue les chances de récidive.

Il ne faut pas croire, en effet, qu'après une opération aussi radicale en apparence, les récidives ne se produisent pas. Dans chacune des quatre observations de Dupuytren, il y a eu récidive, l'on a dû procéder de nouveau à l'ablation par le bistouri des pinceaux cornés qui repoussaient.

M. de Saint-Germain lui-même, malgré tous ses soins et le grattage à fond de la matrice, a eu deux récidives sur 8 malades opérés par lui, à savoir : 5 malades (mémoire de Routier), une récidive ; 3 malades (thèse de Bouis), une récidive.

La question douleur ne peut plus avoir pour nous la même importance que pour Dupuytren. Nous avons ce qu'il n'avait pas, l'anesthésie générale et mieux encore l'anesthésie locale qui permet de terminer au milieu de l'insensibilité la plus complète une opération d'une aussi courte durée — courte surtout lorsqu'on emploie le procédé de M. de Saint-Germain. Cependant les douleurs consécutives ne sont pas à dédaigner. On voit, par exemple, dans l'une des opérations de Dupuytren, des souffrances très vives se prolonger pendant plusieurs heures, et bien que les observations de Routier et de Bouis n'en fassent pas mention, il est probable qu'il en a été de même dans quelques-unes des opérations pratiquées à l'hôpital des *Enfants malades*.

Mais laissons ce côté de la question pour en envisager d'autres — la durée du traitement et la garantie de la guérison, qui sont des éléments indispensables quand il s'agit d'apprécier la valeur d'une méthode thérapeutique. Nous avons déjà constaté que la récidive dans les opérations les mieux faites, se montrait deux fois sur huit, c'est-à-dire dans le quart des cas.

Quant à la durée du traitement, elle nous est fournie par l'analyse des observations de MM. Bouis et Routier. Celles-ci démontrent que la durée totale du séjour à l'hôpital est de treize jours au minimum, de quarante-trois jours au maximum, mais que la moyenne de ce séjour est de trente et un jours.

Je me crois en possession d'un traitement par les moyens de douceur en tous points supérieur au traitement chirurgical dont nous venons de donner le bilan :

1° La durée de notre traitement, au lieu d'un mois, n'est que de dix-sept jours en moyenne ; 2° il n'y a jamais eu de récidive sur l'ensemble des 13 cas qui se sont présentés à nous et qui tous, sans exception, ont été soumis au même traitement ; 3° l'ongle est conservé au lieu d'être sacrifié comme dans le traitement chirurgical.

Voici en quoi consiste notre traitement. Je savais que l'iodoforme avait été employé avec succès par MM. Lallier, Féréol, Besnier, etc., contre les ulcères atoniques, lorsque tomba sous mes yeux un article de Diday sur le péri-onyxis ulcéreux (*Annales de dermatologie et de syphilographie*, 1872) où il est dit que dans le périonyxis syphilitique Fournier préconisa un mode de traitement encore peu connu qui lui a très bien réussi dans quelques cas : le pansement à la poudre d'iodoforme. Je me rappelai la peine que j'avais à guérir les malades atteints du mal de Wardrof et je me décidai à tenter contre l'onyxis malin le moyen qui réussissait si bien dans le périonyxis syphilitique.

Les premiers essais furent des succès très beaux et très rapides. La douleur disparaissait dès le premier jour, dès les premières heures ; au second pansement, il n'y avait plus trace de fétidité, et la guérison complète ne se faisait pas attendre.

Je commence par l'enlèvement de l'ongle, auquel je procède sous le chloroforme quelquefois, mais le plus souvent sous l'anesthésie locale obtenue grâce à la pulvérisation éthérée. En me servant de la pince hémostatique, j'arrive facilement à l'avulsion de l'ongle tout entier, racine comprise. Je couvre alors l'ulcère d'une couche d'iodoforme finement pulvérisé que j'assujettis avec de la ouate et une bande roulée, en tarlatane ou en linge fin. La ouate, par sa légèreté, a le grand avantage, au premier pansement, de ne pas causer de la douleur dans une partie souvent très hyperesthésiée. La douleur ayant disparu dès le premier pansement, grâce à l'iodoforme, les mêmes précautions ne sont pas nécessaires pour les pansements subséquents. On augmente graduellement la compression, déterminée par le bandage roulé, et l'on aide ainsi au dégorgement du doigt.

Les pansements, dans quelques cas rares, ont été renouvelés tous les jours, mais d'habitude, à cause de l'éloignement des malades, que je tenais à panser moi-même pour suivre l'état de la plaie, les pansements n'avaient lieu que tous les trois à quatre jours, et même parfois que toutes les semaines. A chaque pansement, je constatai la présence de l'iodoforme, reconnaissable à sa couleur dorée, lequel ne s'était jamais dissipé, même après un pansement datant de huit jours.

Les guérisons les plus rapides ont été obtenues en cinq et sept jours, les plus tardives en trente-cinq et quarante jours. La moyenne a été de dix-sept jours, comme il a été dit précédemment.

Je n'ai pas appelé le traitement général à mon aide. Une fois on était à l'usage de l'huile de foie de morue et de l'iodure de fer depuis plusieurs mois quand, nonobstant, l'onyxis s'est produit. Une autre fois, le traitement par l'huile de foie de morue avait été institué dès l'apparition de l'onyxis et continué pendant quelques semaines avant l'arrivée chez moi. Dans l'un comme dans l'autre cas, ne saisissant pas le bénéfice du traitement général, je l'ai fait suspendre pour m'en tenir au traitement local qui, là comme ailleurs, m'a toujours suffi.

En principe, je n'ai jamais eu recours qu'à l'iodoforme. Cependant il m'est arrivé deux malades que l'on avait pansés l'un avec de l'onguent styrax pendant des mois, et l'onguent styrax lui avait été utile ; et l'autre, pendant un mois, sans bénéfice apparent, avec du coaltar saponiné. Je ne parle pas, et pour cause, des remèdes de bonne femme ou de châtelaine qui avaient été constamment essayés, sans profit, bien entendu, pendant les longs mois qui avaient précédé l'emploi de l'iodoforme.

Moi-même, pensant que l'iodoforme agissait comme antiseptique, j'ai voulu faire un essai et lui ai substitué une fois l'acide borique en pommade au cinquième. Les pansements boriqués étaient renouvelés matin et soir. Au bout d'une semaine, la douleur et la fétidité ayant persisté au même point, je renonçai à l'acide borique pour revenir à l'iodoforme, qui produisit son effet ordinaire.

L'iodoforme n'a jamais eu d'autre adjuvant que la compression déterminée par un bandage roulé. Quand le bout du doigt était triplé et même quadruplé de volume, je crois avoir aidé au dégorgement et à la réfection du doigt par l'application d'une bande qui, après le premier pansement, pouvait être plus serrée, l'hyperesthésie ayant disparu grâce à l'iodoforme.

Enfin, une fois, j'ai réprimé, par une cautérisation au

nitrate d'argent, quelques bourgeons charnus exubérants qui, à mon gré, ne rentraient pas assez vite dans le rang.

Je ne terminerai pas sans insister de nouveau sur l'un des grands avantages du traitement médical sur le traitement chirurgical : c'est la conservation de l'ongle. L'avantage a son prix, on en conviendra, d'autant plus que l'onyxis malin s'attaque habituellement aux doigts de la main et que l'absence de l'ongle nuit considérablement à leur bonne conformation.

Après le traitement médical, l'ongle repousse toujours, quelles que soient la gravité du mal et son ancienneté. J'en ai constaté la régénération dans des cas qui dataient de plusieurs mois, d'un an même. Dans plusieurs de nos observations, on note cette régénération aux derniers pansements.

L'ongle peut être sans aucune déformation, ayant le poli, la teinte et la conformation des autres ongles de la main. Ainsi, on ne rencontre pas la moindre strie chez quelques sujets revus plusieurs années ensuite. Quelquefois, au contraire, il existe des stries légères. D'autres fois, enfin, la déformation est portée assez loin, soit que l'ongle soit rapetissé, rétréci de moitié avec une convexité transversale exagérée, soit qu'ayant conservé des dimensions à peu près normales, il soit couvert de rugosités et comme chagriné.

Quoi qu'il en soit, j'espère que, grâce aux multiples avantages énumérés plus haut, on n'hésitera pas à délaisser le traitement chirurgical pour le moyen de douceur, le moyen conservateur par excellence, le pansement à l'iodoforme.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Conséquences tardives de l'infection expérimentale. Note de M. *Charrin*. — En pathologie expérimentale, nous connaissons surtout les effets immédiats des maladies infectieuses, ceux qui se développent pendant que le microbe se multiplie et fonctionne dans le corps de l'animal. Nous connaissons moins bien les conséquences tardives des affections parasitaires, celles qui se rattachent directement à l'infection, mais qui ne se manifestent qu'à une époque où, depuis longtemps, l'agent microbien a disparu. Cela tient à ce que, pour des raisons diverses, on ne conserve pas très longtemps dans les laboratoires les animaux qui semblent revenus à la santé, cela tient également à ce que la plupart des maladies infectieuses expérimentales se terminent promptement par la mort.

Il est cependant possible, surtout à l'aide des vaccins, de conférer à des animaux une résistance telle que le microbe pathogène inoculé ne provoque plus qu'une affection aboutissant à une guérison au moins apparente.

L'auteur a déjà signalé les paralysies déterminées chez le lapin par le bacille pyocyanique. Si avant l'inoculation intraveineuse, le lapin a été vacciné, ces paralysies. que les produits solubles, comme le bacille, peuvent produire, n'apparaîtront pas ou n'apparaîtront que tardivement. Et si, à ce moment, on cherche le bacille dans le système nerveux, on ne le décèle ni par la culture ni par l'examen histologique. Il est aisé, au contraire, de le découvrir quand on le recherche dans les quatre ou cinq jours qui suivent l'injection intraveineuse.

On ne saurait donc invoquer, pour expliquer les résultats négatifs ultérieurs, un vice de technique. Le microbe a disparu, les troubles fonctionnels de la cellule, irritée par le bacille ou ses produits, ont continué.

M. Charrin a pu également constater le microbe pyocyanique dans le sang et l'urine d'un lapin, l'albuminurie en a été la conséquence; le microbe a disparu, l'albuminurie est allée progressive, les lésions se sont poursuivies et le rein, à l'autopsie, était granuleux, scléreux, amyloïde et le cœur très hypertrophié. Les viscères ne renfermaient pas de microbes.

L'infection elle-même avait cessé, ses conséquences se sont développées.

Ainsi en est-il dans nombre de cas d'infections et d'intoxications humaines, et dans la maladie pyocyanique, il y a infection et intoxication.

Supprimez à un moment donné le plomb ou l'alcool, la marche de la sclérose n'en évolue pas moins. Une scarlatine est terminée, une diphthérie a pris fin, on voit s'établir une néphrite, une paralysie, et l'on cherche en vain le microbe.

Sur l'élimination par les urines, dans les maladies infectieuses, de matières solubles, morbifiques et vaccinantes. Note de M. *Bouchard*. — L'auteur a démontré en novembre 1884 que si l'on injecte au lapin les urines filtrées de l'homme cholérique, on détermine une intoxication spéciale absolument différente de l'empoisonnement par l'urine normale et qui reproduit les symptômes caractéristiques du choléra : cyanose, algidité, crampes, diarrhée analogue à la purée cholérique, desquamation de l'intestin grêle, accumulation dans la vésicule biliaire de la bile qui ne s'écoule plus dans l'intestin, albuminurie graduellement croissante, anurie, urémie et mort après trois ou quatre jours de maladie.

M. Bouchard peut établir aujourd'hui pour une autre maladie infectieuse, la maladie pyocyanique, que les urines des animaux infectés emportent non seulement des poisons solubles capables de reproduire chez les animaux sains quelques-uns des symptômes de la maladie infectieuse, mais même la matière vaccinante soluble qui se montre capable de rendre les animaux auxquels on injecte ces urines, réfractaires à l'inoculation ultérieure de l'organisme pathogène.

Les urines d'une série d'animaux successivement inoculés avec le bacille pyocyanique ont été recueillies chaque jour, filtrées au filtre de porcelaine et les essais de culture ont été établis chaque fois qu'aucun microbe n'avait passé à travers le filtre. Cette urine, ainsi dépouillée d'organismes pathogènes, a été, tous les deux jours, injectée à la dose moyenne de 30 centimètres cubes sous la peau de lapins sains. Trois lapins ont reçu ainsi 205 centimètres cubes, 145 centimètres cubes et 140 centimètres cubes d'urine. Les deux premiers lapins ont présenté au bout de douze à quinze jours une paralysie des membres postérieurs telle qu'on l'observe chez les animaux inoculés sous la peau avec le microbe pyocyanique ou chez lesquels on injecte sous la peau la culture filtrée débarrassée de ses microbes.

Le premier animal est mort par suite d'un accident. Les deux derniers ont été inoculés par la voie intraveineuse, l'un avec 1cc,2, l'autre avec 1 centimètre cube de culture de bacille pyocyanique. Pour chacune de ces inoculations, des témoins ont été inoculés de la même façon et aux mêmes doses avec la même culture puisée au même instant.

Les témoins ont succombé après vingt-sept, vingt-huit et vingt-deux heures.

Les deux animaux préalablement injectés avec l'urine sont actuellement encore bien portants.

Des animaux préalablement injectés avec des urines normales n'ont acquis aucune immunité.

Ces expériences prouvent que les matières solubles, morbifiques ou vaccinantes, peuvent être fabriquées par les microbes dans le corps des animaux infectés, comme elles le sont *in vitro*, et que ces matières solubles ne restent

pas indéfiniment dans le corps des animaux infectés, mais qu'elles sont capables de s'éliminer en partie au moins par la sécrétion urinaire.

DE L'INFLUENCE DE LA TEMPÉRATURE ORGANIQUE SUR LES CONVULSIONS DE LA COCAÏNE. Note de MM. *Langlois* et *Ch. Richet*. — Les propriétés calmantes de la coca sont depuis longtemps connues. Celles de son alcaloïde, la cocaïne, ne sont étudiées que depuis peu. Elles sont anesthésiantes et rendent de grands services aux chirurgiens pour l'anesthésie localisée. On l'obtient par des injections hypodermiques. On a parfois observé des accidents à la suite de ces injections: des nausées, vomissement, agitation, syncope, etc.

Les physiologistes se sont, de leur côté, livrés à son étude et ont signalé en plus l'action convulsive.

Les auteurs de la note ont reconnu tout ce qu'avaient vu leurs prédécesseurs, mais non seulement ils ont mieux précisé, mais encore ils ont découvert un point nouveau des plus importants. Ce point, le voici :

L'action convulsive de la cocaïne, à doses égales, se produit d'autant plus intense que l'animal est soumis à une température plus élevée; soit un chien mis dans un bain à 42-40 degrés, si on lui injecte une dose de cocaïne minime, soit 8 milligrammes, les convulsions apparaissent tout de suite. Le lendemain le même animal est refroidi dans un bain à 31 degrés; on lui injecte une dose de cocaïne bien supérieure, soit 4 centigrammes, il n'éprouve aucune convulsion. Mais, si alors on le réchauffe dans un bain à 39 degrés, *sans nouvelle injection*, les convulsions apparaissent très violentes.

Plusieurs fois répétées sur d'autres animaux, ces expériences ont donné des résultats identiques.

D'autre part, les auteurs ont encore observé que ces mouvements convulsifs augmentent notablement et rapidement la température, même sans aucun adjuvant extérieur. Or cette hyperthermie organique devient à son tour une cause d'augmentation des convulsions. Il y a donc là un cercle vicieux, et. si l'on ne parvient pas à le rompre, l'animal périt par l'arrêt du cœur et de la respiration. Que faut-il donc faire pour enrayer cette action destructive et sauver l'animal? Tout de suite le refroidir; les convulsions s'arrêtent et le toxique s'élimine lentement.

Appliquant ces données à la pathologie, les auteurs se demandent si dans certaines intoxications, celle de la fièvre typhoïde, par exemple, l'action hypothermique des bains froids n'agit pas de la même façon.

E. RIVIÈRE.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

MM. les docteurs *Bottentuit* (de Plombières) et *Villard* (de Marseille) se portent candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine.

MM. les docteurs *Siry* (de Paris), *Maze* (de Rouen), *Bayard*, médecin-major et *Jaubert*, médecin aide-major au 141e régiment d'infanterie, envoient des rapports sur *les vaccinations* et *revaccinations* qu'ils ont pratiquées en 1886 et en 1887.

M. le docteur *Weiss* (de Cousances-aux-Forges) envoie la traduction d'un ouvrage de M. le docteur *Kisch* (de Prague), intitulé : *Causes et traitement de la stérilité chez la femme.*

LÈPRE. — M. *Panas* analyse, dans un rapport, les points principaux du mémoire que M. le docteur *Poncet* (de Clyny) a lu à la séance du 10 janvier 1888 sur les lésions anatomo-pathologiques de la lèpre à forme oculaire tuberculeuse (voy. p. 27).

PATHOLOGIE PUERPÉRALE. — A propos de la communication présentée, au nom de M. *Widal*, à la dernière séance par M. *Cornil* et du rapport lu par ce dernier à la même séance sur un mémoire de M. le docteur *Doyen* (de Reims), concernant la fièvre puerpérale et l'érysipèle, M. *Hardy* rappelle, par un certain nombre d'observations consignées dans les travaux de plusieurs observateurs et dans les siens, que la clinique a depuis longtemps montré, sinon l'identité de nature. du moins la similitude d'effets entre l'érysipèle et les maladies infectieuses puerpérales. Avant que la méthode antiseptique actuelle fût connue et appliquée, il n'était pas rare de constater des faits très démonstratifs à cet égard et l'on était alors tenu de fermer plus ou moins longtemps les services où ils se produisaient.

Pour M. *Hervieux*, l'érysipèle des femmes en couches n'est qu'une des expressions de la septicémie puerpérale, de même qu'il est une des formes de la septicémie chirurgicale et de la septicémie des nouveau-nés; de plus, l'érysipèle et la septicémie peuvent s'engendrer réciproquement par voie de contagion. En ce qui concerne la genèse de la septicémie puerpérale par les différentes variétés de streptococcus, la théorie microbienne, telle que l'a exposée M. Doyen, ne rend compte qu'en partie des faits de contagion, car elle suppose seulement la transmission par le contact direct et à plus forte raison par l'inoculation; or il faut admettre qu'il est un assez grand nombre de cas dans lesquels la contamination de l'organisme se fait par l'air ambiant, conséquemment par la voie respiratoire; la théorie microbienne doit se compléter dans ce sens. Contrairement à certaines maladies inoculables et aux fièvres continues ou éruptives, la septicémie puerpérale, c'est-à-dire toute affection puerpérale déterminée par un principe virulent, n'est pas toujours constituée avec ses caractères propres, son intensité d'action et son degré de gravité par une seule introduction du principe septique dans l'organisme. C'est ce qui explique les difficultés qu'on éprouvait autrefois, avant la découverte de l'antisepsie, à obtenir la guérison des femmes en couches malades dans les services hospitaliers. Il n'est d'ailleurs pas une seule des variétés de la septicémie puerpérale dont on puisse dire qu'elle est constamment incurable; dans la forme péritonitique que M. Guéniot a déclaré considérer comme toujours mortelle, on peut aussi obtenir des guérisons, et si l'on constate quelquefois de ces cas où l'autopsie ne décèle aucune trace de pus, c'est qu'il s'agit d'un de ces cas foudroyants dans lesquels l'organisme a été empoisonné avant même que la suppuration ait pu s'effectuer. D'autre part, la lymphangite et la phlébite puerpérales accompagnent fréquemment la forme typhoïde de cette affection; elles peuvent aussi se terminer suivant des modes à peu près identiques, par la guérison.

M. *Guéniot* s'étonne d'entendre parler de fièvre puerpérale, expression dénodée et que le mot de septicémie puisse être employé comme synonyme de cette même expression. Il divise les affections puerpérales en trois variétés: 1° la forme péritonitique dans laquelle l'infection est généralisée et qui est si ordinairement mortelle qu'elle peut être presque considérée comme incurable; 2° la forme pyohémique, également grave surtout si l'infection est étendue; 3° la forme septicémique simple, d'une léthalité moins grande, dont l'origine est encore vague et que l'antisepsie locale jugule aujourd'hui aisément.

Les anciennes observations cliniques aussi bien que les données bactériologiques récentes permettent, suivant M. *Cornil*, de distinguer trois séries de lésions dans les cas de septicémie puerpérale : dans un certain nombre, on ne trouve pas de pus à l'autopsie; dans d'autres, du pus existe sur une plus ou moins grande étendue, portant l'inflammation dans les annexes de l'utérus, dans le péritoine, dans le sang; il est enfin des cas où l'on constate, comme l'a bien montré M. Widal, des métrites pseudo-membraneuses, s'accompagnant de phlébites consécutives.

Tous ces accidents puerpéraux, fait remarquer M. *Charpentier*, proviennent de l'altération plus ou moins profonde

du sang et des tissus par des microbes, ainsi que M. le docteur *Doléris* l'a montré dès 1880. La clinique et la théorie peuvent ici se mettre aisément d'accord. Quant aux relations entre la fièvre typhoïde et l'érysipèle, elles dépendent évidemment du milieu dans lequel les femmes se trouvent placées.

M. *Hardy* a fait beaucoup d'autopsies de femmes ayant succombé à la fièvre puerpérale; dans la presque unanimité des cas il a trouvé du pus. Deux ou trois fois seulement il n'a pas été possible d'en découvrir ; il s'agissait de cas rapides dans lesquels l'empoisonnement n'avait pas encore eu le temps de produire de lésions. M. *Hervieux* confirme cette déclaration; les affections puerpérales peuvent être divisées en deux groupes: celles qui sont sous la dépendance d'un poison, de quelque nature qu'il soit, et celles dans lesquelles il n'y en a pas. C'est ainsi que dans sa pratique à la campagne, avant de venir à Paris, il n'observait jamais que des éclampsies et des accidents traumatiques, tandis qu'à la Maternité les maladies observées étaient toujours dues à une origine septique.

M. *Brouardel* a observé des faits analogues en pratiquant des autopsies de femmes sur lesquelles on avait soupçonné des manœuvres abortives. Dans six observations, il n'a pu trouver de lésion et il a reconnu que le pus ne se montrait jamais avant quarante-huit heures, mais lorsque trois fois vingt-quatre heures s'étaient écoulées depuis le décès.

Sans doute, fait observer M. *Cornil*, en réponse aux déclarations qui ont été successivement apportées au cours de cette discussion, il existe une forme de la fièvre puerpérale, qui est caractérisée par l'absence de toutes lésions à l'autopsie, mais cette variété est de plus en plus rare. Quant à s'en fier uniquement dans tous les cas à l'antisepsie des organes atteints, il faut remarquer que souvent l'infection a envahi profondément tous ceux de l'organisme, si bien qu'il est encore préférable de s'efforcer de prévenir ces affections que d'avoir à les guérir.

PLATRAGE DES VINS. — M. *Marty* commence la lecture d'un rapport considérable sur le plâtrage des vins. Après avoir défini ce procédé et son but, il examine dans la partie dont il peut seulement donner lecture à cette séance, les divers avis qui ont été émis sur cette question. Il l'envisage d'ailleurs au triple point de vue des nécessités de la production, des exigences commerciales et des intérêts des consommateurs, ainsi qu'on pourra s'en convaincre dans les développements qui suivront, mardi prochain, l'historique inachevé aujourd'hui.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret afin d'entendre la lecture de M. *Bouchard* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale. La liste de présentation est fixée ainsi qu'il suit: 1° M. Damaschino; 2° M. Cadet de Gassicourt; 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Dieulafoy et Duguet.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 30 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Castration dans les fibromes utérins: MM. Tillaux, Monod, Lucas-Championnière, Terrier, Bouilly. — Sarcome du bras. Trachéotomie sous le chloroforme. Rapporteur: M. Le Dentu. — Luxations anciennes et irréductibles du coude en arrière. Rapporteur: M. Chauvel. — Fractures du crâne par projectiles du fusil nouveau modèle: M. Nimier.

M. *Tillaux* préfère à la castration l'hystérectomie qu'il a faite l'année dernière six fois avec cinq succès; la sixième malade est morte d'hémorrhagie par le pédicule. On dit la castration plus facile: oui et non, à cause de la difficulté de lier les ovaires. De plus, la castration est inefficace lorsque les douleurs proviennent de la compression des plexus par la tumeur. Les métrorrhagies sont la seule indication. Il faut commencer l'opération comme si l'on allait faire une hystérectomie et n'avoir recours à la castration que dans les cas où l'extirpation de la tumeur n'est pas possible.

M. *Monod* a enlevé, en avril 1886, les ovaires d'une femme atteinte de métrorrhagies. Après quelques hémorrhagies assez abondantes, jusqu'en septembre 1887, cette femme a vu ses règles réapparaître et elle les a encore régulièrement aujourd'hui. L'opération a amélioré son état et à l'heure qu'il est le fibrome a considérablement diminué de volume. La seule curiosité de cette observation est la persistance des époques et il ne faut pas prétendre dans ce cas que la castration a été incomplète, car M. Monod est certain d'avoir bien placé ses fils. Du reste, pour les ovariotomies, le fait a été signalé et particulièrement par Hegar. L'utérus peut donc continuer à saigner après l'ablation des ovaires et surtout quand cette opération aura été faite pour des fibromes hémorrhagiques. Peut-on appeler cela des règles? Non à proprement parler et dans les cas où, après la castration, on ne voit plus le moindre écoulement de sang, M. Monod se demande s'il ne faut pas plutôt en chercher la cause dans les ligatures qui ont été placées sur les vaisseaux que dans l'ablation des ovaires.

M. *Lucas-Championnière* pense au contraire que quand les règles persistent, c'est qu'on n'a pas tout enlevé. Il est en effet presque impossible dans certains cas d'affirmer qu'on n'a pas laissé une parcelle de substance ovarienne. Dernièrement encore, dans deux castrations, il a réséqué, à plusieurs reprises, les pédicules des ovaires et a trouvé dans l'extrémité du pédicule, qui touchait à l'utérus, des éléments de la glande, qui auraient suffi pour déterminer des hémorrhagies.

M. *Terrier* est de l'avis de M. Championnière. Quels sont les ovaires qui, après leur ablation, donnent encore lieu à des hémorrhagies? Ce sont les ovaires papillaires ou en choux-fleurs qui ne peuvent pas être extirpés complètement à cause de leur diffusion; il a dans la dernière séance cité une observation dans laquelle ce fait s'était présenté et il a eu les mêmes difficultés dans une castration pratiquée ce matin. Certes les hémorrhagies ne cessent pas immédiatement après la castration, mais elles finissent par disparaître complètement et quand un écoulement régulier persiste on peut affirmer qu'il est resté de l'ovaire.

M. *Bouilly* communique huit observations de castration pour fibromes utérins. Dans une première série, l'opération a été pratiquée à cause des hémorrhagies; dans une seconde, à cause des crises dysménorrhéiques. La guérison a toujours été obtenue, au bout d'un temps très court; elle peut être considérée comme définitive quand on a enlevé les fils et que les points de suture ne suppurent pas. Les hémorrhagies ont dans tous les cas été suspendues, mais quelquefois les règles ont reparu. L'effet sur le fibrome est incontestable, la tumeur a toujours diminué.

— M. *Le Dentu* lit un rapport sur une observation du docteur *Boiteux* (de Baume-les-Dames) qui, après deux tentatives d'extirpation d'un *sarcome du bras*, a dû, à cause des récidives, pratiquer la désarticulation de l'épaule.

— M. *Le Dentu* lit un rapport sur une observation de M. *Castex* qui, à propos de la discussion de la *trachéotomie sous le chloroforme*, cite le fait d'un opéré qui, anesthésié, présenta pendant l'opération des phénomènes asphyxiques. Pour M. Castex, dans ce cas, le chloroforme a été plus nuisible qu'utile. Malgré cela, la question est aujourd'hui vidée; dans les dernières statistiques on n'a enregistré qu'un cas de mort sur cent opérations faites sous le chloro-

forme. Il faut seulement conduire doucement l'anesthésie pendant les premières bouffées.

M. *Terrier* se prononce aussi pour le chloroforme. Les accidents asphyxiques peuvent se montrer avec d'autant plus de facilité que le tube trachéal n'a pas son calibre et l'anesthésique n'y est pour rien.

M. *Segond* s'est fort bien trouvé d'une injection préalable de cocaïne, qui permet de pratiquer cette opération sans aucun symptôme douloureux.

M. *Chauvel* a fait dernièrement la trachéotomie avec le chloroforme sur un adulte et n'a pu, à cause des accidents, continuer l'anesthésie. Pourtant MM. *Schwartz*, *Quénu*, *Reclus*, rapportent chacun deux cas dans lesquels ils n'ont eu qu'à se louer du sommeil chloroformique. A propos de de la *cocaïne*, M. *Reclus* ajoute qu'il a aujourd'hui plus de cent observations diverses où il a employé l'injection préalable de cocaïne qui a toujours réussi.

M. *Hergott* (de Nancy) cite une observation de fistule vésico-vaginale faite sans douleur avec la cocaïne.

— M. *Chauvel* lit un rapport sur l'*intervention dans les luxations anciennes et irréductibles du coude en arrière.*

— M. *Nimier* présente des crânes sur lesquels il a fait des expériences avec le fusil nouveau modèle.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 2 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Action inveree de l'acide oarbonique sur le cœur el la reepiration suivant l'état des organss : MM. d'Arsonval st Brown-Séquard. — Sur la théorie de la vaccination : M. Bouchard. — Influence des vapeure d'acide fluorhydrique eur lee bacillee tubsrculeux : MM. Chautard et Grancher. — Maladle pyocyanique eane microbse : M. Charrin. — Présentation d'ouvrags : M. d'Arsonval. — Dynamogénle sensorielle et acuité visuelle : M. Charpentier. — Fonctions du pneumogastrique chez les vertébrés inférieurs : M. Couvreur. — Élection.

M. *Brown-Séquard* a vu avec M. *d'Arsonval* que le mélange d'acide carbonique à 10 pour 100 avec l'air active les mouvements du cœur et ceux de la respiration chez le lapin; mais, au contraire, si dans certaines conditions ces mouvements sont déjà accélérés, ils se ralentissent sous la même influence. M. Brown-Séquard rappelle à ce propos les expériences déjà très anciennes qu'il a faites relativement à l'influence inverse d'un même excitant (froid ou chaleur) sur les mouvements de l'iris, suivant l'état préalable de resserrement ou de dilatation de ce sphincter, — et il voit un fait d'ordre semblable dans les nouvelles expériences qu'il a entreprises avec M. d'Arsonval.

— M. *Bouchard* montre que pour certaines maladies virulentes la démonstration est donnée de l'immunité acquise par la vaccination au moyen de matières solubles sécrétées par les microbes (expériences de Charrin. de Chamberland et Roux). A ce sujet, il insiste sur l'importance d'une expérience qu'il vient de réaliser. On inocule un lapin avec le microbe pyocyanique et, durant le temps qu'il survit, on recueille ses urines, on les filtre sur la porcelaine et l'on constate par les procédés d'usage qu'elles ne contiennent pas de microbes. On injecte alors sous la peau d'un autre lapin une certaine quantité de ces urines, par petites doses : il se produit une paralysie analogue à celle que détermine le microbe lui-même ou sa matière soluble; si dans ces conditions on inocule cet animal avec la matière soluble du microbe ou avec le microbe, on constate sa survie, tandis que des animaux témoins meurent dans les délais ordinaires. Ce fait prouve que la matière toxique sécrétée par le microbe pyocyanique s'élimine en nature, est susceptible de reproduire la maladie, mais atténuée, et ainsi suffit pour conférer une immunité.

— M. *Grancher* a cherché à déterminer, avec M. *Chautard* l'influence que peuvent exercer sur les bacilles tuberculeux les vapeurs d'acide fluorhydrique. Ils ont d'abord constaté que si l'on soumet tous les jours, pendant un temps donné, à ces inhalations des lapins auxquels on a fait une injection intraveineuse de bacilles, la maladie ne s'en développe pas moins avec la même rapidité, à très peu de chose près, et les lésions sont absolument les mêmes que celles trouvées chez des animaux témoins. D'autre part, si l'on fait barboter pendant un temps donné un courant d'air, contenant de l'acide fluorhydrique à des doses diverses et de plus en plus fortes, dans des cultures de bacilles, et qu'on inocule des lapins, toujours par la voie intraveineuse, avec des cultures ainsi traitées, on constate que ces animaux meurent presque aussi vite que des lapins témoins, inoculés avec des cultures n'ayant pas subi cette action prolongée de l'acide fluorhydrique.

— M. *Charrin* rapporte les résultats de l'autopsie d'un lapin, mort de la maladie pyocyanique; les lésions sont identiques à celles qu'il a déjà décrites comme caractéristiques de cette affection. Mais l'intérêt du fait consiste en ce que cel animal, après avoir été vacciné, avait résisté à plusieurs inoculations, que les micro-organismes ne s'étaient pas développés chez lui et qu'il n'en avait pas moins présenté les troubles paralytiques de la maladie pyocyanique.

— M. *d'Arsonval* présente un livre de M. *L. Lagrange*, intitulé : *Physiologie des exercices du corps*, et appelle l'attention sur les parties de l'ouvrage qui lui ont paru surtout originales, une étude très complète de l'essoufflement et une théorie de la fatigue musculaire et du surmenage.

— M. *d'Arsonval* dépose une note de M. *Charpentier* (de Nancy) sur les modifications de l'acuité visuelle dans un œil sous une influence dynamogénique portée sur l'autre œil.

— M. *Regnard* dépose une note de M. *Couvreur* sur les fonctions du nerf pneumogastrique chez les vertébrés inférieurs; ce nerf serait surtout un nerf de la respiration.

— M. *Roger* est élu membre titulaire.

REVUE DES CONGRÈS

Société française d'ophthalmologie.

Nous résumons ci-dessous et par ordre de matières les principales communications faites du 7 au 10 mai à la sixième session de la Société française d'ophthalmologie. Nous nous efforcerons, dans ce compte rendu sommaire, d'exposer les principales opinions émises et d'en déduire les conclusions principales qu'on en doit retenir.

La question de l'intervention dans les cataractes mobiles, luxées ou subluxées était importante à résoudre et M. *Galezowski* a conclu à l'opération hâtive en pareil cas, lorsqu'on a fait le diagnostic pour éviter les accidents glaucomateux dans l'œil malade et l'irido-cyclite dans l'autre; il a aussi donné la préférence à l'extraction simple à lambeau, sans iridectomie.

La cataracte congénitale, dont les divers procédés mis en usage varient, en général, avec sa nature, doit être de préférence traitée par la discission, bien que la méthode des Anglais, avec l'appareil aspirateur de Bowmann ait donné des résultats satisfaisants. Toutefois, on ne peut pas toujours diagnostiquer sûrement la nature de la cataracte et il vaut mieux, par conséquent, se servir d'un instrument tranchant plutôt que piquant. M. le docteur *Fieuzal* préfère de beaucoup le couteau lancéo-

laire condé aux autres instruments; il traite les cataractes congénitales par une discission large et n'est pas obligé de la répéter à cinq ou six semaines d'intervalle, comme avec l'aiguille fine; il ne risque pas de poussée glaucomateuse ou de subluxation du cristallin. Lorsque les masses cristalliniennes ne s'engagent pas sur la lame du couteau, en introduisant une curette creuse de Daviel et en renouvelant les mouvements de pression, on arrive le plus souvent à évacuer les masses visqueuses de la poche même de la lentille, et si on ne peut le faire, on les abandonne à l'action dissolvante de l'humeur aqueuse. Il est inutile d'ajouter que dans les cataractes molles, le résultat est immédiat et que la discission s'impose. Quant à la cataracte secondaire qui devient plus fréquente depuis qu'on suit de nouveau le procédé de Daviel, les différents orateurs n'ont pas été d'accord sur la marche à suivre pour faire disparaître les débris de la capsule et l'on comprend que la conduite puisse et doive même varier, suivant que la pupille est large et incomplètement oblitérée ou qu'il n'y a plus de pupille, laquelle est remplacée par de fausses membranes fermant tout le champ pupillaire. Ces fausses membranes sont constituées tantôt par des débris de capsule revêtus d'exsudats opaques, tantôt par des fragments de cristallin, tantôt enfin par des néo-membranes, résultat d'inflammation de l'iris, et doivent être écartées du champ pupillaire. Les uns, et M. *Abadie* préconise cette manière de faire, enlèvent les débris de capsule, avec des pinces, en pratiquant, suivant les besoins, plusieurs incisions à droite et à gauche de la plaie cornéenne; d'autres dilacèrent simplement au kystitome et ont de bons résultats. Enfin M. *Galezowski* est opposé à toutes ces méthodes d'arrachement, craignant les dangers réels d'irido-cyclite par suite des tractions sur l'iris et le corps ciliaire. Il a d'excellents résultats en se servant d'une aiguille à serpette avec laquelle il exerce dans la membrane capsulaire des sections entrecoupées. L'orifice artificiel de la cataracte s'élargit suffisamment pour la vision dans la mojorité des cas. M. *Motais* (d'Angers), dans les cas où il n'y a pas d'atrésie pupillaire complète et où il n'y a pas de contre-indication à l'emploi de l'atropine, recommande beaucoup de s'en servir pendant les quarante-huit heures qui précèdent l'opération, afin de tendre les membranes qui se laisseront plus facilement sectionner et donneront lieu à un plus large champ papillaire.

Le traitement du *glaucome simple* absolu avec atrophie, friabilité de l'iris, donne souvent peu de résultats et les sclérotomies qui rendent de si grands services dans les autres formes de glaucome chronique, ne réussissent guère ici et trop souvent il faut en venir à l'amputation du globe oculaire. M. le docteur *Galezowski*, pour ne pas être réduit à cette extrémité, préconise les incisions scléro-cornéennes sectionnant les voies filtrantes perpendiculairement à leur direction, et il est arrivé ainsi à conserver des yeux dans des cas désespérés.

Il est certain que dans quelques cas graves de glaucome, où l'iridectomie n'a donné que peu de résultats, où même parfois il semble qu'elle ait donné un véritable coup de fouet à l'affection, il faut en venir immédiatement à la sclérotomie.

Les uns ont préconisé la sclérotomie équatoriale ou rétrociliaire, sous forme de plaie triangulaire, faite à l'aide d'un simple couteau de Graefe (Parinnaud), d'autres (Masselon) préfèrent la section inféro-externe de la sclérotique.

La conclusion à tirer de ces diverses communications est que parfois l'iridectomie est impuissante à arrêter les accidents du glaucome qui ne rétrocèdent pas et qu'alors la sclérotomie, en maintenant des ouvertures favorables à la filtration des liquides de l'œil, met parfois fin aux douleurs intenses qu'éprouvent les malades et à la marche progressive du glaucome. De plus, quand toute perception lumineuse a disparu et que les douleurs continues font penser à l'énucléation, on peut l'éviter par ces ponctions sclérales.

La question de l'énucléation de l'œil dans la panophthalmie qui a été soulevée au Congrès, au sujet d'une observation relatée par M. le professeur *Panas*, nous a montré que les ophthalmologistes ne sont pas d'accord sur le traitement à suivre. Faut-il énucléer l'œil en pleine suppuration? Faut-il attendre et faire un traitement antiphlogistique et calmant (sangsues, compresses froides, pulvérisations phéniquées, injection hypodermique de morphine, d'antipyrine)? La question a été diversement résolue par les orateurs et il est certain que la conduite à tenir est parfois critique. M. le professeur Panas, en citant son malade mort d'infection huit jours après une énucléation pour un phlegmon de l'œil, suite d'opération de cataracte, est néanmoins partisan de l'intervention radicale. Son malade, atteint de mal de Bright chronique (néphrite interstitielle) comme l'autopsie le démontra, présentait un mauvais terrain incontestablement et était infecté déjà quand il fut opéré. Son organisme a été impuissant à annuler l'influence des microbes pathogènes. L'éviscération qu'on a proposée dans ce cas, ne soulage pas d'ordinaire autant qu'on pourrait le croire, et rien ne prouve qu'elle soit exempte de périls.

Dans les cas de propagation de l'inflammation de l'œil aux méninges, M. *Panas* n'admet pas que ce soit le tissu cellulaire de l'orbite qui en soit le véhicule, mais bien la gaine du nerf optique et les expériences qu'il a faites avec le bleu de Prusse introduit dans le corps vitré, le prouvent. C'est par cette voie que les staphylocoques qu'il a trouvés dans l'œil, ont infecté les méninges de son malade.

MM. *Galezowski*, *Meyer*, *Abadie* ne partagent pas l'opinion de M. *Panas* sur la thérapeutique à suivre dans le phlegmon de l'œil; ils préfèrent employer les antiphlogistiques sous toutes formes, débrider les tissus par une section large et transverse du globe (Abadie) et ils ne connaissent pas de mort à la suite de pareille pratique.

Il est incontestable que c'est suivre les règles de la chirurgie contemporaine avec sa méthode antiseptique que de pratiquer une amputation du globe oculaire en pleine suppuration, puisque c'est enlever le foyer local d'infection et M. le professeur *Gayet* (de Lyon), sur plus de 60 cas, n'a observé qu'une mort, par infection antérieure à l'opération. Il croit que l'énucléation n'entraîne pas la généralisation de l'inflammation et l'infection ultérieure de l'organisme et ne pense pas que les larges incisions soient efficaces de même que l'exentération qui constitue plutôt un procédé dangereux, les phénomènes inflammatoires cessant à peine un ou deux jours et souvent continuant avec la même intensité. Il est partisan déclaré de l'énucléation dans la panophtalmie.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Le corps et l'esprit. Action du moral et de l'imagination sur le physique, par M. D. Hack Tuke, ancien président de la Société médico-psychologique de Londres. Traduit de l'anglais par M. le docteur Victor Parant, médecin de la Maison de santé de Toulouse. Précédé d'une introduction par M. le docteur Ach. Foville, inspecteur général des établissements de bienfaisance. 1 vol. in-8° avec 2 pl. — Paris, 1886, J.-B. Baillière et fils, éditeur.

L'étude scientifique des rapports du physique et du moral de l'homme, date de Cabanis. L'œuvre de cet illustre penseur a été pendant plus d'un demi-siècle le livre de chevet des médecins et des philosophes qui préféraient à la psychologie métaphysique celle qui est fondée sur l'observation et l'expérience. Des esprits distingués, tels que Peisse et Cerise, se sont honorés en rééditant, avec de savants commentaires, l'ouvrage de Cabanis. Mais depuis, la science a marché; de nouveaux faits ont été observés, de nouvelles méthodes appliquées, et l'écrivain philosophe qui essayerait la synthèse des connaissances actuelles sur le sujet pourrait faire une abondante moisson. Nous n'en voulons pour preuve que le livre du docteur Hack Tuke, qui, cependant, n'a étudié qu'une partie du problème, celle qui a trait à l' « action du moral et de l'imagination sur le physique ».

Le savant médecin anglais, très avantageusement connu par d'importants travaux sur les maladies mentales et les asiles d'aliénés, divise son travail en quatre parties. Les trois premières étudient successivement l'influence de l'intelligence, des émotions et de la volonté sur les sensations, les muscles volontaires, les muscles involontaires et enfin sur les fonctions organiques. Grâce à cette unité de plan, il est aisé de suivre la démonstration de l'auteur;

en outre, chaque assertion repose sur un certain nombre de faits cliniques, dont un grand nombre sont connus, mais qu'on se plaît à retrouver ainsi méthodiquement réunis. M. Hack Tuke a une érudition très étendue et il l'applique avec intelligence dans un sujet aussi difficile et aussi délicat. En effet, si la critique — et une critique serrée — est surtout nécessaire, c'est dans l'étude et le choix des faits qui se sont accumulés pour prouver l'action du moral sur le physique. Là, l'imagination, « cette maîtresse d'erreur et de fausseté », selon le mot de Pascal, s'est de tout temps donné libre carrière, et il est souvent difficile de remettre au point ce qu'elle a déformé ou exagéré. C'est donc au contrôle de l'observation qu'il faut nécessairement en venir, de l'observation actuelle et immédiate; les faits historiques, quelque probants qu'ils soient, ne doivent venir qu'au second rang et ne servir que d'appoint à ceux observés directement.

Cette règle, nous le reconnaissons, a été suivie par notre auteur. Autant que possible, il a relégué au second plan les anecdotes d'une authenticité douteuse et même les a négligées, pour ne citer que les faits publiés par des médecins, des physiologistes, des philosophes, dont l'esprit d'observation ne peut être mis en doute. En agissant autrement, était-il possible de traiter scientifiquement de l' « influence de l'esprit sur le corps dans le traitement des maladies », qui fait le sujet de la quatrième partie? C'est là surtout que le scepticisme a beau jeu, et, pour le vaincre, il ne faut rien moins qu'un esprit critique doublé d'un sagace observateur.

John Hunter a dit : « De même qu'un état d'esprit peut déterminer une maladie, de même un autre état d'esprit peut amener la guérison. » M. Hack Tuke nous démontre l'exactitude de cet aphorisme de l'illustre médecin anglais du dix-huitième siècle, en analysant avec soin l'influence des divers états d'esprit sur les troubles de la sensation, du mouvement et des fonctions organiques, et il termine son livre par un chapitre consacré à la psycho-thérapeutique, qui est une sorte de traité de l'influence de l'esprit sur le corps dans la pratique médicale. Les médecins praticiens y trouveront codifiées les règles qu'ils appliquent journellement : il n'en est pas un d'ailleurs qui manque au précepte contenu dans ces deux vers latins :

> Sunt verba et voces, quibus hunc lenire dolorem
> Possis, et magnam morbi deponere partem.

Nous arrêterons ici notre analyse, préférant renvoyer à l'ouvrage de M. Hack Tuke; on trouvera à cette lecture plaisir et profit : profit, grâce au savoir profond de l'auteur ; plaisir, grâce à M. le docteur V. Parant, qui nous a donné une traduction d'une rare élégance, dont la fidélité ne laisse rien à désirer et qui fait honneur à notre savant confrère. Par ce temps de production hâtive, on a rarement pareil éloge à adresser aux traducteurs; il est vrai que, au dire de M. Hack Tuke lui-même, « M. le docteur Parant a mis tout son cœur à l'accomplissement de sa tâche, et qu'il s'est complètement pénétré de la pensée de l'auteur ».

Notre si regretté collègue et ami, M. le docteur Ach. Foville, a mis en tête de l'ouvrage une introduction destinée à faire connaître au public français l'esprit de l'œuvre et à lui présenter l'auteur. Elle est écrite dans ce style clair et précis qui caractérise tous les travaux de ce savant aliéniste, qu'une mort prématurée a enlevé à la science qu'il honorait par ses travaux ; elle présente en quelques pages un tableau des tendances au merveilleux qu'on observe en notre siècle, et forme ainsi un heureux complément au livre si suggestif de notre savant confrère anglais.

D[r] Ant. RITTI.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES ASILES DE LA SEINE. — L'Assemblée générale des internes et anciens internes en médecine des asiles de la Seine est convoquée pour le samedi 9 juin à l'asile Sainte-Anne (salle des cours de l'admission) à trois heures précises.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par décret, en date du 30 mai 1888, M. Gavarret est nommé, pour quatre ans, membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique et de la section permanente de ce Conseil; MM. Berthelot et Brouardel sont nommés pour quatre ans membres de la section permanente dudit Conseil.

COURS LIBRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — MM. les docteurs en médecine *qui seraient dans l'intention de faire un cours libre à la Faculté, pendant le premier semestre de l'année scolaire* 1888-1889, voudront bien se rappeler qu'aux termes de l'article 10 du règlement les demandes de cours libres, pour le premier semestre de l'année scolaire, doivent être remises au secrétariat de la Faculté avant le 1[er] juillet, en sorte que le Conseil de la Faculté et le Conseil général des Facultés puissent en délibérer avant le 1[er] août.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de MM. le docteur Evrard (de Beauvais) ; le docteur Felizet, de Maizières-la-Grande (Aube); le docteur Roquenvil (de Saint-Quentin), médecin aide-major, mort au Tonkin; le docteur Gestin, de Lannion (Finistère), ancien médecin principal de la marine; le docteur Prunier (de Saint-Mandé).

MORTALITÉ A PARIS (21[e] semaine, du 20 au 26 mai 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 6. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 38. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 192. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses, 42; autres, 8. — Méningite, 35. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 43. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 61. — Bronchite aiguë, 24. — Bronchique chronique, 32. — Bronchopneumonie, 21. — Pneumonie, 59. — Gastro-entérite: sein, 18; biberon, 40. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 26. — Suicides, 12. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 170. — Causes inconnues, 6. — Total : 939.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons cliniques sur les tænias de l'homme, par M. L.-J.-B. Bérenger-Féraud. 1 vol. in-8° de 370 pages avec 50 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 8 fr.

Formulaire annuel des nouveaux remèdes, par MM. le docteur G. Bardet et E. Egasse. 1 vol. in-12, cartonné toile, de 360 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

La raison dans la folie, étude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables, par M. le docteur Victor Parant. 1 vol. in-8° de 420 pages. Paris, O. Doin. 7 fr.

De l'acclimatation des Européens dans les pays chauds, par M. G. Treille. 1 vol. in-8° de 140 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Traité de l'albuminurie et du mal de Bright, par MM. les docteurs E. Lecorché, Ch. Talamon. 1 vol. grand in-8° de 780 pages. Paris, O. Doin. 14 fr.

Les maladies infectieuses, microbes, ptomaïnes et leucomaïnes, par M. Ch. Debierre. 1 vol. in-8° de 270 pages. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Physiologie des exercices du corps, par M. le docteur Fernand Lagrange (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). 1 vol. in-8°, cartonné à l'anglaise. Paris, F. Alcan. 6 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

14973. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 13 juin 1888.

Académie de médecine : **Hématurie des pays chauds. — Election. — L'inauguration du Conseil supérieur de l'Assistance publique.**

L'intéressante observation communiquée à l'Académie par M. Lancereaux montre que les maladies exotiques souvent considérées comme exceptionnelles en Europe, peuvent se montrer dans nos hôpitaux et qu'il importe dès lors d'en bien connaître la pathogénie et le traitement. Malheureusement, en ce qui concerne celui-ci, les recherches si consciencieuses de Silva Lima, de Myers, de David, etc., ont prouvé qu'il n'existait aucun agent thérapeutique capable d'enrayer la marche de la maladie. D'après S. Lima, il faudrait surtout compter sur les moyens hygiéniques et attendre d'un séjour prolongé dans les pays tempérés le résultat que l'on obtient plus fréquemment encore lorsqu'il s'agit d'hématurie liée à la présence du *distome hæmatobie* de Bilharz. C'est ce que M. Le Roy de Méricourt a rappelé au cours de la discussion soulevée par la communication de M. Lancereaux. Mais le malade qui en fait l'objet paraît si bien portant qu'il conviendrait peut-être d'essayer si l'on ne pourrait en agissant sur les masses ganglionnaires qui renferment sans doute non seulement les embryons de la filaire, mais encore les progéniteurs eux-mêmes, arriver à détruire le plus grand nombre de ceux-ci et attendre que l'urine ait éliminé les embryons qui persisteraient. Dans le remarquable article écrit sur ce sujet par M. Bourel Roncière (*Dict. Encycl.* 4e série, t. XIII), on peut lire le récit des essais infructueux tentés à l'aide des médications les plus diverses par les médecins qui ont voulu lutter contre la chylurie endémique.

— Dans la prochaine séance l'Académie votera les conclusions du remarquable rapport, lu par M. Marty, sur le plâtrage des vins. Elle a adopté hier la définition donnée par M. Prunier des médicaments officinaux et magistraux.

— M. le professeur Damaschino a été élu au premier tour de scrutin et par cinquante-cinq voix sur soixante-quatorze votants, membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La première session du Conseil supérieur de l'Assistance publique vient d'être inaugurée, aujourd'hui 13 juin 1888, sous la présidence de M. Floquet, président du Conseil des ministres, ministre de l'intérieur. Lorsque parut l'arrêté du 14 avril instituant ce Conseil, nous avons fait connaître le but auquel il répond et l'importance des services que le corps médical, en particulier, est appelé à en attendre. Les espérances que nous avons formulées à cette époque nous semblent confirmées par l'intérêt que la première réunion a présenté, ainsi que nos lecteurs peuvent aisément s'en convaincre par le compte rendu sommaire que nous nous empressons d'en reproduire.

Ainsi que l'a fait observer M. Floquet, dans son éloquent discours, parmi les réformes que les pouvoirs publics doivent avoir le plus à cœur d'entreprendre et qu'ils s'efforcent de réaliser, dans tous les pays, avec le plus d'ardeur, l'organisation de l'assistance publique est assurément l'une des plus importantes et de celles dont la nécessité s'impose le plus impérieusement. En France, on s'en est préoccupé de tout temps, mais surtout depuis la Révolution, alors que l'égalité reconnue à tous les citoyens avait pour corollaire obligé la fraternité qui doit les réunir dans des sentiments de concorde et de dévouement à l'égard des faibles, des déshérités et des malades. Aussi la Révolution française a-t-elle posé le principe de l'assistance en termes précis et énergiques qui en ont fait pour tous ses descendants un devoir social impérieux, une dette sacrée. Ce principe, il convient d'en développer les conséquences et de lui donner toute l'extension que comportent à la fois l'initiative privée largement exercée et le concours administratif libéralement accordé. Afin de favoriser les vœux émis depuis plusieurs années par les assemblées législatives et d'étudier avec

ensemble et autorité les améliorations à réaliser et les innovations à tenter dans ces divers ordres, on a groupé, il y a deux ans, au ministère de l'intérieur, sous une seule direction, les divers services concernant l'assistance publique et les institutions de prévoyance. Le Conseil supérieur à son tour a pour mission d'éclairer l'administration sur toutes ces questions et de l'aider à développer et à régler le plus possible l'initiative privée, de même qu'à augmenter les secours que les pouvoirs publics sont tenus de distribuer, sous diverses formes. L'homme a besoin de se protéger ou, s'il ne le peut, de se sentir protégé contre les maladies et la mort à toute heure de son existence, soit que les pouvoirs publics prennent pour lui les mesures nécessaires en améliorant l'hygiène publique, en lui fournissant les moyens de pratiquer facilement les règles de l'hygiène privée, soit qu'en cas de maladie ils lui procurent les secours indispensables, à son domicile ou dans des établissements appropriés. Il importe encore que, par des institutions de prévoyance sagement conçues et bien administrées, l'homme puisse trouver des ressources pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille, qu'on le mette à même de pouvoir gagner par son labeur ses moyens de subsistance, suivant ses forces, suivant ses capacités et qu'à l'aumône qui avilit puisse être le plus souvent possible substitué le travail qui moralise et rehausse, avec le charme du devoir accompli, le sentiment de la responsabilité personnelle.

Ces sentiments auxquels aucune école philosophique ne saurait opposer de sérieuses objections de principes, engagent l'État aussi bien que chacun de nous et, dans le domaine administratif, ils ont pour conséquence tout cet ensemble de mesures que depuis près d'un siècle l'on s'efforce d'étudier et de rendre applicables, sans avoir jusqu'ici trouvé pour la plupart des solutions suffisamment acceptées. Il est facile de s'en assurer lorsqu'on parcourt les documents que M. Henri-Ch. Monod a fait remettre à tous les membres du Conseil et plus particulièrement les quinze fascicules dans lesquels il a résumé toute la législation relative à l'assistance en France, dressé l'état actuel des services et indiqué les plus urgents de ses desiderata. L'ensemble de ces fascicules, œuvre unique jusqu'ici, est des plus remarquables; il constitue comme les *Cahiers de réforme* de l'Assistance à la fin du dix-neuvième siècle et fait autant honneur à la perspicacité, au labeur persévérant et habile de leur auteur qu'aux généreuses convictions qui l'animent.

On n'attend pas de nous de passer dès maintenant en revue ces divers documents sur lesquels nous aurons à revenir maintes fois; nous préférons indiquer, d'après l'intéressant rapport général présenté à la séance par M. Monod, les questions sur lesquelles le Conseil supérieur est appelé dès maintenant à délibérer. En ce qui concerne les services de protection de l'enfance que la loi Roussel a organisés en principe, pour ce qui est des petits enfants, il faut reconnaître que la déchéance ou la suspension de la puissance paternelle permettrait de les compléter en assurant à l'enfance abandonnée, maltraitée ou coupable, une protection plus efficace. D'autre part, il semble que la législation actuelle ou à venir aurait tout à gagner à ce que les services administratifs soient réduits au minimum, unifiés s'il est possible; c'est pourquoi il y a lieu de rechercher comment peut être organisé, en se servant des cadres existants de l'inspection des enfants assistés et du premier âge, l'inspection totale et effective de l'assistance publique dans les départements, afin d'assurer à tous les établissements publics et privés une surveillance constante, uniforme et efficace. L'unification des commissions administratives des hôpitaux et des services de bienfaisance ne serait pas moins utile, afin d'éviter des conflits possibles et de faire concourir les efforts aujourd'hui disséminés à un but identique. Déjà, à Rouen et à Lille, cette mesure a été prise et elle a produit les meilleurs résultats.

L'assistance hospitalière comporte, parmi ses multiples desiderata, celui d'en faire profiter le plus grand nombre de ceux qui en ont réellement besoin; il faut que le superflu des uns ne soit pas perdu pour ceux qui manquent de tout. Or, dans les 1159 établissements hospitaliers existant en France en 1886, il y avait 47964 lits dans les hospices, dont 10722 ont été vacants, soit 22,45 pour 100 et 39248 lits dans les hôpitaux, dont 15709, soit 40 pour 100, sont restés vacants. Une telle situation, alors que tant de malades doivent être refusés, faute de place, à la porte des hôpitaux de nos grandes villes, exige un prompt remède. Il en est de même de notre assistance médicale dans les campagnes que quarante-quatre départements seulement ont en partie préparée plutôt qu'organisée et qui, pour ceux où elle fonctionne le mieux comme dans les Vosges, n'existe que dans un nombre trop restreint de communes. Ne serait-il donc pas nécessaire, tout en laissant aux habitudes locales toute initiative et la plus grande latitude pour l'organisation et l'administration, de faire de l'assistance médicale une obligation légale; le règlement à élaborer dans ce sens pourrait comprendre un minimum d'exigences auxquelles les départements seraient tenus de satisfaire, sous peine d'y être, en cas de refus, obligés d'office. Une telle mesure aurait pour effet d'accroître le nombre des existences des travailleurs, et que dirait-on d'une usine où l'atelier de réparation ferait défaut? Dans un ordre d'idées tout à fait connexe, l'administration se préoccupe aussi de déterminer les règles auxquelles la salubrité des constructions hospitalières doit aujourd'hui satisfaire et comment l'on peut y généraliser la pratique de l'antisepsie et de la désinfection dans tous les services de médecine, de chirurgie et d'accouchements. L'hôpital doit devenir inoffensif; il doit être aménagé et administré de manière que les cas intérieurs ne puissent jamais s'y développer et que, par les relations de son personnel et du matériel avec le dehors, il ne puisse devenir un foyer de propagation pour les maladies transmissibles.

Telles sont, en ce qui regarde les questions plus directement médicales, celles qui vont faire l'objet des délibérations du Conseil supérieur de l'Assistance publique, dont M. Th. Roussel a été élu vice-président et M. A.-J. Martin, secrétaire-général. Pour faciliter ses travaux, le Conseil s'est subdivisé en quatre sections : 1° section des services de l'enfance: président, M. Jules Simon; secrétaire, M. Gerville-Réache; secrétaire-adjoint, M. Faucon ; — 2° section des secours aux indigents valides ou malades, hôpitaux et secours à domicile : président, M. Rochard; vice-président, M. U. Trélat; secrétaire, M. Dreyfus-Brisac ; secrétaire-adjoint, M. Chevallereau; — 3° section des secours aux indigents âgés ou incurables, hospices, établissements généraux de bienfaisance : président, M. Tolain; secrétaire, M. Chautemps; secrétaire-adjoint, M. Teissier du Cros; — 4° section des aliénés, des monts-de-piété et des dépôts de mendicité: président, M. H. Maze; secrétaire, M. P. Strauss; secrétaire-adjoint, M. Pichon.

THÉRAPEUTIQUE

L'antisepsie dans la coqueluche.

Qu'est-ce que la coqueluche ? Une névrose, un catarrhe, une fièvre éruptive, disent les auteurs classiques, à moins que, ajoutent les cliniciens plus éclectiques, elle ne soit tout à la fois l'un et l'autre de ces divers états morbides. Hier le débat durait encore, aujourd'hui on ne saurait dire s'il est clos, bien qu'une théorie nouvelle soit venue donner une solution inédite à ce procès séculaire.

C'est de la théorie naso-laryngée qu'il s'agit, ou plutôt de l'hypothèse plus conciliante dans laquelle cette affection a pour siège le larynx ou les fosses nasales, pour facteur pathogène un agent microbique et pour raison physiologique de ses symptômes cardinaux, la mise en jeu de la réflectivité nerveuse de la muqueuse des premières voies respiratoires.

I

Cette hypothèse est de conciliation elle revient à réduire l'action pathogène de l'agent provocateur des quintes de coqueluche a l'influence bien connue en physiologie, des irritations nasales ou glottiques, sur la production de troubles réflexes de la respiration.

L'expérience est banale, dans les laboratoires du moins, où l'on sait depuis longtemps provoquer les efforts de toux ou le changement du rythme respiratoire par la titillation du larynx ou le chatouillement des narines. Jusqu'à nos jours, les cliniciens ne tiraient point parti de ces faits, et ce n'est guère que depuis 1873 et le travail de Voltolini sur les rapports de la dyspnée asthmatique avec les polypes nasaux, que des observateurs, rhinologistes ou laryngologistes pour la plupart, s'efforcent, l'émulation aidant, d'étendre le champ de leur spécialité et le domaine pathogénique des névroses d'origine laryngonasale.

La théorie de la coqueluche névrose a parcouru un long chemin en Europe et en Amérique. Les uns localisent le foyer morbide dans le larynx. Gendrin l'y plaçait avant eux, Beau l'y avait suivi, et après lui, Parrot, Vanuebroucq et Lelu pensèrent de même ; les autres, plus modernes, le placent dans le nez. Ce sont là des opinions. Il fallait donner une base moins mobile et plus anatomique aux théories nasale et laryngée que l'on édifiait ainsi.

On a cherché, et paraît-il on a trouvé ; ici une région exceptionnellement sensible la zone glottique, dont naguère on avait remarqué déjà l'état inflammatoire dans les autopsies, fort rares d'ailleurs, de coquelucheux et la fertilité parasitaire dans les recherches d'Oltramare (de Genève). Là on décrit une autre région, la *zone tussigène* des fosses nasales, sur la topographie de laquelle l'accord n'est pas parfait ; Mackenzie la limitant à la partie antérieure de la pituitaire et Hack à sa moitié postérieure. Question de lieu ! Mais ce désaccord a conduit des thérapeutistes plus avisés à l'étendre à une surface plus grande de la pituitaire.

A l'aide de cette hypothèse on interprète sans doute les troubles respiratoires de la coqueluche, mais sans donner raison de sa contagiosité et de son épidémicité ; à moins d'invoquer, comme on l'a fait fort gratuitement, l'intervention d'une sorte de congestion nerveuse. Un mot qui dans le cas actuel, ne se comprend guère assurément !

Au lieu de remplacer un mystère par un autre, il était mieux de concilier cette théorie avec celle d'un contage microbique et d'utiliser les recherches incomplètes qui donnent pour habitat à ce parasite la portion glottique du larynx ou bien la zone tussigène des fosses nasales.

Il est vrai que le microbe spécifique peut passer encore pour un inconnu ; mais à défaut de faits décisifs on se contente de l'idée, qui d'ailleurs, nul n'en doute, concorde bien avec les notions contemporaines sur la pathogénie des maladies parasitaires. De plus, cette idée est ancienne. Linné la formulait à sa manière, en attribuant la maladie aux œufs de petits insectes introduits dans les voies aériennes et Darwin ne comparait-il pas le catarrhe des coquelucheux avec celui des blennorrhagiques ? Depuis, — il est superflu d'y insister, — sont venus les travaux de Poulet, en 1869 ; Letzerich, en 1870 ; Hagenback, Tschamer, Birsch-Hirchsfeld, en 1877 ; Rosbach, Barye, Derschter, en 1886 ; et, l'année dernière, ceux plus probants d'Afanassjew. Successivement, champignon, devenu ultérieurement bacille dans les recherches de Letzerich ; microbe analogue à celui du péricarpe de l'orange, puis une zooglée que l'on reconnait ensuite chez tous les individus atteints de bronchites, puis à la date la plus récente, le voici de nouveau bacille en bâtonnet, habitant la muqueuse respiratoire des enfants morts de coqueluche, et inoculable, sous le nom de *bacillus tussis convulsivae*, que lui impose ce dernier observateur dans le numéro d'octobre 1887, du *Saint-Petersburger Medicinische Worhenschrift.*

Bref, d'une part des symptômes névrosiques, que tout le monde connaît ; d'autre part un microbe probable, ayant pour foyer le larynx ou les fosses nasales ; tels sont les deux arguments : celui-ci de vraisemblance, celui-là de probabilité, par lesquels, en ce moment, on justifie la doctrine et la thérapeutique de cette affection considérée comme une névrose parasitaire.

Hier, s'adressant plutôt à l'effet qu'à la cause, avec Beau, Trousseau et les autres, on luttait contre le trouble nerveux : c'était un traitement symptomatique avec de nombreux agents médicamenteux pour moyens. Aujourd'hui, on combat la cause pour en supprimer les effets. C'est une médication pathogénique avec l'antisepsie pour ressource thérapeutique. Il est vrai que pour être prudente, ou tout au moins plus éclectique, la sagesse clinique consisterait plutôt dans l'association de ces deux médications.

II

Atteindre l'ennemi microbique et le détruire dans les foyers qui lui servent d'habitat, tel est l'objectif d'une intervention rationnelle. En attendant cette réalisation, l'antisepsie générale n'a pas abdiqué : elle conserve ses partisans qui, hier, sans préméditation, aujourd'hui, dans un dessein parasiticide, font appel à des agents susceptibles d'empêcher le développement de l'agent tussigène.

C'est pourquoi la thérapeutique parasiticide de la coqueluche dispose, à l'heure actuelle, de deux ordres de moyens les uns locaux, les autres généraux. Générale, elle consiste dans l'ingestion des médicaments susceptibles de modifier le milieu intérieur ; locale, elle a pour objectif la destruction du parasite, directement et *in situ*.

L'administration à l'intérieur des sels de quinine, de la chinoline, des acides salicylique et phénique ou du calomel,

peut-elle à un degré quelconque réaliser, comme on l'espérait, l'*antisepsie générale des coquelucheux?* Pour répondre, il faudrait des expériences mesurant la puissance de ces agents parasiticides et la résistance du microbe à leur action. On en est donc réduit à l'appréciation clinique des guérisons mentionnées par les auteurs, ou à l'enregistrement d'améliorations qui consistent dans l'atténuation de l'intensité de la maladie, ou dans l'abréviation de sa durée. Ce sont là, on en conviendra, des documents dépourvus de précision.

En 1874, Henke constate que les corpuscules des crachats des coquelucheux perdent leur mobilité au contact du sulfate de quinine. Il publie une note dans les *Deutsche Archives fur klinische Medicinische*, et le sel de quinine devient dès lors pour quelques thérapeutes le spécifique de la coqueluche.

Auparavant déjà Hagenbach plaçait la quinine au premier rang des remèdes de la coqueluche. En 1867, Bintz avait substitué au sulfate, dont l'amertume répugnait au malade, le tannate de même base. Ses élèves, et entre autres Baker, après l'épidémie de Rheindorf, s'entendaient pour en dire merveille, en raison de ses propriétés antiputrides. Rossbach le recommandait pour une autre raison; il le considérait comme un modificateur de l'excitabilité réflexe et un modérateur de l'intensité des crises. Ici, antiputride, — un mot ancien désignant la vertu nouvelle d'être antiseptique, là, médicament nervin, la quinine a toujours, depuis cette époque, possédé des partisans convaincus.

J'abrège cette histoire rétrospective, et, au point de vue pratique, je mentionne seulement les observations de Letzeritch, en 1873 : celles moins anciennes de Campbell et de Baker, et enfin les remarques que l'année dernière, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Miraschi (de Salonique) formulait en déclarant que les insuccès de cette médication auraient pour seule origine, la pusillanimité des praticiens à l'employer.

M. Sauerhing n'éprouve pas cette timidité, il administre le sulfate à raison de dix doses, variable chacune de 4 à 50 centigrammes, suivant que le coquelucheux est un petit enfant ou un adulte. Le malade ingère une seule prise du sel quinique vers le soir du premier jour et trois prises, à intervalles égaux, pendant chacun des trois jours suivants: le quatrième et le cinquième sont de repos, après lequel, s'il y a lieu, l'auteur (*Deut. med. Woch*, 1883, p. 37) renouvelle cette médication, qui, dans ces dernières années, semblait être, pour ainsi parler, en Allemagne tout au moins, le dernier mot de l'antisepsie générale chez les coquelucheux.

Théodore Baker ne témoigne pas cependant d'une égale satisfaction à son égard. Il substitue à la quinine pulvérulente les solutions à 1 ou 2 pour 100, qui auraient, dit-il, l'avantage, que personne ne conteste, d'être plus aisément et plus rapidement absorbables.

Pour ce même motif, on a aussi recommandé l'*acide salicylique*. Son efficacité est-elle mieux établie? M. Gonzales de Miranda l'affirme et dans l'*Ensayo medico de Caracas* de l'année 1886, cite la guérison de quatre enfants âgés d'un à deux ans, après l'ingestion quotidienne d'un gramme de salicylate de soude. Quatre cas? c'est peu, et la renommée de ce triomphe thérapeutique n'a pas convaincu, on le comprend, la plupart des thérapeutistes européens.

L'*acide phénique* à l'intérieur a été d'une efficacité aussi douteuse d'après Robert Lee, dont M. Sueckling ne partage pas la sévérité. En effet, tandis que la majorité des cliniciens réservent ce médicament pour les applications extérieures, ce dernier l'administre quotidiennemeut à l'intérieur, à la dose de 5 milligrammes, en solution, et légitime ses conclusions en déclarant qu'il a vu la maladie s'atténuer et s'abréger dans vingt cas.

La médication antiseptique générale de la coqueluche possède-t-elle d'autres ressources? On a employé le *soufre* à l'intérieur; — à quoi bon le rappeler? — et surtout les *mercuriaux* dont on se plaît toujours à solliciter les vertus microbicides, quand tous les parasiticides sont en défaut. On l'a bien vu au dernier Congrès des médecins allemands à Wiesbaden, où, faisant l'éloge de sa propre pratique, M. Vogel recommandait l'administration systématique du *colomel* aux coquelucheux.

La *chinoline* serait-elle plus spécifique? Oui, d'après Koch (de Wiesbaden), car dans cinquante-cinq cas, il a vu, dit-il, trente et une fois les symptômes disparaître, après deux septénaires, vingt et une fois en trois semaines et dix-neuf fois dans l'espace d'un mois. Il administre le médicament par doses réfractées de trois en trois heures, et lui attribue l'atténuation du spasme. Malgré ces recommandations, le pouvoir antispasmodique et spécifique de la chinoline est loin d'être admis.

Il ne faut pas s'en étonner. Le problème ne consiste pas seulement à rechercher un agent vraiment spécifique; mais, avant tout, à faire quelque lumière sur la pathogénie de la maladie. Je sais bien que la théorie d'un poison infectant le sang des coquelucheux a eu des avocats. Robert Lee et son compatriote Colston plaidaient cette cause dans *The Lancet* du 7 mars et du 9 juillet 1881. L'un d'eux a même cité des cas de transmission de la maladie, de la mère au fœtus, faits dont Rilliet et Bouchut signalaient, avant lui, des exemples. Ce sont là des inconnues, dont le secret n'est pas dévoilé, et aussi des motifs, avec d'autres, pour demeurer dans ce doute, qui, au dire des sages, passe souvent pour être le commencement de la prudence thérapeutique.

C'est pourquoi l'antisepsie générale doit rester modeste devant cette maladie, et ne peut, en ce moment, prétendre qu'au rôle restreint d'auxiliaire du traitement parasiticide locale.

Ch. Éloy.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

De l'onyxis malin et de son traitement par l'iodoforme, par le docteur Morvan (de Lannilis).

(Fin. — Voyez le numéro 23.)

Obs. I. — C... (Claude), de Plouvière, douze ans, vient me consulter le 11 octobre 1876 pour un onyxis malin du gros orteil droit qui remonte au mois de juillet précédent.

Son mal avait eu pour point de départ une contusion qu'il s'était donnée en heurtant une pierre du pied. L'ongle était tombé quelque temps ensuite. Quand je le vis, il avait depuis quinze jours des douleurs nocturnes assez violentes pour l'empêcher de dormir. Ces douleurs s'étendaient jusqu'à la cuisse.

L'ongle avait repoussé, mais il était ramolli, friable, à bords déchiquetés; au-dessous, plaie fongueuse, à suppuration ichoreuse, fétide; la matrice de l'ongle était rouge, engorgée. Avulsion de l'ongle; pansement à l'iodoforme, renouvelé le 11, le 12 et le 13 octobre.

Revu le 15, il est à peu près guéri; plus de suppuration, à peine une ou deux petites éraillures. La fétidité avait disparu, ainsi que la douleur, dès le premier pansement; il avait dormi la nuit même qui avait suivi l'avulsion de l'ongle.

Obs. II. — Le petit F..., de Lambézellec, deux ans, est atteint d'un onyxis malin depuis plusieurs mois. On ne sait à quoi l'attribuer. Il m'est conduit le 15 janvier 1879.

Le pouce de la main droite est gonflé, en massue. L'ongle est à l'état rudimentaire, on n'en voit que des traces; lambeaux noirâtres, très ramollis. Odeur fétide caractéristique. Ulcération de la matrice de l'ongle, qui s'est déjà améliorée sous l'influence des pansements divers employés jusqu'à présent; il n'y a plus, me disent les parents, ni suppuration sanguinolente, ni grande douleur comme au début. Pansement à l'iodoforme.

Il m'est reconduit le 19 janvier. Il est guéri. La fétidité a disparu, plus d'ulcération; les portions d'ongles ne sont plus ramollies, elles ont pris leur consistance normale.

Obs. III. — M... (Jean-Claude), trois ans trois mois, m'est conduit le 20 juillet 1879 pour un onyxis malin du médius gauche qui remonte à plus de trois mois.

N'a jamais été malade jusqu'à présent, a eu le doigt écrasé, mais la fétidité n'a paru que quelques semaines ensuite. Le doigt est en spatule, suppuration d'une atroce fétidité, vaste ulcération fongueuse d'aspect grisâtre occupant toute la matrice de l'ongle et débordant sur la pulpe du doigt; ongle ramolli et en lambeaux, ne tenant que par la base. Peu d'appétit, mauvais sommeil, plaintes fréquentes.

Le petit malade n'avait rien de scrofuleux, mais à cause de son état d'affaiblissement et de sa constitution un peu débile, il avait été soumis pendant quelques semaines à l'usage de l'huile de foie de morue. Pas d'amélioration.

Je conseille d'abandonner le traitement général qui n'a rien donné et m'en tiens au traitement local.

Avulsion d'une portion de l'ongle qui était presque détachée. Pansement à l'iodoforme.

L'enfant m'est reconduit le 23 juillet. Plaie de bon aspect, rosée, sans fétidité. Point de plaintes, sommeil, meilleur appétit. Un autre fragment d'ongle est encore enlevé. Nouveau pansement à l'iodoforme.

Le 27 juillet, l'amélioration continue; plaie à peu près sèche, non encore cicatrisée, mais réduite aux deux tiers de sa première dimension. Même pansement.

Le 3 août, guérison. Pour aider à la réduction des dimensions de la plaie, j'établissais, avec un bandage roulé, une certaine compression sur le bout du doigt. Il en était résulté une élongation destinée évidemment à disparaître.

Obs. IV. — Le petit M. L..., cinq ans, de constitution strumeuse, m'est conduit, vers le milieu de juillet 1879, pour un onyxis malin de l'indicateur droit, assez peu prononcé, mais datant de six à sept semaines.

Antécédents de famille fâcheux: une tante morte de phthisie, un frère atteint d'une maladie de Pott et par suite d'une gibbosité. Lui-même avait eu des ganglions au cou et des abcès ossifluents qui avaient cédé à l'usage prolongé de l'huile de foie de morue et de l'iodure de fer. Il était encore soumis à cette médication lorsque ayant eu le doigt écrasé par la chute d'une pierre, il fut pris de son onyxis.

Doigt en battant de cloche, ulcère fongueux, suppuration sanieuse et fétide, ongle ramolli, noirâtre et détaché partout, excepté à l'angle de la matrice. Pansement avec onguent styrax après avulsion de l'ongle.

Nulle amélioration pendant une dizaine de jours. L'ongle a repoussé en partie, mais la suppuration a conservé sa fétidité et l'ulcération ses fongosités grisâtres. Nouvelle avulsion de l'ongle le 24 juillet, et cette fois pansement à l'iodoforme.

Le 27, plaie à peu près sèche, nullement fétide. Même pansement.

Le 30, guérison complète, l'ongle commence à repousser.

Je revois l'enfant après un intervalle de plusieurs années. L'ongle est parfaitement restauré, lisse, sans stries, en tout semblable à celui du doigt gauche correspondant. Rien n'indique que le doigt ait été jadis malade.

Obs. V. — Le petit G... (Joseph), vingt-trois mois, m'est conduit le 29 février 1880 pour un onyxis malin du pouce de la main droite. Doigt en massue, ulcération sous-unguéale fongueuse, à fond grisâtre, pus ichoreux, fétide, mais sans excès, ongle comme macéré, en deux lambeaux. La plaie, au dire des parents, avait plus mauvais aspect au début qui remonte à cinq mois. Un mois ensuite, sans autre pansement que des ablutions à l'eau froide, l'état s'était amélioré.

L'enfant n'a jamais été trop souffrant, il a toujours dormi la nuit.

Pas d'antécédents de scrofule ou de tuberculose dans la famille. L'enfant lui-même est indemne sous ce rapport. Il n'a eu jusqu'à présent d'autre maladie qu'une fièvre intermittente facilement jugée par quelques prises de sulfate de quinine. Il est un peu chétif, mais cela s'explique par la durée de son onyxis.

Il est pansé séance tenante, après arrachement de l'ongle, avec de l'iodoforme finement pulvérisé. Quatre jours ensuite, l'amélioration est des plus grandes; le pus n'a plus de fétidité, la plaie est réduite aux proportions d'une lentille. Le pansement à l'iodoforme est encore renouvelé à intervalle de trois jours; la guérison est complète le 10 mars.

Obs. VI. — Une petite fille de neuf mois m'est conduite de Plouarzel le 25 avril 1880. Elle a le doigt médius de la main droite malade depuis deux mois environ, il est atteint d'un onyxis malin.

Le point de départ a été une contusion, suivie d'une ecchymose sous-unguéale. Quand je la vois, le doigt en massue est le siège d'une suppuration fétide et d'une coloration lie de vin; ongle ramolli, comme macéré, déchiré en lambeaux; l'ulcération s'étend jusqu'à la matrice, qui est profondément altérée.

La douleur ne paraît pas bien vive. L'enfant dort, prend le sein et se nourrit comme à l'ordinaire; point d'amaigrissement.

Aucun traitement n'a été tenté. Avulsion de l'ongle et pansement à l'iodoforme.

Le 2 mai, c'est-à-dire une semaine après le pansement, le doigt est désenflé, la fétidité a disparu et la plaie est en voie de guérison.

Il a suffi d'un autre pansement pour amener la guérison qui était complète le 10 mai.

L'enfant, qui est de belle apparence, n'offre rien de la constitution scrofuleuse. Il est gras et rose. Pas d'antécédents de famille, les parents se portent bien.

Obs. VII. — Yves G..., neuf ans, n'a jamais été malade jusqu'à présent, bien que de constitution assez chétive. Je le vois le 2 septembre 1882 pour un onyxis malin de l'annulaire droit remontant à un mois et consécutif à une contusion.

Ulcération grisâtre, fongueuse, avec suppuration ichoreuse, fétide, mais sans excès, occupant toute la surface unguéale et empiétant en partie sur la pulpe du doigt. L'ongle est détaché partout excepté à la base. L'extrémité du doigt est renflée, en battant de cloche, couleur lie de vin. Douleurs fortes empêchant le sommeil; on mange, d'ailleurs, passablement.

Pansé jusqu'à présent sans succès avec le coaltar saponiné. Néanmoins c'est sans doute à ce mode de pansement qu'on doit attribuer le degré modéré de la fétidité.

Séance tenante, avulsion de l'ongle et pansement à l'iodoforme.

Le 5 septembre, c'est-à-dire trois jours ensuite, grande amélioration; toute douleur a disparu depuis l'application de l'iodoforme; l'ulcère a diminué de moitié, le renflement du doigt également, un restant d'ongle qui avait échappé à la pince est arraché.

Le 10 septembre, l'amélioration continue; plus d'odeur fétide, la plaie n'a que l'odeur de l'iodoforme dont il reste une assez grande quantité, non salie par le pus, conservant sa couleur jaunâtre. L'ulcère continue à se rétrécir, mais surtout il s'est comblé par de nouveaux bourgeons charnus. L'appétit s'est développé, l'enfant dort.

Trois nouveaux pansements iodoformés à intervalle d'une semaine. L'ulcère est réduit à de petites dimensions, mais il persiste, et je me décide, le 4 octobre, à réprimer les bourgeons exubérants par une cautérisation au nitrate d'argent. Huit jours après, la guérison est complète.

Le 18 octobre, l'ongle avait repoussé, mais il est resté difforme, plus petit de moitié que l'ongle correspondant de l'autre main, avec une convexité transversale fortement exagérée, sans stries, d'ailleurs, ni rugosités.

Obs. VIII. — 24 septembre 1882. Jeanne M..., sept ans, de Milirac, grande, forte, ayant du teint, mais sujette tous les ans à une éruption d'impétigo du cuir chevelu. Elle a cela de commun avec son père qui avait aussi une constitution lymphatique et, enfant, avait constamment des gourmes. A cela près la petite M... n'a jamais été malade jusqu'à présent.

Il y a cinq mois, elle s'est blessé le médius droit, à la région unguéale, avec un couteau. Depuis lors le doigt est malade, et aujourd'hui le haut du doigt, qui est en massue, est deux fois plus gros que celui du côté opposé. Ulcération sous-unguéale à fond grisâtre qui déborde en tous sens; écoulement sanieux, fétide; ongle noir, mollasse, déchiqueté, ne tenant que par la base; pourtour de l'ulcère violacé; veines du dos de la main gonflées, turgides; pouls plus développé à droite qu'à gauche, mais sans fièvre, grandes douleurs le jour et surtout la nuit, insomnie. Malgré tout, il y a de l'appétit.

Avulsion de l'ongle et pansement à l'iodoforme.

27 septembre. Toute douleur a disparu dès le premier pansement. L'ulcère s'est rétréci de moitié; commencement très marqué de cicatrisation sur les bords. Ecoulement d'une sérosité non sanieuse, non fétide. Nouveau pansement à l'iodoforme.

Le 5 octobre, amélioration approchant de la guérison. La plaie n'a plus que les dimensions d'une pièce de vingt centimes; le reste est cicatrisé.

Le 14 octobre, guérison complète, qui paraît dater de quelques jours.

Obs. IX. — M... (Joseph) vingt-sept ans, du Bourg-Blanc, vient à ma consultation le 24 avril 1883 pour un onyxis malin du médius droit.

Cet homme n'a eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde vers l'âge de quinze ans. Il est d'une excellente santé; nuls antécédents scrofuleux ni personnels ni de famille.

Le doigt est malade depuis quatre mois; le mal a été causé par un éclat de bois qui a pénétré sous l'ongle vers le bord interne. Peu ou point de traitement, on semble s'être borné à quelques remèdes de bonne femme; on ne fait plus rien depuis plus d'un mois.

Doigt violacé, en massue, ayant triplé de volume dans la portion qui correspond à la troisième phalange. Vaste ulcération fongueuse à fond grisâtre, occupant toute la région sous-unguéale et contournant la base de l'ongle. Celui-ci est gris noirâtre, ramolli, déchiqueté, réduit à une lamelle de 2 à 3 millimètres de hauteur.

Pus sanieux, fétide. Douleurs violentes, mais au début seulement, car aujourd'hui, bien que l'aspect de la plaie ne soit pas meilleur, au contraire, la douleur a cependant beaucoup diminué. Elle s'exaspère toutes les nuits, mais n'a guère empêché le sommeil qu'à de longs intervalles. Elle a plutôt compromis l'appétit et entraîné par suite un état d'amaigrissement prononcé.

Avulsion de l'ongle et pansement à l'iodoforme.

Le 29 avril, grande amélioration; nulle douleur, à peine de fétidité, ulcère réduit de moitié, gonflement du doigt diminué dans la même proportion.

Le 9 mai, guérison remontant évidemment à quelques jours, car déjà l'ongle se forme.

Obs. X. — Je suis consulté le 6 juillet 1885 pour une fillette de sept ans et demi, Marie-Yvonne Guillerm, du Drénec. Maigre et de faible constitution, elle n'a cependant jamais fait de maladie jusqu'à présent. Parfois, de l'impétigo au cuir chevelu, comme, d'ailleurs, chez la plupart des enfants de nos campagnes, auxquels les soins de propreté ne sont pas prodigués. Père, mère, frère et sœur bien portants.

La petite Guillerm a eu le médius droit écrasé par la chute d'une pierre, il y a trois mois environ. Quelque temps auparavant, contusion du même doigt, mais légère et à peu près guérie quand arrive le dernier accident.

Lors de mon examen, ulcération sous-unguéale à fongosités grisâtres, où l'on voit les restes de l'ongle qui est ramolli et en lambeaux; écoulement sanieux, fétide; la plaie saigne au moindre attouchement; bout du doigt gonflé, en massue, ayant acquis cinq à six fois les dimensions du doigt correspondant de l'autre main.

La malade n'a jamais souffert, elle dort bien; elle mange peu, mais ni plus ni moins qu'auparavant.

Avulsion de l'ongle et pansement à l'iodoforme.

Le 12 juillet, grande amélioration; plus d'odeur fétide, aspect rosé de la plaie, nouveau pansement iodoformé.

Le 19, doigt réduit de volume de plus de moitié, presque guéri. Même pansement.

Le 2 août, guérie depuis quelque temps. L'ongle a repoussé, mais il est strié.

Obs. XI. — Je suis consulté le 24 octobre 1885 pour une enfant de cinq ans, la petite Copy, de Plourin, laquelle est atteinte, depuis un an et plus, d'un onyxis malin du pouce de la main gauche. Elle est maigre et grêle, mais d'une bonne santé habituelle, à cela près de quelques poussées d'impétigo vermineux au cuir chevelu, auxquelles elle n'a pas plus échappé que les autres enfants de nos campagnes, si mal soignés, si mal peignés. Père, mère, frères et sœurs, au nombre de cinq, tous bien portants.

Ni chute ni coup, aucune violence connue pour point de départ. Le mal a débuté par un abcès sous l'ongle.

Lors de mon examen, doigt gonflé, en massue; ulcération fongueuse, étendue; pus sanieux, très fétide; ongle ramolli, à bord déchiqueté, entièrement détaché, excepté à la matrice. Pas de souffrances spontanées ni aujourd'hui ni à une époque antérieure; mais la partie malade est le siège d'une hyperesthésie prononcée; on souffre et l'on se plaint beaucoup au moindre attouchement.

Pas de traitement jusqu'alors, nulle tendance à une guérison spontanée.

Avulsion de l'ongle et pansement à l'iodoforme.

Le 1er novembre, le pouce est presque guéri. Plus d'odeur fétide, à peine de pus, réduction des dimensions du doigt qui est moins gros de moitié qu'au premier pansement une semaine auparavant.

Même pansement.

Le 9 novembre, guéri depuis quelques jours.

Obs. XII. — Le petit Kermaïdic, sept ans, de Plobennec, m'est conduit par sa mère le 11 septembre 1887 pour un onyxis malin du médius droit. Cet enfant, qui est issu d'un père mort phthisique un mois avant sa naissance, est grêle et maigre, mais n'a jamais rien eu jusqu'à présent qui rappelât une constitution scrofuleuse: ni gourmes, ni otorrhée, ni ophthalmie.

Le bout du doigt a été écrasé, mais non enlevé, par une batteuse, il y a cinq semaines. A été pansé tout d'abord par les onguents d'une châtelaine du voisinage. Quand il me vient, large ulcération occupant non seulement toute la région sous-unguéale, mais encore le bout du doigt, de manière à empiéter très sensiblement sur la pulpe, ayant les dimensions d'une pièce d'un franc et même plus; fond grisâtre, pus sanieux et fétide; ongle rongé, friable, faisant issue hors des chairs d'un millimètre environ; doigt gonflé, en spatule.

Les douleurs, vives au début, n'empêchent aujourd'hui ni de boire ni de manger. Hyperesthésie extrême des bords de l'ulcère.

Avulsion de l'ongle et pansement avec de la vaseline boriquée au cinquième, renouvelé matin et soir.

Le 18, état sensiblement le même, ichor à odeur fétide, plaie à fond grisâtre, aussi largement étalée que la première fois; même hyperesthésie de ses bords. Pansement à l'iodoforme.

Le 25, grande amélioration: plus d'hyperesthésie, plus d'odeur fétide, écoulement d'une lymphe légèrement purulente, plaie un peu moins étalée. Même pansement.

Le 29, le mieux continue; plaie sans odeur, sans fond grisâtre, rétrécie du tiers. Même pansement, renouvelé encore le 5 octobre.

Le 19 octobre, je me décide à renouveler le pansement deux fois dans la semaine, espérant hâter la guérison.

Le 23, merveilleuse amélioration: plus de suppuration, la plaie est à peu près fermée et les dimensions du doigt très réduites. C'est la guérison, à mon sens. Je fais un dernier pansement iodoformé.

Revu le 18 janvier 1888. L'ongle a repoussé, mais la surface en est chagrinée; ongle difforme.

Obs. XIII. — La petite Louise F..., quatre ans et demi, de Lannilis, m'est conduite le 30 septembre 1887 pour un onyxis malin du pouce de la main gauche.

Père et mère bien portants ainsi que toute leur petite famille, mais grand'mère paternelle morte de phthisie. Quant à la petite Louise, elle est grosse et rouge comme ses frères et sœur et a toutes les apparences de la santé.

Il y a deux mois, elle est rentrée de l'école avec une rougeur sous l'ongle survenue sans cause connue et aboutissant à un petit abcès qui s'ouvre tout seul. On ne souffre pas au début,

mais depuis quelques semaines on se plaint la nuit et l'on est réveillé à diverses reprises par la douleur. Le jour on ne se plaint pas.

Lors de mon examen, ulcère sous-unguéal assez peu étendu, ne dépassant guère les limites de l'ongle; écoulement d'une sanie fétide qui fait croûte au bout du doigt; ongle très long, très débordant, peu ramolli, n'adhérant que par la base.

Avulsion de l'ongle et pansements à l'iodoforme. Les pansements sont renouvelés à intervalles de trois à quatre jours.

Toute odeur et douleur disparaissent dès le premier pansement. Guérison le 10 octobre.

Le 28 octobre, l'ongle a parfaitement repoussé, mais présente quelques légères stries transversales.

Obs. XIV. — Je ne ferai que mentionner ici un cas appartenant à la Clinique du professeur Verneuil. J'avais entretenu le chirurgien de la Pitié de mon traitement contre l'onyxis malin et des succès constants qu'il me donnait. Il me promit de l'essayer à la première occasion.

Il y a de cela plusieurs années; dans l'intervalle, il n'est entré qu'un seul malade dans son service. Il ne faut pas croire, en effet, et Dupuytren en avait déjà fait la remarque, que les cas se multiplient dans les hôpitaux d'adultes. Maladie du jeune âge, l'onyxis malin ne se rencontre guère qu'à l'hôpital des Enfants.

Le docteur Verneuil n'avait pas oublié notre conversation et voulut bien soumettre son malade au traitement par l'iodoforme. L'iodoforme lui réussit pleinement. C'est donc un quatorzième succès venant s'ajouter aux treize autres.

Tableau synoptique de mes observations.

NUMÉRO de l'observation	NOMS	SEXE	AGE	SIÈGE DU MAL	CAUSE	DATE DU MAL	DURÉE du TRAITEMENT	NOMBRE des PANSEMENTS
1	Calvarin (Claude)........	Garçon	12 ans	Gros orteil droit	Contusion	3 mois	5 jours	3
2	Fagon..................	id.	2 ans	Pouce droit	Inconnue	Plusieurs mois	5 —	1
3	Marchaland (Jean-Claude).	id.	3 ans 3 mois	Médius gauche	Écrasement	3 mois	14 —	3
4	C... M..........	id.	5 ans	Index droit	id.	1 mois 1/2	7 —	2
5	Glénaff (Joseph).........	id.	2 ans	Pouce droit	Inconnue	5 mois	11 —	3
6	X.....................	Fille	9 mois	Médius droit	Contusion	2 mois	15 —	3
7	Gouchaut (Yves).........	Garçon	9 ans	Annulaire droit	id.	1 mois	40 —	6
8	Morvan (Jeanne)........	Fille	7 ans	Médius droit	Incision (Coup de couteau)	5 mois	21 —	3
9	Morant (Joseph).........	Garçon	27 ans	Médius droit	Piqûre (Par éclat de bois)	4 mois	16 —	2
10	Guillerin (Marie-Yvonne).	Fille	7 ans 1/2	Médius droit	Écrasement	3 mois	27 —	3
11	Copy..................	Garçon	5 ans	Pouce gauche	Abcès sous-unguéal (Sans violence)	1 an	15 —	2
12	Kermaïdie.............	id.	7 ans	Médius droit	Écrasement	5 semaines	35 —	6
13	Floch (Louise)..........	Fille	4 ans 1/2	Pouce gauche	Abcès sous-unguéal (Sans cause)	2 mois	10 —	3
						Totaux...........	221 jours	40
						Moyenne.........	17 —	3 1/13

Nous voyons dans le tableau ci-dessus que l'onyxis atteint douze enfants pour un adulte, huit garçons pour cinq filles, douze fois les doigts de la main pour une fois ceux du pied, le plus souvent les trois doigts du milieu (huit fois) et principalement le médius, plus rarement le pouce (quatre fois) et jamais le petit doigt. Le côté droit est atteint dix fois sur treize. La proportion pourrait sans doute différer avec une statistique plus étendue.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 4 JUIN 1888.

Recherches expérimentales montrant que sous l'influence de la gravitation, les centres appelés moteurs et les autres parties d'une moitié de l'encéphale peuvent déterminer des mouvements dans chacune des parties du corps. Note de M. *Brown-Séquard*. — Ces recherches ont rendu l'auteur témoin de faits démontrant qu'une même partie de l'encéphale peut, sous l'influence d'une excitation, donner lieu à des mouvements d'un côté ou de l'autre du corps, suivant la position de la tête. C'est bien à un changement dépendant de la gravitation que sont dues ces différences car tout, dans les expériences de M. Brown-Séquard, était identique : force du courant, écartement des électrodes, partie et côté du cerveau où se faisait l'excitation, etc. Suivant les circonstances, il y avait des mouvements d'un seul ou des deux membres, tantôt du côté opposé, tantôt du côté correspondant. Dans d'autres cas les mouvements avaient lieu dans deux membres dont un du côté correspondant, l'autre du côté opposé à celui de l'irritation.

De plus, l'étude des réactions produites par l'irritation galvanique de la zone motrice corticale du cerveau indépendamment de l'influence de la gravitation, a montré nettement que cette partie, soit à droite, soit à gauche, peut déterminer des mouvements dans chacun des quatre membres. Enfin, en multipliant ses expériences, M. Brown-Séquard a pu constater : 1° que, chez certains individus, les mouvements n'ont jamais lieu que dans un seul membre, quel que soit le point de la zone motrice qu'on irrite; 2° que, chez d'autres, les deux membres du côté opposé sont mis en mouvement quel que soit le point irrité; 3° que des mouvements d'un seul ou des deux membres du côté correspondant à l'irritation peuvent avoir lieu, quelle que soit la partie de la zone qu'on irrite; 4° qu'un mouvement *bipède diagonal* peut aussi se montrer, quel que soit le point irrité, et que ce sont le membre antérieur du côté opposé et le membre postérieur du côté correspondant qui en sont le siège, ou que c'est l'inverse.

En résumé, tous les faits observés par l'auteur en dehors

de preuves d'un autre ordre, sont décisifs contre les théories reçues et montrent que la gravitation peut changer plus ou moins complètement les manifestations motrices dues à la galvanisation de la zone motrice.

SÉANCE DU 11 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

FAITS POUR DÉMONTRER L'INNOCUITÉ DE L'OUVERTURE DU CRANE ET LES RESSOURCES QU'ELLE OFFRE POUR LA THÉRAPEUTIQUE. Note de M. *J. Lucas-Championnière.* — On sait que la trépanation du crâne est une opération très ancienne puisqu'on la retrouve aux temps préhistoriques, et qu'elle a été pratiquée un peu partout puisqu'elle est encore en usage jusque chez certains peuples sauvages.

Après avoir été employée à outrance et d'une manière abusive au dix-huitième siècle, elle était tombée dans un discrédit complet et par suite elle avait été complètement abandonnée depuis le commencement de ce siècle, lorsque Sédillot a tenté de la réhabiliter en la préconisant de nouveau comme opération préventive. D'autre part les recherches de Broca, de M. Charcot, etc., sur les localisations cérébrales ont fourni des données précieuses et par suite des indications utiles pour l'application d'une couronne de trépan sur tel ou tel point du crâne dans le but d'obtenir la guérison de tel ou tel traumatisme, de tel ou tel accident morbide.

C'est ainsi que grâce aux moyens antiseptiques, M. Lucas-Championnière a pu dès 1874 tenter cette opération dans un cas de monoplégie brachiale, et la poursuivre depuis lors dans un certain nombre d'autres cas. Les quinze opérations de trépanation qu'il a pratiquées depuis cette époque jusqu'à ce jour lui ont donné quinze succès, non pas tous thérapeutiques, mais tous opératoires.

C'est ainsi que, six fois, il a appliqué le trépan pour des douleurs intolérables du crâne avec vertiges et mouvements désordonnés et a obtenu soit un soulagement plus ou moins grand, soit même la guérison dans certains cas. Quatre fois il a fait la trépanation pour des épilepsies vraies idiopathiques, les résultats définitifs ont été cette fois médiocres; dans deux cas, au contraire, d'épilepsie symptomatique, les résultats ont été très bons. Enfin, dans aucun des quinze cas, il n'y a eu d'accidents, ni suppuration, ni fièvre, pas même chez certain malade auquel il avait enlevé une rondelle osseuse du crâne, mesurant 8 centimètres dans son plus grand diamètre et 3 centimètres dans son plus petit.

REPRÉSENTATION DES ATTITUDES DE LA LOCOMOTION HUMAINE AU MOYEN DE FIGURES EN RELIEF. Note de M. *Marey.* — En présentant l'an dernier devant l'Académie une série de figures en relief d'un oiseau qui vole, l'auteur a pensé que cette représentation des mouvements était la seule qui pût en donner une idée complète, et souhaitait vivement de voir appliquer la même méthode pour traduire les mouvements de l'homme et des animaux avec toutes leurs phases successives.

Ce vœu est aujourd'hui en partie réalisé, grâce à la photochronographie, qui donne pour la construction de figures en relief tous les documents nécessaires, et grâce aussi au bon vouloir d'un artiste, M. Engrand, qui a accepté de représenter un coureur à un instant du pas de course, d'après des images instantanément synchrones qui le montrent sous des aspects différents. L'une de ces images était donnée par un appareil placé verticalement au-dessus du coureur à une hauteur de douze mètres.

La statuette que présente M. Marey suffit déjà pour montrer le parti qu'on peut tirer de ce mode de représentation, dont la fidélité est parfaite.

Enfin l'auteur espère que bientôt des objectifs plus puissants que ceux dont il dispose, permettront, d'après le modelé des épreuves, d'apprécier l'état d'action ou de repos des différents groupes musculaires, comblant ainsi une lacune de la physiologie des mouvements.

SUR LES DÉFAUTS DE CENTRAGE DES SURFACES RÉFRINGENTES DE L'ŒIL HUMAIN. Note de M. *Tscherning.* — L'auteur propose de prendre comme mesure de la décentration l'angle que forme l'axe du cristallin avec une ligne passant par le point d'intersection de cet axe avec la cornée et le centre de courbure de la cornée. Il décrit une méthode pour mesurer cet angle.

De sa communication il résulte que les surfaces de l'œil humain ne sont jamais exactement centrées, mais le décentrage est souvent peu considérable. Lorsqu'il est très marqué, le centre de courbure de la cornée se trouve généralement dans le même plan vertical que l'axe du cristallin, mais au-dessous de celui-ci.

Dans les yeux examinés les valeurs les plus grandes de l'angle mesuré étaient comprises entre 2 et 3 degrés et l'axe du cristallin passait 25 à 50 millimètres au-dessus du centre de la cornée.

E. RIVIÈRE.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Darolles* envoie un mémoire sur *les épidémies* qui ont suivi en 1887 dans l'arrondissement de Provins.

M. le docteur *Ledé* adresse une étude manuscrite sur *les vaccinations des enfants en nourrice.*

M. le docteur *Hublé*, médecin de colonisation à Lalla-Marnix (Oran), envoie : 1° un mémoire sur *les vaccinations* qu'il a faites en 1887; 2° un travail sur l'*orchite infectieuse primitive.*

M. *Proust* présente un mémoire de MM. les docteurs *Dubrisay* et *Napias* sur *les hôpitaux d'isolement en Europe.*

M. *Le Roy de Méricourt* dépose une brochure de M. le docteur *Nicolas* sur *les chantiers et terrassements en pays paludéens.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un travail de M. le docteur *Lardier* (de Rambervillers) sur *les manifestations utérines du paludisme.*

M. *Bouchard* dépose un mémoire manuscrit de MM. *Yvon* et *Berlioz* sur *la composition moyenne des urines normales.*

M. *Laboulbène* présente : 1° au nom de M. le docteur *Guérard*, l'*Histoire de l'hôpital de Lariboisière*; 2° de la part de M. le docteur *Béeavin*, un ouvrage intitulé : *l'École de Salerne et les médecins Salernitains.*

M. *A. Guérin* dépose un mémoire manuscrit de M. le docteur *Eonnet* sur *la variole et les vaccinations* à Auray d'octobre 1887 à avril 1888.

ÉLECTION. — Par 55 voix sur 74 votants, M. *Damaschino* est élu membre titulaire dans la section de pathologie médicale. M. Cadet de Gassicourt obtient 17 voix et M. Dieulafoy 2.

INFECTION PUERPÉRALE. — M. *Arloing* (de Lyon), correspondant national, écrit à l'Académie que les idées de M. Widal, rapportées à l'avant-dernière séance par M. Cornil, sur l'identité des formes de l'infection puerpérale ont été émises par lui-même dès 1883 et développées l'année suivante dans la thèse d'un de ses élèves, M. Truchot. Ces formes ont été alors attribuées à l'activité plus ou moins grande du *Streptococcus septicus puerperalis*, activité qui change suivant les conditions où a végété le micro-organisme. Quant à l'analogie que M. Widal admet entre le streptocoque de l'infection puerpérale, celui de l'érysipèle et de la suppuration, M. Widal déclare l'avoir entrevue après M. Chauveau et en même temps que M. Fraenkel, en 1884, comme l'atteste le dernier passage de sa note à l'Académie des sciences, mais il n'a pas poursuivi d'expériences particulières sur ce point de la question.

M. *A. Guérin* est, comme M. Guéniot à la dernière séance, surpris d'entendre encore parler de fièvre puerpérale, car cette expression lui paraît aussi impropre que le serait celle de fièvre pulmonaire pour désigner l'ensemble des inflammations des organes thoraciques. Il est toujours

possible de distinguer entre eux les divers accidents qui ont été compris sous cette expression générique à l'époque où l'infection purulente et l'infection putride étaient moins bien connues; l'infection purulente ne se transmet pas par la voie respiratoire; l'érysipèle et elle ont la même origine et si leurs symptômes sont différents, c'est que les microbes qui les engendrent entrent dans l'organisme par des voies différentes.

Filaire hématique chez l'homme. — Le malade que présente M. *Lancereaux* est un jeune métis, âgé de vingt et un ans, arrivé depuis huit mois en Europe et paraissant jouir d'une excellente santé. Ses urines sont depuis quelque temps devenues laiteuses et blanchâtres; cette chylurie fut bientôt accompagnée d'hématurie; il existe dans les aines des tuméfactions ganglionnaires assez molles et n'ayant aucun des caractères des affections que nous avons l'habitude d'y voir. Une piqûre pratiquée à l'extrémité du doigt permet de constater dans le sang l'existence de plusieurs filaires. Ainsi que l'ont indiqué les observateurs qui ont décrit ce parasite, on ne le rencontre que lorsque l'examen est pratiqué sur du sang recueilli le soir, à la nuit. M. Lancereaux rappelle à ce sujet les travaux publiés sur cette affection peu commune dans nos pays et sur les propriétés de la filaire hématique chez l'homme.

M. *Bucquoy* se souvient avoir été appelé à visiter, il y a quelques années, une Mauritienne présentant des symptômes analogues au rhumatisme cérébral hyperthermique, mais avec des formes très insolites. Il est persuadé que la maladie qui, dans ce cas, fut mortelle, devait tenir à la présence de ce même parasite. M. *Albert Robin* a observé deux cas de filaire chez des femmes dont les urines étaient chyleuses; le parasite apparaissait dans le sang dès que les malades étaient couchées depuis une heure à une heure et demie. M. *Le Roy de Méricourt* signale les travaux écrits sur la filaire par plusieurs médecins étrangers et des médecins de la marine; le séjour dans la zone tempérée paraît jusqu'ici le meilleur traitement de cette affection.

Remèdes officinaux et magistraux. — En réponse à une demande officielle sur l'interprétation des mots « remèdes officinaux et remèdes magistraux », l'Académie, sur le rapport de M. Prunier, se prononce de la façon suivante :

1° Ne doivent être regardés comme *officinaux* que les médicaments de conservation facile dont le Codex a enregistré la formule et le mode de préparation pour les médicaments galéniques; ou bien les caractères, purification et essai pour les médicaments chimiques; 2° il ne s'ensuit pas néanmoins que tous les médicaments qui figurent au Codex soient nécessairement officinaux. Les loochs, potions, tisanes, juleps, etc., sont de nature essentiellement magistrale, de même que tous les mélanges prescrits par le médecin, lors même qu'ils se composent uniquement de médicaments officinaux. Par le seul fait du mélange, ils rentrent dans la catégorie des remèdes magistraux.

Platrage du vin. — M. *Marty* achève la lecture de son rapport sur le plâtrage du vin. Résumant les faits et les arguments qui se dégagent des documents divers qu'il a analysés, il fait observer qu'au point de vue de la production, l'addition du plâtre à la vendange rend la fermentation plus rapide et plus complète; elle empêche ou rend plus difficiles les fermentations ultérieures; elle relève le degré acidimétrique du vin, d'où résulte une coloration plus intense et plus vermeille; elle dépouille et clarifie le vin et le rend rapidement marchand; elle facilite sa conservation. Au point de vue du commerce, les vins plâtrés sont d'une conservation plus assurée; grâce à leur clarification et à leur acidité plus grande, ils résistent mieux aux altérations connues sous le nom de maladie des vins. Ils supportent mieux les chaleurs, les transports, les manipulations, les coupages. Au point de vue des consommateurs — ceux-ci sont de beaucoup les plus nombreux et doivent nous intéresser plus particulièrement — les avantages que nous venons d'énumérer en faveur du plâtrage se heurtent aux questions d'hygiène et de salubrité.

On sait en effet aujourd'hui que le plâtrage modifie profondément la composition du vin, et d'une façon fâcheuse pour la santé. Les expériences définitives des chimistes ont démontré que les vins plâtrés renferment toujours une certaine proportion, souvent élevée, de sulfate acide de potasse, composé dans lequel, d'après M. Berthelot, une partie de l'acide sulfurique se trouve comme à l'état de liberté. L'action de ce sel sur les voies digestives est tout autre que celle du bitartrate de potasse, beaucoup plus énergique assurément que celle du sulfate neutre de la même base. A ce seul titre les vins plâtrés doivent être tenus en suspicion, et l'hygiène a le droit et le devoir d'intervenir, car la proportion de sulfate acide qu'un plâtrage exagéré peut introduire dans le vin, produit certainement des désordres et parfois des accidents comme la preuve en a déjà été faite. Il est donc très fâcheux de voir déclarer par le Comice agricole de Narbonne que le plâtrage rend les vins potables et hygiéniques, et que la dose de 4 grammes de sulfate de potasse est acceptée par les consommateurs. On a vu par le résultat de l'enquête générale de 1884 ce qu'il faut penser de cette affirmation plus que hasardée.

Les raisons développées par M. Legouest, dans son rapport du 12 mai 1879, sont aussi vraies, aussi justes aujourd'hui qu'elles l'étaient à cette époque. Les présomptions scientifiques qu'il invoquait et qu'il déclarait insuffisantes pour proscrire absolument le plâtrage des vins, mais assez près de la conviction pour en limiter les effets, ces présomptions, disons-nous, sont devenues des faits bien établis, contre lesquels ne sauraient prévaloir des résultats contraires d'ordre négatif, invoqués par les intéressés. La concession faite à cette époque par l'hygiène aux nécessités de la production vinicole et du commerce des vins, nous paraît devoir être encore aujourd'hui prise en sérieuse considération.

A ceux qui demandent la proscription absolue du plâtrage, on pourrait d'ailleurs toujours opposer ceux qui réclament sa liberté absolue. Mieux inspirés paraissent ceux qui, tout en désirant que l'on étudie les moyens de se passer du plâtrage, acceptent, en attendant, comme un pis-aller, le plâtrage modéré. A ce titre, il faut citer l'opinion de M. le professeur Gauthier, dans son article Vin du *Dictionnaire de chimie* de Wurtz, et plus tard dans son très intéressant ouvrage sur la sophistication des vins en faveur de l'abandon du plâtrage. C'est à bon droit que le Comité consultatif d'hygiène de France a demandé qu'on généralisât la mesure adoptée déjà par le Conseil de santé des armées de rejeter de la consommation les vins donnant par litre plus de 2 grammes de sulfate de potasse (calculé d'après le poids de l'acide sulfurique total).

Cet avis est aussi celui de la plupart des corps consultés en 1884 par M. le ministre du commerce. 433 rapports adressés par les Chambres de commerce, les Chambres syndicales du commerce des vins, les Chambres consultatives d'agriculture, les Comices et diverses associations agricoles, les Conseils d'hygiène et de salubrité, c'est-à-dire 78,9 pour 100, ont été favorables au maintien de la limite de 2 grammes. Encore faudrait-il ajouter à ce nombre les 102 corps consultés qui ont déclaré s'en rapporter à la décision des assemblées scientifiques. C'est également à cet avis que la Commission s'est rangée. Comme le Comité consultatif d'hygiène, elle croit faire une très large part aux besoins du commerce et de la production vinicole en admettant la tolérance de 2 grammes de sulfate de potasse par litre, tolérance que l'hygiène commande non seulement de ne pas dépasser, mais encore de s'efforcer de ne pas atteindre. Aussi propose-t-elle à l'Académie de décider

que : 1° Les documents relatifs à l'enquête faite à l'École nationale d'agriculture de Montpellier ne paraissent pas à la Commission de nature à infirmer les résultats de l'enquête générale ordonnée en 1884 par M. le ministre du commerce. — 2° Les renseignements et les faits analysés dans le présent rapport, démontrent que le plâtrage exagéré exerce sur la santé publique une influence fâcheuse. — 3° Se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, la Commission ne peut approuver, en principe, le plâtrage des vins. — 4° Cependant, préoccupée des nécessités de la production et du commerce, et tenant surtout compte de l'intérêt des consommateurs qu'il serait imprudent, par une mesure trop absolue, de priver, dans certaines années, de vins que seul jusqu'à ce jour, le plâtrage modéré paraît propre à conserver ; — 5° Considérant que si le sulfate de potasse se rencontre normalement dans les vins purs, il n'y existe jamais dans une proportion supérieure à *six décigrammes* (0gr,60) par litre, ainsi que l'analyse permet de le constater; qu'il n'est pas clairement démontré que, *jusqu'à la dose de 2 grammes par litre de vin*, le sulfate de potasse, introduit par le plâtrage, ait une action nuisible sur la santé, mais qu'il est indispensable de fixer la limite maxima de sulfate de potasse qui peut sans danger sensible être introduite dans le vin par le plâtrage, l'Académie émet l'avis:

Que la présence du sulfate de potasse dans les vins de commerce quelle qu'en soit l'origine ne doit être tolérée que *jusqu'à la limite maxima de 2 grammes par litre.* En outre, la Commission exprime le vœu que la circulaire de M. le garde des sceaux, ministre de la justice, en date du 27 juillet 1880, reçoive une application effective.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Cas de ladrerie chez l'homme : M. Millard (Discussion : MM. Troisier, Sevestre, Du Castel). — Des spasmes musculaires consécutifs aux altérations rhumatismales chroniques des jointures : M. Ballet — Du traitement de la diarrhée : M. Debove (Discussion : MM. Sevestre, Du Castel). — Contribution à l'étude de l'angine siphylitique précoce : M. Du Castel.

M. *Millard* donne lecture d'une note sur un cas de ladrerie chez l'homme. Il prouve que la ladrerie, fréquente chez les animaux, est rare chez l'homme et se reconnaît souvent avec assez de difficulté. Les tumeurs parasitaires n'attirent souvent l'attention des malades que dans le cas de localisations spéciales (centres nerveux par exemple) ; encore la démonstration irréfutable de la maladie ne peut être établie scientifiquement que par l'ablation chirurgicale et l'examen histologique de celles des tumeurs que leur situation rend plus facilement accessibles. M. Millard a eu l'occasion d'observer pour la première fois un malade atteint de ladrerie et il pense qu'on peut rapprocher ce cas de ceux que M. Troisier a mis sous les yeux de la Société en 1885 (séance du 27 mars). Le malade de M. Millard a présenté une paralysie limitée au membre inférieur gauche, précédée la veille de crises épileptiformes. On allait attribuer à l'absinthisme les accidents observés, quand on découvrit en différents points du corps, surtout sous l'aponévrose, un grand nombre de petites tumeurs saillantes, indolentes, ovoïdes, assez dures, qui ressemblaient à des fibromes.

Ayant appris que, dès 1887, le malade avait eu un tænia dont il était arrivé à se débarrasser, M. Millard fit l'ablation d'une des petites tumeurs sous-aponévrotiques, et l'examen histologique, pratiqué aussitôt, démontra qu'on avait affaire au cysticerque ladrique.

M. Millard insiste sur un caractère déjà signalé par M. Troisier, la *pseudo-superficialité* des tumeurs; la tumeur enlevée était située dans l'épaisseur même des muscles intercostaux. Deux hypothèses pour expliquer la présence de ces cysticerques : ou bien le malade, comme le premier malade de M. Troisier, a avalé des œufs provenant d'une personne de son entourage; ou bien il s'est infecté lui-même en digérant quelques anneaux de son propre tænia. Les proglottis auraient remonté dans l'estomac et auraient subi là l'action du suc gastrique, qui aurait mis en liberté les embryons hexacanthes.

Des faits exposés, M. Millard tire cette double conclusion : 1° chez tout malade atteint de tænia solium, on devra rechercher les signes de la ladrerie; 2° réciproquement, chez tout malade atteint ou soupçonné de ladrerie, on devra rechercher l'existence antérieure ou actuelle du tænia solium.

M. *Troisier* dit que le diagnostic de la ladrerie n'est pas toujours aussi facile qu'il l'avait cru tout d'abord. Il y a peu de temps qu'il a eu dans son service un phthisique porteur de lipomes sous-cutanés qui présentaient, à peu de chose près, la forme, le volume et la consistance des cysticerques ladriques.

M. *Serestre* avance que la tolérance des tissus et en particulier des méninges atteints de cysticerques est telle qu'il est parfois impossible, chez les enfants du moins, de porter un diagnostic positif. L'autopsie souvent, comme cela lui a été démontré il y a peu de temps encore, lève tous les doutes.

M. *Troisier* pense, comme M. Millard, que la coexistence d'un tænia et de tumeurs suspectes sera un élément utile de diagnostic.

M. *Millard* insiste sur ce fait qui lui paraît de plus en plus vraisemblable : le cysticerque peut venir directement *à l'homme* du tænia solium *de l'homme* par une sorte d'auto-infection.

— M. *Gilbert Ballet* lit un mémoire sur les spasmes musculaires consécutifs aux lésions rhumatismales chroniques des jointures.

On sait aujourd'hui, depuis les travaux modernes et surtout depuis les recherches de M. Charcot, quelles relations unissent la moelle épinière et les jointures. Quand une lésion articulaire retentit sur la moelle, elle produit d'ordinaire ou une exaltation fonctionnelle qui se traduit par une *contraction musculaire*, ou une dépression des cellules spinales, dépression à laquelle se rattache la *paralysie amyotrophique*. A côté de ces deux grandes manifestations du retentissement spinal des maladies articulaires, M. Ballet veut ranger un troisième symptôme : le spasme musculaire.

Appuyé sur des observations soigneusement prises, M. Ballet décrit les spasmes musculaires qui viennent par crises plus fréquentes le jour que la nuit, souvent au nombre de huit ou dix par heure, survenant parfois à l'occasion de mouvements, souvent spontanément, etc.

On ne peut refuser une existence propre à ces spasmes, qui durent plus longtemps que les secousses de la *chorée*, du *paramyoclonus multiplex*, et qui n'ont qu'une ressemblance vague avec les convulsions de l'épilepsie jacksonnienne. Ces spasmes ne rentrent, dit M. Ballet, dans aucun groupe connu. On constate, d'un autre côté, des lésions très accentuées du rhumatisme chronique. On est donc tout naturellement porté à se demander s'il n'y a pas connexité entre le trouble fonctionnel et la maladie coexistante. M. Ballet rapporte trois observations : l'une d'elles, dans laquelle on constate une lésion rhumatismale chronique de la mâchoire inférieure avec spasme musculaire des masséters, surtout du masséter du côté malade, atteste l'étroite dépendance des deux phénomènes.

Dans une dernière observation, on trouve une contracture du muscle péronier latéral, coïncidant avec une arthrite chronique du tarse. Voilà donc des faits qui peuvent jeter

quelques lumières sur les troubles englobés, depuis Duchenne de Boulogne, sous la dénomination de spasmes fonctionnels.

La conséquence qui découle naturellement de ces constatations, c'est qu'il faudra substituer à la médication symptomatique, si souvent inefficace ou insuffisante, une médication qui vise le processus morbide dans son essence même.

— M. *Debove* lit une note sur le traitement de la diarrhée par la poudre de talc. (Sera publiée.)

— M. *Du Castel* lit un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude de l'angine syphilitique précoce.* M. Fournier nie l'angine syphilitique précoce : la roséole pharyngo-amygdalienne. Rollet, au contraire, décrit une éruption en coup de pinceau en arrière du voile du palais et de la luette, avec hypertrophie des amygdales. La rougeur, d'après Rollet, pourrait gagner la voûte palatine, la luette; elle est luisante, elle peut même prendre un aspect granuleux, qui est le signe de l'angine syphilitique. Lasègue a suivi, jour par jour, des malades atteints d'accidents syphilitiques primitifs, afin de saisir les premières manifestations gutturales, et il affirme l'existence de la roséole de la gorge, simple dépendance, selon lui, de la roséole cutanée, dont elle ne diffère que par la nature des tissus sur lesquels elle se développe. Chaleur, sécheresse, sans rien de caractéristique, tels sont les symptômes locaux qui traduisent l'érythème. Cet érythème dure plus longtemps que tous les érythèmes similaires. La durée du mal peut donc, en pareil cas, être de quelque importance.

Les plaques roséoliques de la gorge ont l'inconvénient de s'accompagner plus souvent que la roséole cutanée d'une inflammation diffuse qui masque le produit spécifique. Lasègue parle encore d'une éruption d'aspect pustuleux qui règne dans les mêmes régions et se distingue difficilement de l'acné simple et même de l'herpès.

M. Du Castel insiste sur l'importance d'une angine presque contemporaine du chancre, phénomène précurseur d'accidents plus graves et sorte de pierre de touche ou tout au moins d'indice révélateur d'une syphilis encore douteuse. M. Du Castel relève dans la description de Lasègue la tuméfaction des glandes, il les décrit à son tour d'après ses propres observations, il insiste sur la zone inflammatoire qui ne tarde pas à entourer la glande tuméfiée, c'est à ce moment qu'il est utile d'examiner la rougeur, elle a un caractère de distribution telle autour des glandes, elle est si peu diffuse, qu'elle constitue un signe diagnostique de la plus haute importance. Du fait du terrain sur lequel elles évoluent les roséoles cutanées et muqueuses sont tout à fait différentes d'aspect. Lasègue disait qu'au bout de quelques temps une inflammation secondaire venait masquer l'angine spécifique. Nous nous demandons, dit M. Du Castel, s'il ne serait pas plus juste de dire que le mal a franchi une étape nouvelle, et qu'un processus exsudatif est venu simplement remplacer le stade hypérémique du début. L'hypertrophie glandulaire et la vascularisation du voile du palais ne sont pas propres à la syphilis, on les trouve encore chez les jeunes sujets et surtout à la suite des angines des maladies infectieuses. Mais ces angines extra-syphilitiques, dit M. Du Castel, ne réunissent que rarement les trois grands caractères que nous venons de signaler, transparence des glandules, répartition régulière à tout le voile du palais, naissance sur une muqueuse peu ou pas altérée.

Dans la syphilis, le processus morbide parcourt lentement une série d'étapes; dans les autres angines la généralisation de l'inflammation est si rapide qu'on peut à peine en saisir les différents stades.

En résumé glandulisation et vascularisation circumglandulaire, processus à marche lente et dont les degrés sont facilement saisissables, tels sont les caractères de l'angine syphilitique précoce.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

P. Berbez.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Trachéotomie sous le chloroforme: MM. Monod et Terrier. — De la castration dans les fibromes utérins : MM. Monod, Polaillon, Bouilly, Lucas-Championnière, Terrier, Segond. — Amputation de Gritti : M. Monod. — Ectopie du testicule : M. Tuffier. — Pied bot osseux ; M. Lebec. — Présentation d'un instrument : M. Delorme.

M. *Monod*, sur trois opérations de trachéotomie faites sous le chloroforme, a perdu un malade à trachée ossifiée : à cause de l'anesthésie, il lui fut impossible d'éviter l'entrée du sang dans l'appareil pulmonaire. M. *Terrier*, au contraire, dans un cas analogue a été bien heureux d'avoir pu, grâce au chloroforme, faire une hémostase parfaite avant d'ouvrir la trachée.

— M. *Monod*, craignant qu'on ne se soit mépris sur son opinion dans la dernière discussion, tient à signaler qu'il n'a voulu pour son opérée parler que de la persistance d'un écoulement sanguin et non du rétablissement des règles. Il est du reste partisan de la castration dont sa malade s'est bien trouvée.

M. *Polaillon* pense qu'il faut diviser les fibromes en deux catégories, ceux qui s'accompagnent d'une augmentation de volume de l'utérus sans que la cavité de l'organe soit augmentée et ceux dont la cavité a subi un accroissement. La première catégorie n'a rien à voir avec la castration; la deuxième en est justiciable. Dans une forme particulière qu'il a décrite l'année dernière sous le nom de gigantisme utérin, tout l'ensemble de l'organe est augmenté et la muqueuse utérine devenant plus grande donne nécessairement lieu à des hémorrhagies plus abondantes : la castration fait alors merveille, mais elle est très souvent difficile et par conséquent dangereuse. M. Polaillon a fait trois castrations et a eu deux morts, dont une par sphacèle du fibrome. Il a fait dix hystérectomies abdominales et n'a eu que deux décès, dont un était prévu à cause de l'état de faiblesse de la malade. M. Polaillon est donc d'accord avec MM. Terrillon et Tillaux. Enfin il a pu se convaincre qu'on pouvait sans danger laisser une partie du fibrome dans le pédicule; elle s'énuclée sous la ligature. L'ouverture de la cavité utérine n'est pas un danger bien sérieux.

M. *Bouilly* ne comprend pas le parallèle entre la castration et l'hystérectomie : elles s'adressent à des cas différents. La première, aux tumeurs moyennes, donnant lieu à de redoutables hémorrhagies; la seconde, aux fibromes dont le volume devient alarmant. La mensuration de la cavité utérine n'est pas un élément suffisant de diagnostic avec le gigantisme utérin. Il faudrait plutôt s'attacher aux conditions de l'écoulement sanguin : métrorrhagies dans les fibromes et ménorrhagies dans le gigantisme utérin. Cette dernière lésion coïnciderait d'après deux observations avec une altération des annexes.

M. *Lucas-Championnière* s'élève contre l'assertion de M. Polaillon : la castration n'est pas une opération grave. Mais ses indications ne sont pas encore toutes posées. Récemment il a fait la castration pour une tumeur pédiculée du fond de l'utérus, tumeur qui par tout autre eût été opérée par la voie vaginale.

M. *Terrier* pense, contrairement à M. Polaillon, que l'hystérectomie est une opération très grave; elle donne jusqu'à présent au moins 50 pour 100 de mort. Pour la

castration, tout est dans l'état des annexes: s'ils sont sains, opération facile, sinon intervention grave, mais moins grave cependant que l'hystérectomie abdominale.

M. *Segond* résume la question en éliminant tout d'abord les gros fibromes dont il n'a pas voulu parler dans sa communication et ramène la discussion à trois points principaux:

1° *Médecine opératoire.* — Quand l'extirpation de l'ovaire est impossible, on pourra faire comme M. Terrier des ligatures atrophiantes. Si l'on craint une rupture de la suture, on pourra la faire à étages; mais en prenant la précaution de faire une suture sèche après avoir enlevé les fils on n'aura rien à craindre.

2° *Valeur de la castration.*—Il est un point établi c'est que les hémorrhagies cessent par la castration, comme sont venus le dire MM. Terrier, Terrillon, Championnière, Bouilly... Si on dit qu'il ne faut pas faire cette opération parce que dans certains cas elle est difficile, comme le veut M. Tillaux, tout le monde est bien près de s'entendre, car même les partisans de l'oophorectomie n'en veulent pas dans les cas difficiles. La seule différence est dans le point de départ; tandis qu'en effet M. Tillaux entreprend la laparotomie pour faire une hystérectomie, les chirurgiens cités plus haut la font comme s'ils allaient enlever les ovaires. Il ne faut pas enfin dire que la castration est impuissante contre les douleurs, elle fait en effet cesser les crises dysménorrhéiques.

3° *Indications opératoires.* — C'est le point le plus délicat, mais chacun reconnaît que l'oophorectomie doit être pratiquée quand elle s'adresse à des fibromes moyens, hémorrhagiques et douloureux. De plus, MM. Lucas-Championnière et Bouilly sont venus apporter un élément important à la question en montrant la coïncidence de l'altération des annexes. Quant à l'augmentation de la cavité utérine, elle ne donne pas d'indications certaines, il est presque impossible d'être toujours sûr de sa mensuration; très souvent des adhérences de la muqueuse, des déviations de l'organe peuvent arrêter la sonde.

— M. *Monod* présente un malade auquel il a fait une opération de Gritti (amputation intracondylienne du fémur avec conservation de la rotule).

— M. *Tuffier* présente deux enfants atteints d'*ectopie testiculaire*, opérés par la suture du testicule au fond du scrotum.

— M. *Lebec* présente un malade atteint de *pied bot varus osseux*, opéré par l'ablation de l'astragale et du scaphoïde ankylosés.

— M. *Delorme* présente une *pince tire-balle* pour extraire les nouvelles balles à enveloppe métallique.

Société de biologie.

SÉANCE DU 9 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Présentation d'ouvrage: M. R. Blanchard. — Action diurétique du strophantus: M. G. Lemoine. — De la sensibilité lumineuse pour les lumières instantanées: M. Charpentier. — Sur les deux dentitions des mammifères: M. Lataste. — Dosage de l'azote dans les urines: M. Œschner de Coninck. — Variations expérimentales des lichens: M. G. Bonnier. — De la cause des paralysies: M. Brown-Séquard. — Circulation des eaux de l'amnios: M. Thormgren.

M. *R. Blanchard* présente, de la part de l'*empereur du Brésil*, un ouvrage contenant la relation des travaux de l'inspecteur général pour l'hygiène au Brésil.

— M. *Gley* présente une note de M. *G. Lemoine* (de Lille) sur l'action diurétique de l'extrait de strophantus; dans tous les cas, sur les animaux mis en observation, sur l'homme sain et sur les malades, M. Lemoine a vu la quantité d'urines s'élever au double et même au triple de la quantité normale après l'administration de faibles doses; cette diurèse persiste quelques jours après qu'on a cessé le traitement.

— M. *d'Arsonval* dépose une note de M. *Charpentier* (de Nancy) relative à l'influence de la surface sur la sensibilité lumineuse dans le cas de lumières instantanées.

— M. *Lataste* fait une communication sur les deux dentitions des mammifères, nouvelle réponse aux critiques adressées à sa théorie par M. Beauregard.

— M. *Quinquaud* présente une note de M. *Œschner de Coninck* sur le dosage de l'azote dans les urines par le procédé de Dumas, comparé au dosage par le procédé de Kjeldahl, particulièrement dans les cas où les urines contiennent des bases pyridiques.

— M. *G. Bonnier*, rappelant que les lichens résultent de l'association d'une algue avec un champignon, donne une nouvelle preuve de ce fait en relatant les résultats positifs de ses expériences sur la substitution, dans cette association biologique, d'une algue à une autre, le champignon restant le même, ou d'un champignon à un autre sur la même algue; dans les deux cas le lichen se développe également.

— M. *Brown-Séquard* a essayé depuis longtemps de faire admettre la possibilité de la production d'une paralysie par une irritation périphérique quelconque. On reconnaît généralement aujourd'hui qu'il y a des cas où le mécanisme inhibitoire seul peut être invoqué pour rendre compte d'une paralysie réflexe. M. Brown-Séquard croit qu'il existe entre toutes les paralysies une parfaite analogie et il tente de les classer en une série dont on verra nettement les divers termes, à partir des paralysies purement réflexes. Il applique aujourd'hui ses idées à la démonstration d'une forme spéciale de paralysie, avec perte du sens musculaire, résultant d'une lésion de la moelle allongée qui comprime l'origine des nerfs trijumeau et facial; les troubles sont tels qu'il est impossible de les rapporter à la destruction d'une portion des centres nerveux et de les attribuer à autre chose qu'à une irritation.

— M. *Straus* présente une note de M. *Thormgren* (d'Helsingfors) sur la voie que suivent les eaux de l'amnios pour rentrer dans la circulation. En introduisant de l'iodure de potassium directement dans l'estomac du fœtus il a caractérisé l'iode dans les urines de la mère (ces expériences ont été faites sur des lapins) au bout d'un temps assez long et il a pu montrer que le passage de la substance avait lieu par la voie placentaire.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

A propos de l'eucalyptol: M. Delpech. — De l'influence cardiaque dans certaines maladies. Utilité de la caféine: M. Huchard (Discussion: MM. C. Paul, Bilhaut, Delpech, Créquy, E. Labbé).

M. *Delpech* rappelle, à propos d'un travail sur les espèces d'eucalyptus, qu'il a montré depuis longtemps que, seul, l'eucalyptus globulus renferme de l'eucalyptol. Aussi faut-il toujours prescrire l'essence d'eucalyptus globulus.

— M. *H. Huchard* rapporte l'observation d'une femme chez laquelle s'était montrée de l'arythmie cardiaque très prononcée à l'occasion d'une crise de colique hépatique. L'examen du cœur révéla l'existence d'un rétrécissement mitral, latent jusque-là, mais que la crise hépatique a suffi à mettre en évidence. Les faits analogues ne sont pas rares, et dans un grand nombre de cas d'artério-sclérose et de cardiopathie artérielle latente, les malades sont en immi-

nence permanente d'asystolie: une fatigue, une émotion, une pneumonie, une grippe, surtout chez le vieillard, suffisent à faire éclater les accidents. Aussi on a pu dire avec raison que, si la maladie est au poumon, le danger est au cœur, dans les affections pulmonaires des artério-scléreux. Seule la caféine agit, en pareil cas, avec l'efficacité et la rapidité nécessaires ; la digitale doit être rejetée surtout parce qu'elle ne manifeste son action qu'au bout de deux ou trois jours. M. Huchard emploie les injections hypodermiques de caféine et n'a cessé depuis ses premiers essais, en 1882, de leur constater non seulement une action cardiaque et diurétique, mais une action tonique précieuse dans toutes les maladies adynamiques. On pratique chaque jour quatre à six injections avec une solution de caféine, d'après la formule suivante : benzoate de soude, 3 grammes; caféine, 2 grammes; eau distillée, 6 grammes (faire dissoudre à chaud).

A ce propos, M. Huchard demande à rétablir l'historique de la question, car dans le *Traité des maladies du cœur* de M. C. Paul, il est dit que M. Huchard s'est fait en France l'écho des recherches de Riegel (de Giessen). Or c'est le contraire qu'il faut dire et Riegel, lui-même, en 1884, au Congrès de Wiesbaden, a eu la loyauté (trop rare chez ses compatriotes) de citer les auteurs français qui l'avaient précédé sur cette question. C'est d'abord Koschlakoff et Botkin, en 1883; puis Jaccoud, en 1886, qui vantent la caféine dans les affections cardiaques; Desnos et Huchard, en 1871, à propos de la myocardite varioleuse ; Gubler signale l'action diurétique; Giraud (de Lyon), élève de Lépine, en 1881; puis Lépine et Huchard, en 1882, insistent sur l'utilité des doses de 1 et 2 grammes; enfin la thèse de Leblond en 1883. Or le travail de Riegel ne date que de 1884. Telle est la chronologie exacte. Depuis que M. Tanret a indiqué le moyen d'obtenir des solutions propres aux injections hypodermiques, on peut retirer d'excellents effets toni-cardiaques et diurétiques de la caféine. M. C. Paul, il est vrai, nie ce mode d'action et affirme que la dyspnée des cardiaques a été souvent augmentée par la caféine. Cela est possible, mais prouve seulement que le médicament a été administré, à tort, à des sujets ayant de l'hypertension artérielle ; chez ces malades la digitale est contre-indiquée aussi bien que la caféine. Elles ne peuvent être utiles, et non nuisibles, que dans les cas où existe l'hypotension artérielle.

M. *C. Paul* déclare que s'il a commis une erreur involontaire de priorité il est tout prêt à la réparer et à retirer l'assertion erronée. — Mais, quant à la caféine, il continue à la considérer comme un mauvais médicament : elle n'a aucune action diurétique, et l'action qu'elle possède sur la fibre cardiaque est nuisible. Il est possible que l'hypertension artérielle la contre-indique spécialement, mais alors il est à regretter qu'on ne possède pas un instrument qui permette de la reconnaître.

M. *Huchard* remercie M. C. Paul de lui donner acte de la priorité de ses recherches sur la caféine. Quant à la valeur du médicament, il ne peut partager l'opinion de M. C. Paul; certes la caféine ne vaut pas la digitale comme médicament cardiaque, mais elle donne néanmoins de bons résultats dans bien des cas, et a l'avantage d'être un tonique dans tous les états adynamiques. Quant à l'hypertension ou à l'hypotension artérielle, non seulement il existe un instrument destiné à les mesurer, le sphygmo-manomètre de M. Potain, construit d'après le principe de Bach, mais on peut même les reconnaître aisément par l'examen du malade et l'auscultation cardiaque.

M. *C. Paul* préfère de beaucoup, à la caféine, la décoction de café dont l'ébullition à l'air libre a chassé la caféone qui paraît agir comme excitant nuisible. Renferme-t-elle la caféine? Aucune analyse n'a été jusqu'ici pratiquée.

M. *Huchard* a constaté à diverses reprises d'une façon indiscutable l'action diurétique de la caféine administrée soit par la voie hypodermique, soit par la voie gastrique.

M. *Bilhaut* signale ce fait qu'un pharmacien et ses aides occupés à analyser l'essence de café, recueillie par réfrigération des vapeurs qui se dégagent pendant les premières périodes de la torréfaction du café, ont été pris d'une diurèse subite et abondante. Une seconde fois, dans les mêmes conditions, le même phénomène s'est produit.

M. *C. Paul* regarde ce fait comme très intéressant. Il fait remarquer cependant que le cafe n'est pas diurétique : certes il fait uriner peu de temps après son ingestion, mais il n'augmente pas la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures.

M. *Delpech* fait observer que dans la formule de Tanret la caféine est associée au benzoate, salicylate ou cinnamate de soude. Ne peut-on se demander si ces substances n'ont pas quelque influence sur la diurèse ?

M. *Huchard* répond que le benzoate de soude par exemple n'a pas d'effet diurétique. D'après Prévost et Binet, il aurait une action cholagogue, ce qui rendrait son association à la caféine utile chez les cardio-hépatiques. D'ailleurs M. Huchard a constaté la diurèse en administrant une solution au centième de caféine pure : dans ce cas le doute n'est plus possible. Peut-être M. C. Paul s'est-il servi des sels de caféine dans ses expérimentations; or on sait aujourd'hui que ces sels n'existent pas : ce sont de simples mélanges de composition et d'action absolument infidèles.

M. *C. Paul* a employé la caféine pure et n'a jamais constaté aucun effet diurétique. Il n'y a qu'un seul diurétique vraiment actif, c'est la digitale en macération; encore elle n'agit que quand *elle le veut bien*.

M. *Créquy* pense que ce n'est pas le médicament qui possède une volonté variable, mais le malade qui offre des conditions particulières, différentes suivant les cas.

M. *Huchard* insiste sur ce fait qu'il n'y a pas de diurétique absolu, pas même la digitale, puisqu'elle ne produit pas la diurèse chez l'homme sain. Elle n'agit que dans des conditions bien déterminées : chez les cardiaques en première période d'asystolie, avec œdème plus ou moins accentué. Les vrais diurétiques sont l'eau et le lait.

M. *C. Paul* est d'avis qu'il faut établir une distinction importante : un diurétique vrai ne doit pas nécessiter l'ingestion d'une plus grande quantité de liquide : l'eau et le lait ne sont donc pas des diurétiques. De là la division en hydragogues et en diurétiques.

M. *E. Labbé* croit qu'il ne faut pas trop se hâter de formuler des lois encore mal établies. L'état du rein chez les cardiaques a une importance très grande : lorsque l'on obtient la diurèse, c'est une preuve que le rein est encore susceptible d'un fonctionnement actif. Certes l'eau ne peut être considérée comme un diurétique; mais le lait renferme bien d'autres éléments et c'est un diurétique excellent. M. E. Labbé a souvent recours à la caféine dont il tire de sérieux avantages comme médicament cardiaque, mais il doit dire que jamais il ne lui a vu produire la diurèse.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

Société anatomique.

SÉANCE DU 25 MAI 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Reboul* présente *des pseudarthroses par fracture du col du fémur*.

— M. *Reboul* communique un fait de grossesse extra-utérine tubo-péritonéale.

— M. *Bouygues* décrit une *luxation sous-glénoïdienne récente*.

— M. *Pilliet* étudie l'*envahissement du nerf par le cancer*.

— M. *Charrin* fait une communication sur l'*infection pyocyanique*.

SÉANCE DU 1er JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Decamp* présente un *anévrysme artério-veineux de la fémorale dans le canal de Hunter*.

— M. *Brissaud* communique un fait d'*épilepsie jacksonienne par méningite tuberculeuse*.

— M. *Sollier* présente le cerveau d'un homme atteint d'hémiathétose infantile.

SÉANCE DU 8 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Chatellier* décrit des *saillies ostéo-cartilagineuses* de la cloison des fosses nasales.

— M. *Villar* étudie les anastomoses du médian et du cubital.

— M. *Bouel* présente un rétrécissement extrême de l'orifice aortique.

— M. *Jonnesco* montre une épulis fibreuse.

— M. *Reboul* fait voir un *kyste hydatique suppuré du foie* ouvert dans les bronches.

— M. *Vaquez* apporte les capsules surrénales tuberculeuses d'un homme mort de *maladie d'Addison*.

— M. *Potherat* présente une *fracture* compliquée du fémur.

REVUE DES CONGRÈS

Société française d'ophthalmologie.

(Fin. — Voyez le numéro 23.)

La cure opératoire dans le strabisme soulevée au Congrès a été résolue différemment, quant à ce qui concerne l'utilité des exercices orthopédiques à l'aide du stéréoscope. Arriver à donner une acuité visuelle suffisamment bonne, parfois égale à l'œil non dévié, est une méthode suivie avec succès par M. *Javal*, qui cite à l'appui deux exemples, l'un de strabisme divergent et l'autre de strabisme convergent, où, à l'aide de la cure optique, il est arrivé à corriger une déviation accentuée sans ténotomie et à rétablir la vision binoculaire. Il y a donc possibilité de guérir des strabiques frappés d'amblyopie avec perte de fixation. M. *Landolt* pense aussi que les exercices orthoptiques ont de l'utilité et présentent surtout de l'efficacité après la strabotomie lorsque celle-ci n'aura pas détruit complètement l'effet du muscle rétracté ou aura surcorrigé cet effet ; la vision binoculaire peut se rétablir par l'exercice de l'œil amblyope.

M. *Abadie* ne croit pas à l'efficacité des exercices optiques dans le strabisme; un œil dévié et atteint d'amblyopie congénitale n'est amélioré que d'une façon insignifiante dans son acuité visuelle par les exercices et lorsque l'œil dévié possède une bonne acuité, la diplopie qui s'ensuit sera certainement abolie par l'opération. On rétablit la vision binoculaire par l'intervention opératoire, quel que soit le degré d'acuité visuelle, puisque les mouvements des yeux avec le jeu des muscles qui y président font que les deux lignes visuelles s'entre-croisent sur le point de fixation. Quant à la combinaison du reculement et de l'avancement musculaire et dans les cas légers de l'avancement capsulaire, pour éviter l'exophthalmos, ils peuvent rendre de grands services. L'avancement capsulaire seul, pour M. *Galezowski*, ne rend pas service et est une illusion la plupart du temps.

La diphthérie de la conjonctive qu'il faut bien distinguer des autres inflammations fibrineuses est une affection grave et reconnaissant une cause spécifique, et il est malaisé de rendre le traitement souvent efficace. Rarement la cornée échappe, en effet, aux atteintes du mal et dans les circonstances les plus heureuses le malade garde des opacités cornéennes durables ; malheureusement aussi l'ulcération et la nécrose de la cornée sont fréquentes. Aussi les ophthalmologistes se sont-ils préoccupés de tout temps du traitement de cette redoutable affection et ils ont remarqué que les caustiques énergiques et notamment le nitrate d'argent sont plutôt nuisibles qu'utiles au début de l'affection; les scarifications de la conjonctive n'ont pas non plus la valeur qu'on leur reconnaît dans l'ophthalmie purulente. M. *Venneman* (de Louvain) s'est bien trouvé du mucilage tannique, mais c'est surtout le jus de citron qui aurait donné de beaux résultats dans les cas graves ; la pommade à l'iodoforme porphyrisé réussit aussi souvent. M. *Abadie* aussi s'est loué du jus de citron avec lequel il a cautérisé, largement, la surface conjonctivale, sans se préoccuper de la cornée et il a obtenu des résultats favorables.

La mince lamelle de tissu cellulaire s'étendant entre le globe oculaire et la sclérotique bulbaire est sujette à s'enflammer et son influence étiologique la plus fréquente est le rhumatisme, la goutte. M. *Dufour* (de Lausanne), après avoir employé tous les remèdes usités contre cette affection, en s'adressant à la diathèse rhumatismale, a obtenu d'excellents résultats du salicylate de lithine à la dose de 2 grammes par jour avec les instillations d'atropine. Le salicylate de soude, agissant avec tant de rapidité dans le rhumatisme polyarticulaire fébrile, n'agit pas dans la sclérite. M. *Panas* vient confirmer cette assertion et croit le salicylate de lithine de beaucoup supérieur à tous les autres dans la sclérite. M. *Grandclément* (de Lyon) signale les bons effets qu'il a obtenus, en pareil cas, des injections hypodermiques à la tempe d'une solution d'antipyrine qu'il a employée aussi avantageusement dans toutes les affections oculaires s'accompagnant de douleurs ciliaires, telles que les kératites, les iritis, les iridocyclites.

L'iritis blennorrhagique, rapportée par M. *Despagnet*, est une affection rare et s'observant en général en même temps qu'une manifestation tendineuse ou articulaire de la blennorrhagie. Dans le cas cité par M. Despagnet, l'iritis se développe huit jours après le début de la gonorrhée et guérit bientôt par un traitement antiphlogistique, mais elle récidive à l'occasion d'une nouvelle infection et il est à supposer que les germes développés dans l'urèthre ont été transportés dans l'œil par le torrent circulatoire.

L'antisepsie en chirurgie oculaire a fait faire, comme en chirurgie générale, de grands progrès à la thérapeutique. Les suites opératoires sont des plus simples, dans la plupart des cas, et exemptes des terribles complications d'il y a quelques années seulement. La panophthalmie devient rare dans l'opération de la cataracte lorsqu'on se sert d'instruments bien aseptiques.

C'est là une condition parfois difficile à réaliser et au dernier Congrès nous avons vu tous les chirurgiens ne pas être d'accord sur la méthode à employer.

M. *Panas* recommande les liquides antiseptiques, tels que l'acide borique en lavages, le biiodure de mercure au 1/20000e. Il trouve qu'on doit préférer un liquide antiseptique à un liquide aseptique, comme l'eau bouillie; les instruments portés à la température de 100 degrés n'offrent pas de garantie suffisante au point de vue de l'asepsie. On est obligé d'atteindre la température de 120 degrés pour détruire tous les germes pathogènes et ce procédé ne peut guère être employé pour différentes raisons.

M. *Abadie* trouve, au contraire, que l'asepsie est absolument

préférable à l'antisepsie en ce sens que l'eau bouillie n'est pas irritante pour l'œil, comme le sont en général les liquides d'une antisepsie réelle, et cette eau bouillie est parfaitement suffisante, les travaux de M. Pasteur ayant prouvé qu'à cette température l'eau peut encore contenir des germes, mais qu'ils ne sont plus pathogènes, et il cite à l'appui de son opinion tous les cas de chirurgie abdominale où les opérateurs ne se servent que de l'eau bouillie et ont de très beaux succès.

Quant à l'infection par l'air, les analyses qu'on en a faites à ce point de vue spécial ont montré peu de micro-organismes. Il suffit donc, avant tout acte opératoire, de bien laver l'œil et les culs-de-sac de la conjonctive, lesquels sont des réceptacles de microbes, comme les recherches de M. le professeur Gayet l'ont prouvé. Tous les instruments touchant l'œil devront être désinfectés dans l'eau bouillie. Lorsque, malgré toutes ces précautions, il y a menace de suppuration, c'est-à-dire infection de la plaie, on ne peut guère compter sur les antiseptiques qui conviennent aux plaies ordinaires, telles que les solutions d'acide phénique, de sublimé, et M. Abadie s'est bien trouvé de l'emploi du thermocautère rougi à blanc avec lequel il fait des attouchements légers deux fois par jour. Il est arrivé ainsi à arrêter complètement des suppurations commençantes de l'œil.

Kératocône. Son traitement. — M. *Fieuzal* préfère la cautérisation ignée, pratiquée suivant la forme et l'étendue de la déformation à corriger, à l'excision d'un lambeau cornéen à la manière de M. *Galezowski*, qui a eu cependant d'excellents résultats. M. *de Wecker* persiste à croire que ces opérations ne donnent pas de bons résultats et qu'il faut chercher ailleurs.

Décollement de la rétine. — M. *de Wecker* pense que le décollement du corps vitré précède celui de la rétine, lequel peut exister sans inconvénient, tant qu'il est limité au segment postérieur de l'œil, mais que lorsque le décollement du corps vitré atteint la région équatoriale, la menace d'un décollement de la rétine s'accroît.

C'est donc l'adhérence anormale de la rétine avec le corps vitré qui fait échouer les tentatives opératoires lorsqu'elles se bornent à l'évacuation du liquide accumulé derrière la rétine qui s'est déchirée. Pour obtenir la guérison, il faudrait donc d'abord détacher la rétine du corps vitré décollé et s'opposer ainsi à ce que la membrane nerveuse se trouve forcée d'accompagner le corps vitré dans sa marche progressive en avant. M. Abadie n'admet pas que ce soit la rétraction fibrillaire du corps vitré qui provoque le décollement et pense qu'il est dû à un allongement inégal du globe de l'œil chez les myopes; il ponctionne en conséquence directement le décollement et fait une sclérotomie.

Recherches sur la nature microbienne des granulations. — M. *Petresco*, dans les recherches qu'il a faites sur ce sujet, a trouvé, comme dans les yeux sains, un certain nombre de micro-organismes tels que le staphylococcus pyogenes aureus, le staphylococcus pyogenes albus, le streptococcus et enfin un microbe qui liquifie la gélatine et ne ressemble ni à celui de Sattler, ni à celui de Veisser.

M. *Costomirio* a appliqué avec succès dans les granulations le massage direct de la conjonctive et de la cornée à l'aide des antiseptiques et a traité ainsi plusieurs milliers de malades avec les plus heureux résultats. M. *Vignes* (de Paris), qui a traité de cette façon un malade, a obtenu un très heureux résultat.

La dernière séance de la Société a eu lieu à la salle de consultation de l'Hôtel-Dieu et a été consacrée à la présentation de divers instruments, dont le fonctionnement a été expliqué par leurs auteurs.

Dr WUILLAUMENET.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de diagnostic des maladies internes par les méthodes bactériologiques, chimiques et microscopiques, par M. le docteur RUDOLF. V. JAKSCH, professeur à l'Université de Graz, traduit de l'allemand par M. L. MOULÉ, médecin-vétérinaire. — In-8° de 354 pages, Paris, 1888, G. Carré.

L'auteur, fidèle au programme qu'il s'est tracé, passe successivement en revue les altérations du sang; les produits de la cavité buccale; le mucus nasal; les produits d'expectoration; le suc gastrique et les vomissements; les matières fécales; l'urine; les exsudats, transsudats et liquides kystiques; les sécrétions des organes sexuels. Dans chacun de ces grands chapitres, il étudie l'élément principal dans sa composition normale, puis dans les altérations parasitaires, chimiques, sous l'influence des principales maladies locales ou générales.

Enfin, dans un dernier chapitre, le meilleur peut-être, en dépit de sa concision, qui tombe parfois dans l'excès, le professeur de l'Université de Graz trace les règles des recherches bactériologiques de la culture des micro-organismes et de leur inoculation aux animaux.

Nous désirons rendre pleine justice au talent de l'auteur, et apprécier à leur valeur les nombreux et importants documents qui composent par leur ensemble ce volumineux manuel. Bien des praticiens, même parmi les plus instruits, pourront trouver dans ce livre de précieux renseignements, et compléter sur plus d'un point leur érudition. Mais nous ne pouvons nous dispenser de traduire ici l'impression pénible que nous avons ressentie en parcourant les principaux passages qui attiraient plus particulièrement notre attention. Les recherches des auteurs français sont trop souvent passées sous silence et les noms des expérimentateurs presque toujours omis. Sans doute, ne faut-il pas voir dans ce fait un parti pris, mais doit-on l'interpréter par une connaissance insuffisante des travaux chimiques et bactériologiques publiés par nos compatriotes.

Les recherches de Talamon relatives au micro-organisme de la diphthérie, à celui de la pneumonie: celles de Chantemesse sur le microbe de la fièvre typhoïde; les beaux travaux de Bouchard en particulier sur la toxicité urinaire; les recherches d'Hénocque au sujet de l'hématoscopie, etc., n'ont pas trouvé place dans les paragraphes où l'on s'attendrait à les rencontrer. Pourquoi, d'autre part, n'est-il pas fait mention de la pyocianine et des recherches d'origine française sur cette question intéressante? On trouve, il est vrai, dans le chapitre consacré à l'urologie, une description de l'albuminimètre d'Esbach, citée d'après le *Berliner klin. Wochenschrift;* est-ce à la consonance du nom de notre ami qu'est due la part plus large qui lui est accordée? Nous préférons croire que c'est à la valeur pratique de sa méthode de dosage de l'albumine.

Il convient d'ajouter, d'ailleurs, que l'édition du manuel de V. Jaksch est particulièrement soignée et renferme de nombreuses figures fort bien exécutées; mais il est regrettable que la traduction laisse parfois à désirer. Pour n'en citer qu'un exemple, il conviendra de lire (p. 218), hémoglobinurie paroxystique, au lieu d'hémoglobinurie à son paroxysme, ce qui n'est pas la même chose; et, dans le même chapitre, hémoglobine réduite, au lieu d'hémoglobine dépourvue de gaz.

En somme, malgré ces critiques, le *Manuel de diagnostic des maladies internes* présente un intérêt véritable et possède des qualités appréciables; il vient se ranger à côté des ouvrages que nous possédons déjà sur la matière.

André PETIT.

Traité des maladies des yeux, par M. le docteur X. GALÉZOWSKI, 3e édition. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

Le succès du *Traité des maladies des yeux* de M. Galézowski n'est pas dû seulement à la légitime notoriété de son auteur, dont il résume la longue expérience. La faveur dont il jouit près du public médical vient en grande partie de son caractère pratique, de la place première qu'y occupent le diagnostic et surtout la thérapeutique. Très sobre quand il s'agit des théories contestables, M. Galézowski

insiste sur les considérations cliniques, sur l'action et le mode d'emploi des agents médicamenteux.

Que ses classifications soient parfois un peu compliquées, qu'il multiplie les genres et les variétés des conjonctivites, des kératites, comme plus tard des affections inflammatoires de l'iris et de la choroïde, nous ne pouvons lui en savoir mauvais gré. Les règles de la nosographie, dans les maladies de l'œil, sont encore loin d'être fixées de façon indiscutable, et chaque ophthalmologiste les interprète un peu à sa guise. Au reste, le plan général des traités d'oculistique est toujours sensiblement le même; il ne peut y avoir de changement que dans la distribution des chapitres.

Nous dirons simplement que les diverses parties de l'ouvrage, depuis les lésions des paupières jusqu'aux affections de la rétine et de la choroïde, depuis les anomalies de la réfraction jusqu'aux considérations médico-légales, sont traitées avec le même soin. Naturellement, notre très distingué confrère appuie avec plus de force sur les points qui ont fait l'objet de ses recherches; mais, sauf pour l'iridotomie, pour l'ophthalmométrie, qu'il décrit un peu trop succinctement, il se montre fort équitable pour les travaux d'autrui. Au moins, et nous devons l'en féliciter, il rend aux ophthalmologistes français, à leurs découvertes, la juste part qui leur revient dans les progrès de la science. C'est ainsi que, pour l'opération de la cataracte, il reprend la méthode de Daviel, la kératotomie à lambeau, sans craindre de l'appeler du nom de cet illustre chirurgien, presque oublié naguère.

Signalons comme sujets à discussion : la conjonctivite *herpétique;* la distinction entre l'ophthalmie croupale et l'ophthalmie diphthéritique; la nature de l'ophthalmie purulente et ses rapports avec les granulations; la division de ces dernières en néoplasiques, catarrhales ou miliaires et fausses. Sur ces divers points aussi bien que sur la périsclérite et la sclérite parenchymateuse, sur l'iritis blennorrhagique, notre manière de voir ne concorde pas complètement avec les opinions de l'auteur. Relevons aussi quelques erreurs échappées à la rédaction : la production d'une image *renversée* par l'œil emmétrope éclairé, la distance focale *double* du rayon de courbure pour les lentilles sphériques biconvexes ou biconcaves. Elles disparaîtront dans la prochaine édition, et le lecteur les corrige de lui-même.

Ce dont nous devons louer M. Galézowski, c'est d'avoir complété son *Traité* en ajoutant à la description des maladies de l'œil, à l'étude de la réfraction et de l'accommodation, deux chapitres consacrés à l'hygiène de la vue et à la médecine légale dans ses rapports avec l'ophthalmologie. Rien de plus utile pour le médecin non spécialiste que de savoir nettement les conseils qu'il doit donner à ses clients suivant leur âge, leur profession, leurs occupations, pour conserver intacte leur puissance de vision. Notre distingué confrère est partisan de la lumière électrique; il la considère comme le meilleur mode d'éclairage artificiel. Il me semble prudent, avant de poser une conclusion ferme, d'attendre que l'expérience soit plus longue.

En ce qui concerne les conditions d'aptitude pour l'armée et pour la marine, en ce qui a trait aux suites d'accidents de traumatismes professionnels susceptibles d'entraîner des demandes de dommages-intérêts, l'ouvrage de M. Galézokowski est le plus complet que nous ayons eu entre les mains jusqu'ici. Nous sommes sûrs que le public médical aura pour l'édition nouvelle le même accueil qu'il a eu pour les précédentes.

J. CHAUVEL.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 22 juin). — *Ordre du jour :* M. Gaucher. — I. Epistaxis grave comme première manifestation d'une néphrite interstitielle. — II. Goutte chez un enfant de quinze ans. — Communications diverses.

HÔPITAUX DE LYON. — Le concours pour la place de chirurgien-major de l'Antiquaille vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Rochet.

ASSOCIATION DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DU HAUT-RHIN. — Comme leurs confrères du Bas-Rhin (aujourd'hui Basse-Alsace), les médecins du Haut-Rhin ont refusé d'accepter les conditions qui leur étaient imposées par l'Allemagne. Par 47 voix contre 3 ils ont décidé qu'ils préféraient dissoudre l'Association qui prospérait depuis cinquante ans. Le capital social dont ils disposaient a été légué à l'hôpital civil de Colmar à condition qu'il servirait aux veuves et aux orphelins des anciens sociétaires les pensions auxquelles ils avaient droit jusqu'à leur mort. Ainsi se trouve définitivement consommée l'œuvre que l'administration prussienne a poursuivie avec tant de rigueur. Il n'existe plus en Alsace-Lorraine ni Société de médecine, ni Association de secours mutuels pour les médecins.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Couturier (de Mérinchal); Dépret (de Saint-Pierre-sur-Dive); Larue (de Laval), et Taurin (de Louviers).

MORTALITÉ A PARIS (22e semaine, du 27 mai au 2 juin 1888. — Population : 2 260 945 habitants). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 6. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 37. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 174. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs : cancéreuses, 48 ; autres, 9. — Méningite, 39. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 47. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 61. — Bronchite aiguë, 23. — Bronchite chronique, 27. — Broncho-pneumonie, 21. — Pneumonie, 44. — Gastro-entérite : sein, 21; biberon, 44; autres, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 26. — Suicides, 19. — Autres morts violentes, 12. — Autres causes de mort, 159. — Causes inconnues, 8. — Total : 955.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité complet d'ophthalmologie, par MM. les docteurs L. de Wecker et Landolt; *Anatomie microscopique*, par MM. les professeurs A. Iwanoff, G. Schwalbe et W. Waldeyer, t. IV, 2e fascicule; *Maladies du nerf optique*, par M. L. de Wecker. 1 vol. in-8° avec 124 figures intercalées dans le texte (Gratis pour les souscripteurs). Le 3e fascicule et dernier paraîtra fin septembre. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 17 fr.

Prix de l'ouvrage complet, 4 forts volumes in-8° avec 950 figures dans le texte. 68 fr.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par M. le professeur F. Kœnig, traduit de l'allemand d'après la 4e édition, par M. J. Comte (de Genève), ouvrage précédé d'une Introduction, par M. le docteur Terrillon, professeur agrégé de la Faculté de médecine, etc., t. 1er, 1er fascicule. 1 vol. in-8° avec 79 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 7 fr.

L'ouvrage forme trois volumes et sera publié en six fascicules; il paraîtra un fascicule tous les trois mois.

Lavage de l'estomac par les eaux minérales de Vals, par M. le docteur Lafosse. In-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 0 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

15072. — BOURLOTON. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 20 juin 1888.

Académie de médecine : La doctrine de la contagion : M. Cornil. — Contagion du tétanos : M. Berger.

Nous ne nous étions pas trompé en disant que les discussions qui viennent d'être soulevées devant l'Académie devaient nécessairement aboutir à éclairer d'un jour nouveau l'ancienne doctrine de la contagion. Si, en effet, les médecins éminents, qui ont étudié l'étiologie de la lèpre et se sont efforcés de mettre en lumière les lois de sa propagation, n'arrivent point à s'entendre, c'est que, pour les uns, la nature parasitaire de l'affection semble devoir affirmer sa contagiosité, tandis que les autres prétendent ne demander qu'à la clinique, voire même à l'observation seule et non au laboratoire, si la maladie est ou non transmissible.

M. Cornil a bien compris qu'il était nécessaire de s'expliquer à ce sujet. Le lumineux exposé qu'il a fait des notions acquises en ce qui concerne les maladies reconnues transmissibles a été écouté avec l'attention la plus soutenue par tous ses collègues, et nous ne doutons pas que les lecteurs du *Bulletin* n'aient grand plaisir et grand profit à en prendre connaissance. Nous n'avons point à analyser ici cette étude si remarquable et surtout si parfaitement scientifique par les réserves mêmes que fait M. Cornil, par les soins qu'il apporte à n'affirmer que ce qui est nettement démontré. Mais il nous paraît nécessaire de faire remarquer, à ce propos, combien nos idées doctrinales se sont modifiées depuis l'avènement de la microbiologie et pourquoi l'idée qu'on se faisait jadis des maladies contagieuses n'est plus celle qui se déduit des recherches modernes. Il suffit, pour s'en convaincre, de relire dans les traités de pathologie générale les diverses définitions du mot *contagion*. La plupart de ceux qui étudiaient alors le sujet qui nous occupe distinguaient avec soin les maladies parasitaires des maladies contagieuses. « Il faut, disait Trousseau, que le germe qui produit la maladie échappe à l'observation pour que celle-ci puisse être considérée comme contagieuse. Dès l'instant qu'on vient à saisir le principe matériel qui la produit, la maladie n'est plus contagieuse; elle est parasitaire. » La plupart des pathologistes insistaient aussi, il n'y a pas longtemps, sur la nécessité de l'*élaboration*, dans le corps du malade, du principe spécifique contagieux. Aujourd'hui, les maladies vraiment contagieuses se rapprochent des maladies parasitaires, parce que le *contage* est accessible à nos moyens d'étude, et que ce contage est un être animé. Il en est ainsi de la plupart des maladies dont la contagion est évidente et le germe diffusible, c'est-à-dire pouvant être transmis à distance, telles que les fièvres éruptives, par exemple. Il en est de même pour le choléra et la fièvre typhoïde, dont la contagion a été longtemps niée, aussi bien que leur nature microbienne. Enfin, la tuberculose, qui se rapproche tant de la lèpre, aussi bien au point de vue de l'anatomie microbienne qu'au point de vue de la contagiosité, n'a été classée parmi les maladies contagieuses et virulentes que le jour où la détermination du bacille de Koch est venue apporter une éclatante confirmation à la découverte de M. Villemin.

Aujourd'hui que les faits de ce genre se multiplient et que les procédés qui permettent d'isoler, de cultiver et de transmettre par inoculation les microbes les plus divers atteignent un degré de perfection inconnu il y a peu d'années, il faut suivre le mouvement et, comme l'avait déjà dit M. E. Besnier « faire subir à ses idées l'évolution nécessaire, adapter les mots nouveaux aux choses nouvelles ou, si l'on tient aux anciens mots, se résigner à modifier leur sens dans la mesure déterminée par la révolution des choses ». M. Cornil a donc rendu un réel service en précisant si nettement les analogies et les différences qui existent entre les maladies parasitaires et les maladies contagieuses, en montrant surtout que l'analyse physiologique des propriétés du microbe spécifique éclaire infiniment plus l'étiologie morbide que l'étude toujours obscure, toujours incomplète, des épidémies ou des endémies. On remarquera surtout la conclusion du travail de M. Cornil. Un assez grand nombre de faits, a-t-il dit, semblent prouver que la

lèpre, après une période d'incubation relativement très longue, peut être importée par l'homme et transmise de l'homme à l'homme. Ce sont là des faits indéniables en faveur de la contagion; mais nos connaissances relatives à la biologie du bacille lépreux sont encore trop peu avancées pour en donner l'explication scientifique complète. Ne pourrait-on point ajouter que la contagiosité de la maladie ne paraît plus être de nos jours ce qu'elle était jadis? Au neuvième siècle, il y avait deux mille léproseries en France et dix-neuf mille en Europe. En faisant la part de l'exagération et des erreurs de diagnostic, ne faut-il pas admettre que, dans ces asiles, il y avait beaucoup de lépreux et de lépreux graves? Pourquoi la contagiosité de la maladie s'est-elle abaissée jusqu'à devenir discutable? Pourquoi sa gravité s'est-elle peu à peu et progressivement atténuée sauf en son foyer d'origine? N'est-ce pas pour le même motif que la syphilis n'est plus aujourd'hui ce qu'elle était aux temps de Jean de Vigo et de Bérenger de Carpi? Ne voit-on pas les germes de la peste, du choléra, de la fièvre jaune, s'éteindre peu à peu ou s'atténuer dans nos régions sous l'influence des progrès de l'hygiène sociale qui rendent le milieu humain moins apte à leur propagation? On pourrait multiplier ces exemples pour arriver à cette conclusion que les études d'épidémiologie générale resteront toujours aussi obscures et aussi controversables qu'au moyen âge si l'on ne tient pas compte des découvertes positives qui ont permis d'isoler et d'étudier scientifiquement les germes morbides. Grâce à la microbiologie, on a pu, en étudiant scientifiquement la tuberculose, affirmer que la maladie se transmet par l'expectoration des phthisiques et, en détruisant les germes, rendre cette propagation plus difficile. On pourra sans doute un jour éteindre de même plusieurs autres maladies infectieuses. Et l'idée de contagion, jadis liée à une conception ontologique aussi vague que discutable, deviendra nette et précise. Les discussions actuelles auront eu ce mérite de l'avoir bien montré.

— La communication faite par M. P. Berger et qui confirme les idées défendues par M. Verneuil, vient à l'appui des considérations qui viennent d'être développées. S'il est une maladie qui pouvait sembler non contagieuse, c'est bien le tétanos, et cependant voici que son origine équine paraît s'affirmer et que sa transmissibilité de l'homme à l'homme semble possible. Plus les faits de ce genre se multiplient, plus il faut s'applaudir de la tendance actuelle des recherches étiologiques.

THÉRAPEUTIQUE

L'antisepsie dans la coqueluche.

(Fin. — Voyez le numéro 24.)

III

L'*antisepsie locale* a été réalisée plus ou moins heureusement par les procédés vulgaires : inhalations, pulvérisations, insufflations. C'étaient à coup sûr des moyens classiques de satisfaire à l'indication capitale de combattre, pour ainsi dire, à domicile le *bacillus tussis convulsivæ*.

Les *inhalations* dites naguère médicamenteuses, et appelées depuis antiseptiques, obtiennent de chaque génération médicale une vogue passagère. Tels : les émanations du goudron, le séjour dans les chambres d'épuration des usines à gaz, qui nonobstant les recommandations de Barthez, d'Ouelmont, de Commenge et de Chevallier, ont été condamnées par MM. Blachez, Bergeron, H. Roger, et plus récemment, par MM. Cadet de Gassicourt et Descroizilles; telles encore, l'ingéniosité des inventeurs aidant, les fumées de trochisques à la naphthaline, à la créosote et au phénol, et ces préparations destinées, dans les prospectus de leurs fabricants, à créer, paraît-il, sans en présenter les inconvénients, une atmosphère artificielle, comparable à celle des usines à gaz. Voilà des procédés inoffensifs contre le microbe, sinon sans inconvénient pour le malade. Pour les remplacer, on a proposé les inhalations de vapeurs possédant une puissance parasiticide plus grande.

Ici le spray phéniqué offre des ressources plus pratiques. Le 4 mars 1887, il était l'objet d'un débat devant la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. M. Davezac recommandait de saturer l'atmosphère de la chambre du coquelucheux au moyen d'eau phéniquée, titrée à 500 et coupée par moitié d'eau tiède. Burckart, en 1874, prescrivait déjà à cet effet, des solutions à 1 et 2 pour 100. Ortille (de Lille), en 1875, Thorner et Scheiding, dans une note publiée, en décembre 1879, par le *Berliner klinische Wochenschrift*, avaient, eux aussi, proclamé tous les bons effets, du séjour permanent des malades dans une atmosphère saturée de vapeurs phéniquées.

Cependant on se demande si ces vapeurs pénètrent bien dans les voies respiratoires, et si les améliorations observées par Thorner, dans les vingt-deux cas dont il a rapporté l'histoire (*Central. fur die med. Wiss.*, 9 mars 1877) sont bien les conséquences d'une action parasiticide locale. C'est une objection. Pour la prévenir, et sans grand effort d'imagination, ce semble, on inventa donc des appareils spéciaux; Orch créa sa méthode, mit quotidiennement le coquelucheux sous le masque, pendant trois à six heures, lui fit inhaler dix à vingt gouttes d'acide phénique, et, statistique bien restreinte à coup sûr, pour confirmer l'excellence d'une méthode thérapeutique, obtint cinq fois (*Deut. medic. Wochens.*, 1886) l'abréviation de la maladie !

Ces succès sont partiels. Faut-il en accuser l'agent médicamenteux plutôt que la méthode des inhalations ! On l'a pensé.

Au lendemain des recherches de Poulet, M. Bouchut adoptait le *thymol*, et devançant les méthodes plus modernes d'antisepsie respiratoire, prescrivait la vaporisation dans la chambre des malades, de solutions alcooliques d'essence de thym, au moyen de vases disposés sur un fourneau allumé nuit et jour. Le *pétrole* et l'*essence de térébenthine* eurent leurs partisans, et les conservent encore. Hildenbrand recommande le premier, Wilde a vu, dit-il, le second réussir en inhalations, et Kepler attribue les mêmes vertus curatives, et de plus, une certaine puissance prophylactique, à l'eau térébenthinée. Ces méthodes ne sont-elles pas le reflet de celles dont Otto Bingh et Schliepp célébraient les avantages?

Les *produits de combustion du soufre* seraient-ils plus efficaces? On l'a pensé, et Morh propose les fumigations obtenues en brûlant 25 grammes de soufre par mètre cube dans la chambre des coquelucheux, aux heures de la journée où ils n'y séjournent pas; puis, après l'aération des chambres, de les y faire coucher la nuit durant. Trois fois, dit-il (*Norsk Magazin fur Lægvidens kaben*, novembre 1886), il a mis ce traitement en usage, et trois fois il a ob-

tenu, ajoute-t-il, la guérison des malades. De tels succès ne se discutent pas. En vérité, pourquoi après de tels résultats, ne pas s'étonner d'apprendre que la coqueluche fait encore des victimes en Suède, en Norvège et ailleurs?

Inhalations ou fumigations antiseptiques, peu importe. A bon droit on blâme généralement l'insuffisance des vaporisations, et on accorde la préférence aux pulvérisations antiseptiques. Goldschmidt (de Strasbourg) recommande l'eau phéniquée à 4 ou 5 pour 100, administrée au moyen du pulvérisateur de Richardière, à raison de 50 ou 60 grammes de liquide toutes les deux ou trois heures. Cette pratique a néanmoins des inconvénients, et parmi eux, l'odeur du médicament et les dangers d'intoxication. Neubert adopte donc plutôt la solution de salicylate de soude au dixième et Thomas (de Copenhague) en obtient, écrit-il, dans l'espace de quatre à six semaines la guérison de très jeunes enfants (*Jarhb. Kinderheilk.*, B. 14, p. 113).

Les inhalations et les pulvérisations n'assurent pas la véhiculation de l'agent parasiticide et la localisation de son action sur les foyers morbides. Elles ne pouvaient donc, ni ne devaient donner satisfaction aux partisans de la théorie laryngée, ou à ceux de la théorie nasale, qui désirent par des procédés plus précis, badigeonnages de la muqueuse larygée ou insufflations intranasales, modifier la muqueuse glottique ou pituitaire.

IV

M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), l'un des premiers, applique sur le vestibule du larynx une préparation de *résorcine* à 1 pour 100. Pour obtenir la tolérance de la muqueuse, il prépara fort minutieusement cette dernière à recevoir l'agent antiseptique par une application anesthésique préalable au moyen d'une solution de cocaïne à 10 pour 100.

Dans un premier mémoire cet observateur distingué signalait cinquante cas favorables. Il avait vu les bacilles des crachats des coquelucheux perdre leur vitalité au contact de la résorcine. Avant lui, pour une semblable raison, Hagenback employait les badigeonnages des muqueuses pharyngienne et sus-glottique avec des préparations de quinine. Depuis, M. Ed. Labbé a fait usage des attouchements de l'orifice glottique avec des tampons d'ouate imbibés de *teinture d'iode* au dixième et au quinzième. Aussi malgré les difficultés de son manuel opératoire, l'antisepsie laryngée, dans la coqueluche, a procuré des succès. Ceux-ci se sont multipliés d'année en année, et cependant cette méthode n'a pas définitivement conquis droit de cité dans la thérapeutique infantile. Faut-il s'en étonner? Non.

Actuellement, c'est à la pituitaire que l'on s'adresse. On avait cherché d'abord le foyer morbigène de la coqueluche dans l'estomac avec Stoll, ou dans l'arbre bronchique avec Laennec et Broussais, ce qui, paraît-il, était trop bas. Pour un instant, Desruelles et autres le placèrent dans le cerveau; ce qui était un peu trop haut. Le voici dans les fosses nasales; la distance est intermédiaire. De là des indications nouvelles. A la pathogénie nasale de la coqueluche on répond par une thérapeutique nasale.

A l'instar de Hack, promoteur de la cautérisation de la pituitaire pour guérir l'hay fever, un rhinologiste d'opinion radicale, Sommerbrodt, proposa de détruire par le feu la zone tussigène de cette membrane. Voilà certes un traitement violent, qu'il suffit de noter pour mémoire et auquel, on le comprend aisément, on a préféré la méthode plus douce et plus pratique des insufflations intranasales des poudres parasiticides.

Cette méthode est en faveur. En ce moment, chacun en France et à l'étranger, s'efforce à sa manière d'en fixer le manuel opératoire et l'agent médicamenteux.

Ce manuel opératoire possède l'avantage de la simplicité, et les manœuvres qui le constituent, celui de la tolérance. On a bien proposé des insufflateurs spéciaux, mais à ce luxe instrumental on substitue judicieusement un simple tube permettant de projeter la poudre parasiticide alternativement dans l'une et l'autre narine. Par contre, le choix de cette poudre divise les observateurs.

Michael, l'un des champions de la thérapeutique nasale, a voulu déterminer d'abord la valeur relative des divers médicaments pulvérulents : sels de quinine mélangés au benjoin et au tanin, acide salicylique et iodoforme, cocaïne, carbonate de soude ; agents parasiticides, anesthésiques ou faiblement irritants. Ensuite il insuffla le marbre finement pulvérisé, et obtint aussi des succès. On se demande donc si l'action thérapeutique des agents médicamenteux ainsi préconisés ne serait pas mécanique tout autant que spécifiques?

Michael n'éprouve cependant pas ce scrupule et adopte le mélange de chlorhydrate de quinine et de benjoin, au moyen duquel, en décembre 1885, il avait obtenu, dans une série de cinquante cas, 10 guérisons pour 100 en trois jours, 8 pour 100 en huit jours, et par contre, il faut ne pas l'oublier, l'aggravation de 12 coquelucheux sur 100. Depuis, il aurait été plus heureux encore; il déclarait, l'année dernière, au Congrès de Wiesbaden, que sur cent cinquante coquelucheux, douze seulement ont été rebelles à cette thérapeutique et que la guérison des cent soixante-dix-huit autres survint avant le vingtième jour. La mortalité de ces malades s'abaissait en même temps, ajoute-t-il, et descendait à 1 pour 100, alors qu'en moyenne à Hambourg, elle s'élève annuellement parmi eux à 15 pour 100.

Lublinski et Zem avaient annoncé de semblables résultats au Congrès de Berlin, en 1886, et Bochem (de Bonn), dans le *Centralblat fur klinische Medecine* de la même année, avait recommandé l'insufflation nasale d'un mélange de deux tiers de chlorhydrate de quinine avec un tiers de gomme arabique.

Quatre ans auparavant, au Congrès de Londres de 1882, Justi avait de son côté préconisé, à l'exemple de Heubner, l'association de la quinine avec le salicylate de sonde. Depuis, à Bordeaux, M. Berriot a complété cette préparation par l'addition de tanin, et, dans une thèse, soutenue l'an dernier, mentionné dix cas graves, dans lesquels il obtint deux guérisons complètes en vingt-quatre jours, six en vingt jours et deux dans l'espace de vingt-deux à trente-huit jours. La diminution des quintes était progressive, mais non pas brusque, comme l'affirmait Michael, et les vomissements disparaissaient vers le cinquième jour.

M. Moizard substitue le salicylate de bismuth au salicylate de soude, le mélange au benjoin par parties égales, et additionne trois parties de cette poudre composée, avec un gramme de sulfate de quinine.

Voici un autre mélange : celui de M. Cartaz, le sous-nitrate de bismuth et la poudre de benjoin y sont dans le rapport de 1 à 2. Il serait aisé de varier ces formules : constatons plutôt combien il y a loin de ces améliorations constatées par les observateurs français aux guérisons d'une surprenante rapidité qu'annonçaient Michael et ses compa-

triotes. En vérité serait-il indiscret de se demander si, en émigrant hors de son pays d'origine, la thérapeutique nasale de la coqueluche perdrait de sa puissance et de ses vertus?

Enfin M. Guerder a obtenu des résultats non moins décisifs. Il choisissait l'acide borique pour antiseptique et le café torréfié, finement pulvérisé, pour véhicule. Après les insufflations de cette poudre, les quintes diminuaient en nombre et en intensité, sans disparaître toutefois avant deux ou trois septénaires; de sorte que, malgré ses ressources, l'antisepsie locale dans la coqueluche ne peut, à cette heure du moins, passer pour une méthode thérapeutique définitivement établie.

Les succès que l'on annonce et que, bien souvent, les faits démentent le lendemain, sont procurés aussi, parfois, — on ne saurait l'oublier — par les traitements classiques. Sydenham et Stoll recommandaient la médication antiphlogistique, Cullen et Laennec les vomitifs; d'autres plus nombreux, les sédatifs et les antispasmodiques : l'opium, le chloral, les bromures, le chloroforme, la jusquiame, l'hyos cyamine, le haschich, la belladone, le musc, l'asa fœtida, le valérianate et l'oxyde de zinc, la ciguë et l'oxyde cyanhydrique, hier encore le tribromure d'allyle et le nitrite d'amyle, sans compter les médicaments empiriques : café, drosera, élatine, ergot de seigle, cochenille, oxymel scillitique...; c'est tout l'arsenal thérapeutique dont tour à tour on épuise les ressources.

Néanmoins, toute théorie pathogénique mise hors de cause, un fait clinique subsiste, la diversité des formes de coqueluche et la nécessité d'adapter rationnellement à chacune d'elles ces médications multiples, quoique fort insuffisantes au point de vue curatif.

D'autre part, on ne saurait mettre en doute la puissance prophylactique de la médication parasiticide de la coqueluche. Sur ce terrain les parasiticides exercent mieux leur puissance dans les milieux où cette maladie se développe volontiers. L'isolement est une nécessité, de connaissance assurément fort banale, et la désinfection, un devoir. Toute démonstration serait superflue; les faits ont parlé depuis longtemps; la prophylaxie scolaire de la coqueluche a fait ses preuves, et à Paris du moins, pour ma part, je l'ai vue enrayer plusieurs fois des épidémies dans les écoles publiques opportunément désinfectées. Il n'en est pas moins vrai, cependant, que malgré l'apparente richesse de l'arsenal antiseptique, le dernier mot reste encore le plus souvent, même aujourd'hui, aux traitements classiques. C'est pourquoi sans adopter dans toute sa sévérité le scepticisme de Franck, on a parfois l'occasion de se rappeler ce qu'il écrivait naguère des abus thérapeutiques dans cette affection, et de dire après lui : « On peut faire mourir le malade atteint de coqueluche, avant le terme de sa maladie, mais le guérir, jamais. »

Ch. Éloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

Contribution a l'étude du typhus exanthématique par MM. L. Moreau et A. Cochez (d'Alger).

Une épidémie de typhus exanthématique s'étant montrée récemment en Algérie, un foyer s'est déclaré à Birkhadem, aux environs d'Alger. De là, les malades ont été dirigés pendant quelque temps sur l'hôpital civil de Mustapha, puis, un peu plus tard, sur l'ambulance établie au village des Beni-Messous.

Nous avons cherché à mettre ces circonstances à profit pour tâcher d'élucider divers points restés obscurs dans l'histoire de cette maladie.

L'hypothèse de l'origine microbienne du typhus étant naturellement l'un de ces points, et non l'un des moins importants, nous avons tout de suite dirigé nos recherches de ce côté.

L'examen du sang frais, obtenu par piqûre sur un typhique vivant, ne nous a d'abord rien donné.

Nous avons été plus heureux avec les cultures de parcelles retirées, avec les précautions d'usage, de divers organes de typhiques qui avaient succombé.

Le 28 mai, sur un bouillon de culture ensemencé de substance cérébrale depuis quelques jours, et qui s'était, la veille, manifestement troublé à sa surface, l'un de nous — M. Cochez — constata la présence d'un microbe particulier.

Nous l'avons depuis retrouvé dans des tubes ensemencés avec cette culture mère, et dans des cultures provenant d'autres organes du même sujet ou de sujets différents, enfin dans le sang et l'urine de typhiques vivants. Nous croyons pouvoir, dès à présent, en donner une description sommaire :

C'est un bacille, ressemblant beaucoup à celui de la fièvre typhoïde, plus court et plus large que le bacille de la tuberculose, légèrement arrondi à ses extrémités, paraissant mobile dans certaines circonstances. Il est assez réfringent; il se colore bien par la fuchsine, le violet de méthyl, et le réactif d'Ehrlich notamment. Il se décolore par l'alcool absolu, mieux encore par l'eau additionnée d'un tiers d'acide nitrique, et surtout par l'alcool additionné d'un quart du même acide.

Sur un bouillon liquide, sa culture s'accuse par un trouble blanchâtre, uniforme, point floconneux, restant à la surface et ne gagnant que peu à peu en profondeur.

Sur la gélatine-peptone, elle donne une fausse membrane, peu épaisse, d'un blanc sale, légèrement jaunâtre, comme granuleuse. Les granulations ressemblent à des tubercules miliaires très petits. Souvent la disposition de ces granulations de chaque côté de la raie d'inoculation prend une apparence penniforme; la raie d'inoculation semble alors la nervure de la plume et les granulations en figurent les barbes. Au-dessous de la nervure on voit s'enfoncer dans l'épaisseur de la gélatine une apparence de lame perpendiculaire, imitant une carène ou une quille de navire, ayant l'aspect d'un réticulum très élégant. Si, au lieu lieu d'une raie d'inoculation, on a fait une simple piqûre, celle-ci devient le centre d'un disque granuleux; puis on voit comme un clou partir de ce centre et s'enfoncer dans la gélatine avec le même aspect de réticulum élégant dont nous venons de parler. La gélatine ne se léquifie pas tout d'abord; après quelques jours, elle se léquifie, mais lentement et sans aucune odeur de putréfaction.

Sur la pomme de terre, la culture prospère, toujours avec l'aspect d'une fausse membrane, assez épaisse dans ce cas, granuleuse, d'un blanc sale, jaunâtre, tirant parfois sur la teinte saumon. Les granulations, assez volumineuses, ressemblent à des tubercules jaunes en voie de ramollissement. Tout autour, le tissu de la pomme de terre devient d'un gris sombre qui se fond insensiblement dans les parties plus éloignées, restées saines.

Ces microbes n'ont pas invariablement la forme bacillaire. C'est celle qu'ils affectent dans les cultures mères provenant du cerveau. Mais dans les cultures ultérieures, dans celles provenant d'autres organes ou de sang, ou d'urine, nous avons remarqué d'autres formes :

D'abord certains bacilles se soudent bout à bout, ordinairement deux à deux, quelquefois en plus grand nombre, et forment de vrais filaments dont les éléments bacillaires restent en général bien distincts.

Ensuite d'autres bacilles se renflent à leurs extrémités, s'étranglent en leur milieu, et ressemblent à des biscuits. Dans les extrémités renflées on distingue des boules plus fortement colorées que le bacille par les couleurs d'aniline. Au contraire, dans la partie étroite, on distingue souvent un espace clair. Parfois on voit une spore, ou du moins une de ces boules qui nous paraissent mériter ce nom, à l'extrémité d'un bacille et comme prête à s'en détacher. Puis d'autres boules parfois très nombreuses sont mélangées aux bacilles dans certaines préparations. Ces boules ont généralement un diamètre supérieur à celui des bacilles; elles se colorent plus fortement qu'eux par les réactifs colorants; elles résistent davantage aussi aux agents de décoloration. Toutefois la différence n'a pas été assez grande pour nous permettre jusqu'à présent d'obtenir des préparations avec double coloration, distincte pour les spores et pour les bâtonnets. Ces boules présentent quelquefois à leur centre un espace clair, et plus souvent au contraire un point foncé.

Jusqu'ici, nous n'avons pas encore trouvé d'une manière évidente les mêmes micro-organismes dans les coupes des divers organes avec lesquels nous avons fécondé nos milieux de culture.

Nous n'entrerons pas, pour aujourd'hui, dans de plus longs détails, ni pour faire connaître d'autres particularités moins évidentes pour nous, ni pour décrire d'autres expériences encore en cours, ni pour exposer des conclusions qui pourraient paraître bien prématurées.

Nous nous bornons à prendre date en quelque sorte, en signalant les premiers résultats de nos investigations.

Thérapeutique.

DE L'ACTION DU SULFATE DE SPARTÉINE, par M. J. PAWINSKI, médecin de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, à Varsovie.

La spartéine fait partie des médicaments employés dans ces derniers temps comme succédanés de la digitale. Ce produit s'obtient du genêt vulgaire (*Spartium scoparium*) (Dujardin-Beaumetz et Yvon, *Formulaire*, 1887, p. 158), papillonacée, arbrisseau qui croît chez nous à l'état sauvage, dans les landes pierreuses.

La spartéine forme une base ammoniacale ($C^{30}H^{26}N^2$), qui, à l'état de pureté, constitue un liquide incolore, oléagineux, à réaction basique, à odeur âcre et d'une saveur très amère. Soluble dans l'alcool, dans l'éther et dans le chloroforme, elle forme, avec les acides, des sels facilement cristallisables. Du nombre de ces derniers est le sulfate employé sous le nom de sulfate de spartéine comme moyen curatif, et qui fait l'objet de cette étude.

Le sulfate de spartéine forme de grands cristaux rhomboédriques, transparents, facilement solubles; sa formule est $C^{15}H^{26}N^2H^2SO^4 + 8H^2O$. Bien que depuis longtemps connu dans la chimie (Stenhouse, Mills), le sulfate de spartéine n'est utilisé en thérapeutique que depuis deux ans, grâce aux travaux de M. le professeur G. Sée.

En présence de la diversité des avis émis sur la valeur curative de la spartéine que j'ai trouvés chez les auteurs qui se sont occupés de ce médicament (Voigt, Leo, Gluzinski, Prior, Liveratto, Clarke), j'ai institué une série d'observations cliniques sur trente-trois malades atteints de différentes affections du cœur, des poumons, des reins, etc., et je viens en présenter le résultat, me réservant de publier la description détaillée des observations elles-mêmes dans les *Mémoires* de la Société médicale de Varsovie.

1. *Influence de la spartéine sur le cœur.* — Les praticiens ne sont pas d'accord à ce sujet. Les uns partagent l'avis favorable du docteur Sée, quant à ce médicament; les autres (Leo, Langgaard) s'expriment d'une façon moins louangeuse à son sujet.

M. G. Sée fut le premier à constater que la spartéine agit sur le cœur d'une façon excitante, analogue à la digitale et à la convallamarine, mais d'une façon beaucoup plus manifeste, plus active et plus prolongée. — En outre, le même savant lui accorde la propriété de régulariser le rythme du cœur, et sous ce rapport, il la considère comme incomparable, donc supérieure à la digitale.

Comme indication principale à l'emploi de la spartéine, M. G. Sée admet l'affaiblissement du muscle cardiaque émanant soit des altérations dans le tissu même du muscle, soit résultant d'un affaiblissement du cœur causé par des entraves dans la circulation du sang.

Il est incontestable qu'un remède possédant de telles qualités serait d'une importance hors ligne pour les malades atteints d'affections cardiaques chez lesquels l'affaiblissement du cœur constitue un obstacle à tous les efforts du médecin, en les exposant à une fin prochaine.

D'autre part, plusieurs savants attribuent à la spartéine la faculté de régler l'arythmie du cœur et s'enthousiasment pour son emploi dans différentes affections de cet organe.

Il est cependant positif qu'on ne saurait dire que tel ou tel remède empêche les altérations du rythme cardiaque, ce dernier dépendant des divers états pathologiques, et en particulier d'altérations de la partie musculaire du cœur. Seules les arythmies d'origine purement nerveuse ou de nature réflexe (provenant des organes abdominaux) cèdent facilement à l'emploi du remède.

Quant à l'arythmie d'origine somatique, c'est-à-dire se rattachant à des altérations du muscle cardiaque lui-même, elle dure souvent de longues années et ne cède à aucun remède.

Il est plus facile d'éloigner les stases, les engorgements, la dyspnée, que de régulariser le rythme anormal du cœur. La suppression de l'arythmie ne constitue d'ailleurs pas le but de nos efforts, car on sait que même des personnes d'un âge avancé, avec des altérations considérables du système vasculaire et une grande irrégularité des contractions du cœur, se portent parfois très bien.

Il résulte de mes propres recherches qu'après l'administration de petites doses de spartéine (0gr,015, 0gr,02 à 0gr,03) et après trente, quarante, cinquante minutes l'activité du cœur devient plus prononcée, les contractions plus fortes, la colonne circulatoire du sang augmente, le pouls devient plus fort. Cette action du médicament perceptible surtout une heure après son administration se prolonge de quatre à cinq heures. Si, antérieurement à l'emploi du remède, l'activité du cœur était arythmique et accélérée, plus tard ces battements deviennent plus réguliers en même temps que la fréquence du pouls diminue, bien qu'il ne saurait être nullement question d'une suppression totale de l'arythmie.

Quant à l'augmentation de l'énergie du cœur, son excitation à des contractions plus fortes n'est pas très prononcée. Le pouls gagne, il est vrai, un peu en force; mais, je dois l'avouer, malgré l'expérience que je crois avoir dans l'appréciation du pouls, ce n'est le plus souvent que d'après le tableau sphygmographique que j'ai pu me rendre compte de l'augmentation de la colonne du sang, et de la tonicité des parois artérielles. Les tracés sphygmographiques recueillis avant et après l'administration de la spartéine prouvent que les colonnes du pouls sont en général plus fortes, les lignes ascendantes qui correspondent à la contraction systolique du cœur ou à la diastole de l'artère s'élèvent plus droites et plus haut qu'avant. Par contre, les lignes descendantes (catacrotes) qui répondent à la diastole du cœur, à la

systole de l'artère redescendent plus vite, c'est-à-dire que l'angle compris entre le côté ascendant et descendant devient plus aigu. En même temps, sur la ligne descendante on voit plus distinctement se produire les élévations qui dépendent des vibrations élastiques des artères, tandis que l'élévation produite par le recul diminue visiblement. Ces variations prouvent que l'énergie du cœur et la pression du sang ont augmenté. Or, de nombreux tracés cardiographiques représentant les mouvements du cœur avant et après l'administration de la spartéine, m'ont convaincu que l'accroissement de l'activité du cœur n'était pas considérable; j'en ai conclu qu'il faut attribuer l'augmentation de la tonicité des artères superficielles non seulement à l'influence de la spartéine sur le cœur, mais encore à l'action de cette dernière sur le système vasculaire, action, qui, selon toute probabilité, a lieu au moyen de l'excitation du centre vasomoteur de la moelle épinière. Il s'ensuit que l'action de la spartéine sur la tonicité des artères présente une certaine analogie avec l'action de la digitale, à cette différence près, que sous l'influence de la spartéine l'accroissement de la tonicité des vaisseaux ne s'effectue qu'insensiblement, et ne saurait être définie par le seul toucher du pouls, tandis que les effets de la digitale provoquent une tonicité des artères accentuée et facilement perceptible.

L'administration de doses moyennes de spartéine, 0gr,06 à 0gr,075 *pro dosi* et 0gr,25 à 0gr,36 par jour, modifie moins sensiblement l'action du cœur que l'emploi de petites doses; chez certains malades les contractions du cœur devenaient plus fortes, et le pouls plus fréquent, tandis que chez d'autres on ne percevait aucun changement. La pression intravasculaire subissait également de légères fluctuations; souvent elle paraissait comme après l'emploi de petites doses de spartéine; d'autres fois, on pouvait observer une légère augmentation. Je dois cependant constater que l'action diurétique de la spartéine était plus perceptible après les doses moyennes qu'après les petites. En administrant aux malades des doses plus élevées, à savoir : 0gr,50, 0gr,60, 0gr,85 à 1 gramme par jour, j'ai constaté un ralentissement de l'action du cœur. Le pouls devenant moins fréquent, les contractions faiblissent, la colonne artérielle diminue, la tonicité des artères baisse, et le pouls devient intermittent, en même temps que les malades se plaignent de maux de tête, de faiblesse, d'angoisses précordiales et manquent de se trouver mal.

Il est notoire que la spartéine n'appartient pas aux médicaments exerçant une forte influence sur le cœur. Ce fait nous a été prouvé par les résultats obtenus en administrant ce remède soit dans l'altération des valvules à l'époque de la perte de l'équivalence, accompagnée de grands engorgements; soit dans des maladies idiopathiques du cœur, telles que la dégénérescence graisseuse ou le processus athéromateux des artères coronaires. Le remède qui nous occupe ne s'est montré efficace ni dans l'angine de poitrine *vraie*, ni dans l'asthme cardiaque, causé par l'asystolie du cœur. Par conséquent, je ne saurais m'associer aux praticiens qui se basant sur la célérité de l'action de la spartéine trouvaient son emploi tout indiqué dans des attaques subites d'angines vraies, son action n'étant pas assez forte.

Ce remède ne saurait donc être utilement employé que chez les personnes nerveuses, hystériques, etc., chez lesquelles les attaques d'angine ne provenaient pas de changements somatiques du muscle cardiaque, mais des changements fonctionnels soit du centre circulatoire, soit par suite d'une action réflexe agissant sur le cœur (*angina pectoris spuria s. reflectoria*). Ici la spartéine exerçait une influence favorable en excitant légèrement l'activité du cœur, en même temps que par son action sédative sur le système nerveux en général.

On ne saurait espérer une action pareillement favorable de la spartéine sur les attaques d'asthme qui compliquent les maladies des poumons, des reins, ou proviennent d'un grand épuisement de l'activité du cœur.

Il résulte du précédent, que nos conclusions sur l'action excitante de la spartéine diffèrent essentiellement de celles du professeur Sée. Ce dernier admet, en effet, que l'affaiblissement du muscle cardiaque basé sur le changement survenu dans le muscle lui-même, constitue l'indication principale de l'emploi du médicament; ce qui, d'après mes recherches, n'est point suffisamment fondé. Laborde et Legris (*Archives de physiologie*, 1886), qui avaient prescrit la spartéine d'après les indications du professeur Sée, de même que Voigt, à Vienne (*Wien. Med. Blatter*, 1886) (petites doses), partagent, en principe, l'avis de G. Sée quant à l'influence de la spartéine sur le muscle cardiaque. Le docteur Leo (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1887) qui l'avait administrée à des malades par doses plus fortes que Voigt, c'est-à-dire 0gr,1 *pro dosi*, plusieurs fois par jour, ne lui attribue aucune action importante sur le cœur, tout en la recommandant dans les affections du muscle cardiaque à l'époque de la compensation entravée. Cependant il ajoute que son effet principal est son action sédative sur les douleurs sténo-cardiales.

Le docteur Gluzinski (*Przeglad Lekarski*, 1888) confirme également que, bien que la spartéine agisse sur le cœur, son action cependant est beaucoup plus faible que celle de la digitale et ne saurait être comparée à cette dernière.

Le docteur Prior (*Berl. klin. Woch.*, 1887), désirant étudier d'une façon très exacte l'influence de la spartéine sur l'activité du cœur, l'a d'abord expérimentée sur des sujets bien portants, auxquels il donnait de 0gr,12 à 0gr,15, trois fois par jour pendant trois jours. Chez quatre individus tous âgés de vingt-un à vingt-quatre ans, qui avaient servi à l'expérience, l'auteur ne constata aucune modification soit dans l'activité du cœur ou dans le pouls. La fréquence de ce dernier et la pression du sang n'avaient pas varié sous l'influence de la spartéine. Un seul des quatre présenta une augmentation de la diurèse qui, après la cessation du médicament, retomba de 1600 à 1490 centimètres cubes.

Chez certains malades, le même auteur a étudié l'influence de la spartéine sur l'ondulation du pouls et sur la pression du sang à l'aide du sphygmographe et de l'appareil de Basch; il trouva sur un nombre de dix malades : *chez trois*, une augmentation très sensible de la pression; *chez quatre*, cet accroissement était à peine perceptible; *chez deux*, la pression n'avait subi aucune modification. Enfin, chez le dernier, dixième de la série, la pression avait diminué, ce que l'auteur attribue à une dose relativement plus grande (25 grammes); après deux doses identiques, la pression du sang était tombée, et les pulsations étaient devenues arythmiques.

II. *Influence de la spartéine sur l'arythmie du cœur.* — Nos observations sur l'influence de la spartéine sur l'arythmie des mouvements du cœur concernent quatorze malades :

1° Stenosis ostii ven. sin. et insufficientia valv. bicuspidalis in stadio incompensationis, anasarca.
2° Stenosis ostii venosi sinistri. Asthma cardiacum.
3° Stenosis ostii ven. sinistri et insuffic. valv. mitralis. Tachycardia uterina. Graviditas.
4° Stenosis ostii venosi dextri et insufficientia valv. tricuspidalis in stad. incomp.
5° Insufficientia valv. mitralis. Tachycardia.
6° Sclerosis arteriarum coronar. cordis. Insuffic. musc. cordis. Stenocardia.
7° Degen. adiposa cordis.
8° Emphysème pulmon. cum dilatatione.
9° Emphys. pulm. Asthma bronchit.

10° Emphys. pulm. Bronchitis. Œdèm. pedum. Dyspnœa.
11° Endoaortitis deformans, stenocardia.
12° Nephritis parenchymatosa chronica c. dilatatione cordis.
Enfin, trois observations d'arythmie cardiaque, basées sur des affections du système nerveux :
13° Arteriosclerosis. Palpitationes cordis. Tachy-arythmia cordis. Climacterium.
14° Neurasthenia cordis.
15° Tachy-arythmia uterina (hysterica).

Or, sur quatorze observations d'arythmie, nous n'avons constaté l'influence favorable de la spartéine sur la régularisation de l'action du cœur que quatre fois, à savoir : dans un cas de lésions cardiaques (sténose de l'orifice veineux gauche à l'époque de la compensation), concernant une malade très nerveuse, affaiblie et anémique par suite de ménorrhagies répétées. La digitale causant des altération, d'estomac et une grande anxiété, sans agir sur l'arythmies je prescrivis à la malade l'emploi de la spartéine. A la suite de petites doses, de 0gr,02, 0gr,03, administrées trois fois par jours durant trois à quatre jours de suite, avec interruption subséquente de trois jours, la fréquence du pouls diminua de 130 à 80-90 pulsations à la minute. En même temps, l'arythmie diminuait, les pulsations devenaient plus régulières, et les accidents, tels que l'anxiété, les douleurs précordiales et les palpitations, cessaient.

J'ai obtenu le même résultat dans les trois dernières observations où l'arythmie du cœur se faisait sentir chez des sujets indemnes de toutes lésions valvulaires, mais se distinguant par l'impressionnabilité maladive de leur système nerveux. Chez l'un d'eux il existait une neurasthénie du cœur; chez une autre, une motilité exagérée et arythmique du cœur, ayant son point de départ dans l'hystérie et dans une affection du système sexuel. La troisième malade qui, dans sa jeunesse, avait été atteinte de spasmes hystériques, se trouvait à l'âge critique.

Toutes ces malades avaient pris la spartéine par petites doses (0gr,01, 0gr,03), pendant plusieurs semaines, avec des interruptions de trois jours. Des doses plus grandes de spartéine (0gr,06, 0gr,12), non seulement ne produisaient pas une action aussi salutaire sur l'arythmie que les petites, l'augmentaient même quelquefois, et les malades se plaignaient de maux de tête, d'anxiétés, de constrictions dans la région du cœur. En outre, j'observai chez elles de l'irritation nerveuse et surtout de l'insomnie, tandis que l'emploi des petites doses les tranquillisait et améliorait leur sommeil.

Dans un cas de sténose de l'orifice veineux et d'insuffisance de la mitrale à l'époque de la compensation entravée, les petites doses de spartéine amenèrent, il est vrai, une certaine régularisation de l'action du cœur, mais cette amélioration ne fut que passagère et de peu d'importance.

Il nous a été impossible de constater l'action positive de la spartéine dans deux cas d'arythmie causés par la sclérose des artères coronaires du cœur, et la dégénérescence graisseuse de ce dernier.

Il en est de même là où l'arythmie accompagne une endoaortite chronique avec sclérose, l'emphysème des poumons, la néphrite chronique, et en général où elle est causée par l'épuisement du cœur.

Il résulte du précédent que nos observations ne confirment nullement les brillants résultats obtenus par le professeur Sée par l'application de la spartéine, surtout dans l'arythmie ayant son origine dans les affections du muscle cardiaque. Par contre, nous devons nous louer de son efficacité dans l'arythmie cardiaque d'origine nerveuse, ainsi que dans les névralgies du cœur émanant d'une sensibilité excessive du système nerveux, et en particulier de la moelle épinière, ainsi que dans les névralgies d'origine réflexe (du système sexuel). Nous mentionnerons encore les bons résultats obtenus par l'emploi de la spartéine dans l'arythmie causée par les altérations des valvules, en tant que ces dernières affectent les personnes nerveuses, les hystériques, les neurasténiques, etc.

Je regarde donc l'emploi de la spartéine, administrée à l'effet de relever l'activité du cœur et supprimer l'arythmie, comme contre-indiqué dans les cas d'épuisement du cœur causés par la dégénérescence du muscle cardiaque, ou par un grand épuisement de ce dernier à l'époque où la compensation des lésions des valvules se trouve entravée.

Là seulement où les altérations provoquées par la lésion du cœur ne sont pas trop avancées, c'est-à-dire où le muscle du cœur n'a encore rien perdu de sa vitalité et de sa force de résistance, on peut employer la spartéine, surtout avec les personnes nerveuses chez lesquelles elle surpasse même l'action efficace de la digitale.

Dans sa belle étude sur l'action de la spartéine, le docteur Gluzinski mentionne trois observations de lésions de la bicuspide avec pouls arythmique.

En effet, les tracés sphygmographiques et la description du cours de la maladie prouvent que la spartéine, bien qu'ayant, en quelque sorte, augmenté l'activité du cœur et éloigné certains phénomènes nerveux, ne parvint pas à supprimer l'arythmie du cœur. La digitale employée dans ces trois cas se montra beaucoup plus efficace, autant comme stimulant l'énergie du cœur que comme agissant contre l'arythmie. Sous ce rapport, les observations du docteur Gluzinski confirment celles que nous avons eu occasion de faire.

Voigt prétend que le rythme des contractions du cœur, une fois entravé, ne revient que rarement à l'état normal. Léo également n'attribue pas à la spartéine la propriété de régler les mouvements arythmiques du cœur. Le docteur Prior prétend que les grandes doses de spartéine produisent l'arythmie, tandis que les petites, c'est-à-dire 10,1 *pro dosi* plusieurs fois par jour, sont considérées par lui comme pouvant régulariser le rythme du cœur.

III. *Influence de la spartéine sur la fréquence du pouls.* — Je crois que le professeur Sée est, jusqu'à présent, le seul qui ait constaté l'augmentation de la fréquence du pouls, en ajoutant qu'elle se produit dans le cas d'atonie très grave et accompagnée de pouls ralenti et rare. D'autres auteurs, par contre, n'ont confirmé aucun changement soit dans la fréquence des contractions du cœur, soit dans leur force.

Fick ayant fait à une grenouille une injection hypodermique de 0gr,004, 0gr,006 de chlorhydrate de spartéine, observa une grande diminution de la fréquence des battements du cœur, au point qu'une ou deux heures après, le nombre des contractions du cœur se rapprochait à peine des deux tiers de la fréquence primitive, et ce qui est particulièrement digne d'attention, c'est que la dose dix fois augmentée n'a pu en faire diminuer le nombre.

Le docteur Gluzinski, en appliquant le sulfate de spartéine soit sur le muscle cardiaque découvert, soit en l'injectant dans une veine ou sous la peau, constata que son action sur le cœur était plus prononcée sur les animaux à sang froid que sur les mammifères.

Le phénomène principal était le ralentissement de l'action du cœur, qui se produisait même après l'application des quantités minimales, et 0gr,0005 sur les muscles dénudés d'une grenouille suffisaient pour diminuer de moitié ou même des trois quarts le nombre des contractions du cœur.

Cette action ne durait guère plus d'une heure ; le nombre des battements augmentait graduellement, mais ce n'est qu'au bout de quelques heures qu'ils revenaient à leur nombre primitif.

Une nouvelle dose appliquée au moment où l'action cessait, provoquait un nouveau ralentissement.

Il résulte des tracés graphiques que ce ralentissement, d'abord imperceptible, provient du prolongement de la sys-

tole qui devient plus énergique, et ensuite de la diastole, dont la durée était plus longue. En appliquant la spartéine dans les veines ou dans le sac lymphatique, le docteur Gluzinski a également observé un ralentissement des mouvements du cœur, bien que moins prononcé que dans l'application immédiate de la substance sur le cœur. Il n'y a de différence que dans la hauteur du tracé cardiographique qui, lors de l'injection de la spartéine dans la veine ou dans le sac lymphatique, s'élève imperceptiblement pour retomber ensuite d'une façon constante.

Un fait digne d'attention, c'est que l'addition de spartéine directement dans le cœur amène un ralentissement plus énergique des mouvements du cœur, mais n'augmente plus la hauteur des ondulations, tel que cela a lieu lors de l'application de la spartéine sur le muscle cardiaque dénudé. Enfin, le même auteur a plusieurs fois constaté sur les tracés cardiographiques une arythmie très prononcée, sans différence du mode d'application.

Nos propres observations confirment que, dans les affections du cœur compliquées d'état nerveux, d'hystérie, de neurasthénie, l'influence de la spartéine sur la fréquence du pouls était plus visible que dans les maladies idiopathiques.

Le phénomène que nous avons le plus souvent observé était le ralentissement du rythme cardiaque; quelquefois la fréquence du pouls n'avait subi aucun changement, rarement on observait une légère augmentation de cette dernière. En général, il faut dire que l'influence de la spartéine sur la fréquence du pouls est plus considérable dans les lésions de la valvule bicuspide que dans celles des valvules semilunaires. Sous l'influence de petites doses de spartéine (0gr,015, 0gr,02, 0gr,03), on observe d'abord une diminution de la fréquence du pouls en même temps que les contractions du cœur deviennent plus énergiques. Ce ralentissement du rythme du cœur est de peu d'importance, ne comporte que six à huit pulsations par minute, et ne dure que deux à trois heures, mais peut être prolongé par de nouvelles doses du médicament.

Chez certains individus l'ingestion du médicament pendant quelques jours rend le pouls un peu plus fréquent, c'est-à-dire que les pulsations atteignent le nombre qu'elles avaient avant l'application de la spartéine et même le dépassent quelquefois.

Chez d'autres sujets, la fréquence du pouls se ralentit et le cœur s'épuise.

Cette grande diminution de la fréquence du pouls avec épuisement simultané du cœur est un fait exceptionnel que j'ai observé sur des personnes faibles, pâles, anémiques.

Là où la fréquence du pouls avant l'administration de la spartéine était assez considérable, 100-110, sa diminution après son application était plus perceptible que chez les sujets à pouls normal.

Les doses moyennes telles que 0gr,06, 0gr,09 ou 0gr,25, 0gr,36 par jour ne paraissent nullement influencer la fréquence des contractions du cœur, tandis qu'après des doses plus grandes, soit: 0gr,60, 1 gramme *pro die*, nous avons constaté la diminution de la fréquence plus considérable qu'après les petites doses. Je dois cependant mentionner que si, après les petites doses, les contractions du cœur devenaient plus fortes, et en même temps moins fréquentes, l'emploi des fortes doses occasionnait des contractures du cœur moins fréquentes qui coïncidaient avec des pulsations faibles et souvent intermittentes. Ces derniers symptômes prouvaient clairement un épuisement assez grave du cœur, et contre-indiquaient, par cela même, la continuation du remède en question.

Dans les affections du muscle cardiaque (dégénérescence graisseuse, ossification des artères coronaires), les doses moyennes et même les petites suffisaient pour causer une diminution de la fréquence du pouls, accompagnée d'épuisement de l'activité du cœur.

Là où la fréquence des battements du cœur et des pulsations est exagérée, c'est-à-dire à l'état d'une motilité extraordinaire de cet organe (*Hyperkynesis, Tachycardia*), causée par des lésions organiques du cœur, la spartéine n'exerçait aucune action, ni sur la force de l'accès, et ne pouvait le prévenir; par contre, quand l'accès était d'origine purement nerveuse, il nous est arrivé de le modérer, mais seulement après l'emploi prolongé de la spartéine.

Clarke (*The american Journal of the medical sciences*, octobre 1887) rapporte que dans trois cas de maladie de Graves, il obtint des résultats très remarquables par l'application de ce remède, qu'il considère presque comme spécifique.

Quant à moi, j'ai eu à me louer de l'emploi de la spartéine seule ou associée à la quinine dans la maladie de Graves, d'où je conclus que ce traitement peut surtout être efficace au début de la maladie en question, c'est-à-dire quand il n'y a encore que des troubles fonctionnels et que les altérations somatiques (hypertrophie du cœur et altérations des valvules) ne sont pas considérables.

(*A suivre.*)

Clinique médicale

Du traitement de la diarrhée. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 8 juin 1888, par M. le docteur M. Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral.

Les moyens recommandés dans le traitement de la diarrhée, quoique nombreux, sont souvent insuffisants et il n'est peut-être pas de service d'hôpital où il ne se trouve un ou plusieurs malades atteints de diarrhées de causes diverses et ayant résisté à tous les traitements. Celui que je préconise n'a échoué dans aucun des cas où je l'ai employé, ce qui ne veut pas dire, bien entendu, qu'il réussira toujours.

Dans cette recherche j'ai été guidé par une idée théorique. J'ai pensé qu'en introduisant dans le tube digestif une très grande quantité de poudre inerte, je provoquerais une sorte d'obstruction qui aurait dans l'espèce une influence heureuse. Cette substance devait présenter plusieurs conditions; il fallait qu'elle fût absolument inattaquable par les sucs digestifs, très finement pulvérulente et enfin très légère, de façon à ne charger par son poids ni l'estomac, ni l'intestin. Si elle n'eût pas rempli cette dernière condition, elle aurait pu séjourner dans un estomac dilaté et laisser les aliments cheminer à sa surface comme coule un ruisseau sur un lit de sable. Après avoir essayé les substances les plus diverses, nous avons donné la préférence au talc (silicate de magnésie), que recommandent tout à la fois sa finesse, sa légèreté, son inaltérabilité, et qui est si onctueux au toucher qu'il paraît incapable de léser une muqueuse.

J'ai employé le silicate de magnésie du commerce, qui est mélangé à des sels de fer, des sels terreux, mais ne contient pas de sels nuisibles.

Il peut être donné à très haute dose, sans inconvénient; j'en ai prescrit jusqu'à 600 grammes par jour, volume colossal si l'on se rappelle sa légèreté. Pour arrêter une diarrhée rebelle, il faut employer des doses beaucoup moindres, ordinairement 200 grammes dans les vingt-quatre heures, 400 grammes dans des cas exceptionnels. Il suffit de mélanger le silicate à une boisson aromatique ou à du lait et cela dans la proportion de 100 ou 200 grammes par litre (plus que jamais il est nécessaire de recommander au malade d'agiter avant de s'en servir). Cette préparation n'a pas de goût, mais elle donne une sensation un peu plâtreuse, jamais elle n'a provoqué ni coliques, ni nausées.

Les diarrhées les plus rebelles se sont arrêtées sous l'in-

fluence de ce traitement, dans l'espace de deux ou trois jours, et se sont même si bien arrêtées que des malades se sont plaints de ne plus faire que des pierres.

Quand je dis que les diarrhées les plus rebelles ont été arrêtées, je dois ajouter que je n'ai pas eu à traiter de diarrhées chroniques des pays chauds, mais aucune des diarrhées paraissant liées à des ulcérations tuberculeuses ne m'a résisté; elles ne reparaissaient pas si on continuait le silicate à petite dose, mais reparaissaient si on le cessait complètement. Pour les diarrhées non dues à une cause organique, d'emblée elles disparaissaient pour ne plus revenir. Les malades ainsi traités étaient diarrhéiques depuis des semaines ou des mois et avaient résisté aux agents généralement employés, régime lacté, sous-nitrate de bismuth, opium, etc., etc.

Le procédé que je préconise m'a également permis de faire supporter le lait à des malades qui étaient purgés par cet aliment; en l'additionnant de 100 grammes de silicate de magnésie par litre, on produisait une véritable constipation alors que le lait seul produisait plus de dix garde-robes en vingt-quatre heures.

En incorporant le silicate de magnésie à des substances indigestes, je les ai fait tolérer sans diarrhée. J'ai pu ainsi donner l'huile d'olive à la dose de 500 grammes en vingt-quatre heures. Il y a là un moyen précieux de suralimentation par les corps gras, et j'aurai un jour l'occasion de vous en entretenir.

Je n'ai pas essayé ce traitement chez les enfants, mais je crois qu'en aromatisant d'une façon convenable le véhicule on n'aurait aucune difficulté à le leur imposer et il me paraît bien vraisemblable qu'on en aurait d'excellents effets.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE DES MICROBES PATHOGÈNES. Note de M. *S. Arloing*. — Dans une précédente communication l'auteur a démontré qu'il existe dans l'humeur naturelle, où pullule l'un des microbes de la péripneumonie contagieuse, une substance phlogogène produisant des œdèmes considérables, quand on injecte cette humeur ou même une culture artificielle dans le tissu conjonctif sous-cutané. Cette substance possède certains caractères des diastases : ainsi, la chaleur exagère d'abord et atténue ensuite ses propriétés phlogogènes; de plus, elle est retenue facilement par les filtres en porcelaine.

M. S. Arloing a continué ses études sur cette substance et il est parvenu à l'isoler. L'alcool absolu la précipite des humeurs naturelles ou des cultures artificielles où elle se trouve. C'est une substance azotée sur laquelle l'iode ou l'acide azotique n'exercent aucune action spéciale. Elle se redissout très bien dans l'eau et la glycérine. La solution injectée sous la peau produit exactement les mêmes œdèmes considérables qui sont engendrés par l'injection des humeurs naturelles ou des cultures dans lesquelles on a tué les microbes par l'action de la chaleur.

ORIGINE INFECTIEUSE DE CERTAINS ULCÈRES SIMPLES DE L'ESTOMAC OU DU DUODÉNUM. Note de M. *Maurice Letulle*. — A diverses reprises l'auteur a pu constater une corrélation évidente, pour certains faits, entre l'évolution d'une maladie infectieuse et le développement de lésions ulcéreuses au niveau de l'appareil gastro-duodénal. Les deux observations, que M. Maurice Letulle communique à l'Académie, ont entre elles un point de parenté qui est l'apparition d'un ulcère simple de l'estomac ou du duodénum au décours d'une maladie infectieuse en voie de guérison. Elles ont encore selon lui un même lien pathogénique qui est le suivant : Les maladies infectieuses qui peuvent, jusqu'à une époque plus ou moins avancée de leur évolution, donner lieu à des colonies microbiennes, collectent parfois leurs colonies au niveau de la région gastro-duodénale.

La formation de ces foyers secondaires au-dessous de la muqueuse expose cette dernière à une destruction ulcérative d'autant plus rapide que l'état fonctionnel antérieur de l'organe était moins régulier ou que l'acidité normale de son contenu est plus considérable.

M. Letulle s'est efforcé de faire la preuve anatomo-pathologique et expérimentale de cette conception pathogénique qui, s'adressant à une catégorie bien déterminée de faits, n'a nullement la prétention de battre en brèche les idées doctrinales actuellement régnantes, mais peut, au contraire, leur venir en aide.

Une autopsie récente de septicémie puerpérale lui a permis, grâce à l'obligeance de M. Vidal, d'étudier deux ulcérations hémorrhagiques récentes de l'estomac. Les veinules sous-jacentes à la muqueuse ulcérée étaient thrombosées et le caillot fibrineux contenait une grande quantité de streptococci; les sinus veineux de l'utérus étaient d'ailleurs farcis des mêmes colonies.

L'auteur a pu reproduire comme preuve expérimentale sur le cobaye les mêmes lésions muqueuses et sous-muqueuses, non seulement sur les cultures pures de la dysenterie mais encore avec le *staphylococcus pyogenes aureus*. Les lésions qu'ils ont obtenues variaient depuis des ecchymoses jusqu'à de vastes ulcérations arrondies menaçant de perforer les parois de l'estomac expérimentalement dilaté.

M. Letulle croit devoir conclure de ces faits que le mécanisme qui préside à l'établissement de ces lésions ulcératives d'origine infectieuse peut être double.

Tantôt — et ce sont les cas qui paraissent le plus rares — l'ingestion des germes pathogènes déglutis permet leur culture à la surface de la muqueuse gastro-intestinale.

Tantôt les éléments morbigènes véhiculés au hasard des courants sanguins ou lymphatiques viennent se greffer dans les mailles du tissu conjonctif sous-muqueux. Là les parasites, trouvant un terrain favorable à leur développement, entravent l'apport des sucs nutritifs et exposent la muqueuse correspondante à la corrosion des liquides acides qui la baignent.

Les faits qui précèdent paraissent éclairer quelques-unes des nombreuses obscurités qui entourent encore aujourd'hui l'histoire de l'ulcère simple de l'estomac et du duodénum.

E. RIVIÈRE.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Warlomont* (de Bruxelles) se porte candidat au titre de correspondant étranger dans la division de médecine.

MM. les docteurs *Bertrand* et *Bauzon* envoient la liste de leurs *vaccinations* et *revaccinations* à Châlon-sur-Saône en 1887.

M. le docteur *Debout d'Estrées* adresse une note sur de nouveaux faits de *goutte parotidienne*.

M. *Cornil* présente un mémoire de M. le docteur *Jorissenne* (de Liège) sur *l'érysipèle et les femmes en couches*.

M. *Léon Colin* dépose: 1° au nom de M. le docteur *Arnould* (de Lille), l'article FIÈVRE TYPHOÏDE, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; 2° de la part de M. le docteur *Dauvé*, des tableaux sur *la fièvre typhoïde* en 1887 dans le VI° corps d'armée; 3° au nom de M. le docteur *Kelsch*, sa leçon d'ouverture du cours d'épidémiologie au Val-de-Grâce; 4° de la part de M. le docteur

Van Merris, des mémoires sur *le traitement maritime de la scrofule*, sur une observation de *corps muriformes* et un cas de *tumeur cérébrale*.

M. *Siredey* offre, de la part de Mme *Bernutz*, un exemplaire des *Conférences cliniques sur les maladies des femmes*, de M. *Bernutz*.

M. *Rochard* fait hommage de son *Traité d'hygiène sociale*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose une note manuscrite de M. le docteur *Miraschi* (de Salonique) sur *le traitement de la fièvre puerpérale*.

M. *Vallin* présente, au nom de MM. les docteurs *André* et *Pélix*, un mémoire manuscrit concernant les résultats des *vaccinations* et *revaccinations* sur les soldats du 12e régiment de chasseurs à Rouen.

M. *Brouardel* dépose, de la part de M. le docteur *Thoinol*, une série de *tableaux statistiques* où les épidémies de *diphthérie* depuis le commencement du siècle jusqu'à l'époque actuelle ont été relevées et notées département par département.

M. *Albert Robin* offre un mémoire sur *le traitement des fièvres et des états typhoïdes par la méthode oxydante et éliminatrice*.

M. *Laboulbène* présente un *Rapport* de M. le docteur *Homo* sur *les épidémies* dans l'arrondissement de Château-Gontier en 1887.

M. *Armand Gautier* offre la première partie du second volume du *Traité de chimie minérale et organique* de MM. *E. Wilm* et *Hanriot*.

M. *Gariel* dépose un *Traité pratique de manipulations à l'usage des étudiants en médecine*, par M. *G.-E. Mergier*.

INFECTION PUERPÉRALE ET ÉRYSIPÈLE. — En réponse aux observations communiquées à la dernière séance par M. Arloing (de Lyon), M. *F. Widal* fait remarquer « qu'aux idées qui règnent en clinique depuis fort longtemps sur l'identité des formes de l'infection puerpérale et l'érysipèle, M. Arloing, après M. Chauveau, a simplement essayé de donner un appui expérimental, tandis que c'est la réalité de ces idées qu'il croit avoir démontrée par l'anatomie pathologique. » En outre, ses conclusions n'ont pas avec celles de M. Arloing l'analogie qu'on a voulu trouver; celui-ci affirme que l'infection puerpérale n'est due qu'à un seul microbe, tandis que M. Widal a montré que les accidents infectieux puerpéraux peuvent être produits au moins par deux organismes. Enfin les faits sur lesquels s'appuient les conclusions de M. Widal n'ont pas le moindre rapport avec ceux qui ont été avancés par M. Arloing.

FILARIOSE. — M. *Laboulbène*, à propos du cas de filaire hématique chez l'homme, communiqué mardi dernier par M. Lancereaux, rappelle qu'il y a près d'un mois M. le docteur Champetier de Ribes lui a remis, pour les analyser, les urines d'une Brésilienne qui lui a vraisemblablement paru être affectée de filariose, bien qu'il n'ait pu soumettre le sang à un examen microscopique ; les urines étaient alternativement sanguinolentes, chyleuses et claires ou limpides.

TÉTANOS. — Ayant à soigner un tétanique dans son service, M. le docteur *Paul Berger* invita son collègue M. Nélaton à venir, avec ses aides, le visiter. Le pansement de ce malade fut ouvert devant eux, puis ils se rendirent panser un autre blessé, qui devint tétanique à son tour, sans qu'on puisse invoquer d'autre cause apparente que la transmissibilité du premier de ces tétaniques au second par l'intermédiaire de ceux qui venaient de l'approcher. A ce cas intéressant M. Berger joint les observations de plusieurs malades chez lesquels le tétanos semble avoir eu une origine équine ou, si l'on veut, tellurique, ainsi que M. Verneuil en a déjà recueilli un certain nombre d'exemples. Ainsi, sur six blessés atteints de tétanos traumatique grave que M. Berger a eu l'occasion de soigner, quatre d'entre eux, trois au moins, soit par le mode de production de la plaie, soit par leur habitation, étaient au moment de leur blessure ou depuis lors en relation avec des chevaux ou avec des objets et des locaux affectés au service des chevaux; chez un cinquième, la contagion de l'homme à l'homme était admissible; chez un dernier, sur la blessure duquel on n'a que des renseignements étiologiques insuffisants, il n'y avait pas de relations équines, mais un contact tellurique indiscutable; ce contact de la plaie avec la terre pouvait être également retrouvé chez trois autres de ces tétaniques. — (Le mémoire de M. P. Berger est renvoyé à l'examen d'une Commission, composée de MM. *Maurice Perrin*, *Léon Le Fort* et *Verneuil*.)

EAU CHAUDE CONTRE LES ÉPISTAXIS ET LES HÉMORRHOÏDES. — M. *Empis* fait un rapport sur un mémoire dans lequel M. le docteur *Alvin* (de Saint-Etienne) a consigné les succès qu'il a obtenus par l'irrigation d'eau très chaude dans les fosses nasales comme moyen facile et très efficace contre les épistaxis graves, ainsi que par l'emploi d'une éponge imbibée d'eau également très chaude contre les bourrelets hémorrhoïdaux externes, accompagnés de contracture douloureuse du sphincter. Aux termes des conclusions du rapport, l'intéressant mémoire de M. Alvin est renvoyé à la Commission pour le concours du Prix Barbier.

ALCOOLISME. — M. *Desbourine* (de Roubaix) a tenu à indiquer à l'Académie deux procédés qu'il considère comme devant remédier dès maintenant aux dangers de l'alcoolisme, à défaut de mesures plus efficaces et qui sont du domaine des législateurs : en premier lieu, l'ingestion de tablettes de chocolat renfermant chacune environ 4 grammes d'albumine, une heure environ avant la consommation des boissons alcooliques ; en second lieu, il propose de ne tolérer dans les débits de spiritueux que des verres de capacité minime, afin que les glandes salivaires aient le temps, dans l'intervalle de l'ingestion de ces petits verres, de fabriquer le liquide nécessaire à la dilution du verre suivant. M. *Lancereaux*, qui a dû présenter un rapport sur ces propositions, fait observer que le problème de l'alcoolisme dépend aussi bien du législateur et de l'administration qui doit n'autoriser que la vente d'alcools purs, que du public lui-même et de la réforme des mœurs à cet égard.

LÈPRE. — M. *Vidal* reprend la discussion sur la lèpre (voy. séances des 15, 22 et 29 mai 1888). Quelle est au fond, dit-il, la question en litige? C'est de savoir si la lèpre peut être transmise du lépreux à l'homme sain par contagion, en prenant le terme dans son acception la plus large, qui, comme pour la variole, comprend l'inoculabilité. Les preuves en peuvent être tirées : 1° de la nature parasitaire de la lèpre; 2° de faits bien avérés de transmission d'un lépreux à l'homme sain; 3° de la marche des épidémies de lèpre et de la possibilité de les enrayer par des mesures prophylactiques sérieusement exécutées. Dans une communication remplie de détails qu'il est impossible de reproduire dans ce compte rendu forcément sommaire, M. Vidal énumère un très grand nombre de preuves à l'appui de ces propositions. Il montre quels progrès la doctrine de la transmissibilité de la lèpre a faits depuis qu'en 1885 il était presque seul à l'Académie à la soutenir.

M. *Le Roy de Méricourt* apporte des déclarations de divers observateurs contre la contagion de cette maladie, en particulier celle de M. le docteur Zambaco (de Constantinople), qui vient de visiter un grand nombre de lépreux en Égypte, à Jérusalem, à Chypre et à Candie.

A propos de cette question, M. *Cornil* envisage d'une façon générale en quoi consiste la contagion dans les maladies parasitaires. On entend généralement par contagion la propagation d'une maladie d'un individu à un autre. Pris dans son sens le plus étroit, ce terme signifierait contamination par le contact de la peau ou des muqueuses d'un individu sain à un malade ; mais il est nécessaire d'en étendre la signification à tous les autres modes d'infection, inoculation par piqûre, par scarification, par plaie, par injection sous-cutanée, par inhalation, par ingestion. Il y a contagion lorsqu'une maladie passe d'un individu à un autre par l'un des modes précédents. Or le parasitisme n'implique nullement l'idée de contagion nécessaire et ce serait une erreur de croire que toute maladie parasitaire, bactérienne, soit transmissible d'un individu à ceux qui vivent en contact avec lui. Il faut le plus souvent, pour que ces derniers soient atteints de la même maladie, qu'ils se trouvent dans des conditions de réceptivité spéciale ou qu'ils puisent les agents qui causent la maladie à la même source où le pre-

mier a été infecté. Rien n'est plus variable que la façon dont se fait la contagion dans les maladies parasitaires dont les agents nous sont connus. En général, l'observation clinique nous a beaucoup moins éclairés sur cette étiologie que les données, tirées de l'histoire naturelle et de l'expérimentation, propres à chaque parasite. On ne peut en effet faire d'hypothèses plausibles sur la façon dont se fait l'introduction d'un parasite que lorsqu'on connaît son histoire, ses milieux nutritifs, ses transformations, sa morphologie, les voies d'élimination, etc. Nous n'avons pu avoir de données certaines sur l'origine du petit nombre de maladies parasitaires que nous connaissons bien, qu'après avoir été renseignés sur le mode d'existence des parasites en dehors de nous.

Plusieurs exemples sont fournis à l'appui de cette manière de voir par M. Cornil; il passe successivement en revue les kystes hydatiques du foie, la fibrine hématique, dont les occasions de contagion sont restreintes, exceptionnelles; l'actinomycose, la morve, le farcin, le charbon, le choléra, la pneumo-entérite du porc. etc., maladies bactériennes, dont les conditions de contagion sont variables suivant les propriétés biologiques du microbe et suivant les habitudes de l'animal qui en est atteint. La tuberculose se rapproche beaucoup de la lèpre par le caractère de son bacille; il y a trente ans personne n'eût osé soutenir l'existence de la contagion de la tuberculose d'homme à homme et aujourd'hui, par suite de l'évolution des données scientifiques, beaucoup s'étonnent que la majorité de l'espèce humaine puisse échapper à la contamination tuberculeuse! Si dans cette question de la propagation de la tuberculose on s'en était uniquement tenu à l'observation pure, on serait aujourd'hui au même point qu'autrefois; personne ne pourrait affirmer la contagion possible des tubercules; aucune précaution ne serait prise, aucun effort ne serait tenté pour limiter leurs ravages. On connaît maintenant le siége, les modes d'existence, la biologie de ces bacilles; les prescriptions de l'hygiène les atteindront mieux que n'a fait tout l'arsenal thérapeutique. Dans la conception nouvelle, les effets attribués naguère à l'hérédité passent pour une grande part à l'actif de la contagion; cela vaut mieux, car il est plus consolant de penser qu'on pourra barrer le chemin à l'entrée de l'ennemi que de se croiser les bras dans la croyance à ce fatalisme de l'hérédité.

Cette évolution de nos idées médicales, déterminée par la microbiologie expérimentale et par la connaissance des modes divers de la contagion, s'est aussi naturellement fait sentir dans la compréhension générale de la lèpre. Il est incontestable que c'est une maladie bactérienne; mais il faut bien reconnaître que nous ne connaissons presque rien touchant la biologie de ses parasites, malgré toutes les recherches dont ils ont été l'occasion; nous sommes à son égard au même point que nous étions il y a trente ans à propos de la tuberculose; sa contagiosité est très difficile à établir, car les preuves directes et irréfragables nous font défaut. Néanmoins on connaît des exemples, et M. Cornil en rapporte un certain nombre recueillis dans le département des Alpes-Maritimes par MM. les docteurs *Chantemesse* et *Moriez*, où l'on voit des cas de lèpre se multiplier au voisinage des lépreux. De ces exemples et de ceux qui ont été reproduits par MM. Besnier, Vidal, Leloir, à la tribune de l'Académie, il résulte que parfois un lépreux, une immigration de lépreux, deviennent les centres autour desquels il se fait des foyers de lèpre. M. Le Roy de Méricourt admet lui-même que la cohabitation puisse engendrer la lèpre chez le conjoint jusque-là indemne. Ce sont là des faits indéniables en faveur de la contagion, mais nos connaissances relatives à la biologie du bacille de cette affection sont encore trop peu avancées pour en donner l'explication scientifique complète.

— L'Académie se réunit ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Gariel* sur les titres des candidats dans la quatrième division (Physique et chimie médicales), des correspondants nationaux. La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit: 1° M. Barnsby (de Tours), 2° M. Charpentier (de Nancy), 3° M. Soubeyran (de Montpellier), 4° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Balland (d'Amiens), Fleury (d'Alger) et Lacour Eymard (d'Oran).

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Amputation inter-scapulo-thoracique: M. van Yterson: M. Berger, rapporteur. — Kyste hydatique du foie. Cystotomie sus-pubienne. De la suture primo-secondaire des plaies: M. Rohmer: M. Berger, rapporteur (Discussion: MM. Lucas-Championnière, Le Dentu, Richelot, Schwartz, Quénu, Pozzi). — Canule à trachéotomie: M. Terrier. — Cancer du cou: M. Le Dentu.

M. *Berger* analyse un travail de M. van Yterson sur l'amputation inter-scapulo-thoracique pratiquée pour un ostéosarcome de l'épaule ayant envahi les muscles scapulaires. L'opéré était presque complètement guéri au bout de quinze jours et huit mois après il n'y avait pas de récidive. Cette opération, qui n'est du reste pas grave, semblerait donc mettre mieux à l'abri d'une nouvelle apparition de la tumeur maligne que la simple désarticulation.

— M. *Berger* expose ensuite une série d'observations de M. *Rohmer* (de Nancy). La première est l'histoire d'un *kyste hydatique du foie* opéré par l'incision et le drainage et qui guérit en deux mois malgré son volume considérable.

La deuxième a trait à une *cystotomie sus-pubienne* ayant pour but de permettre le cathétérisme dans un cas d'hypertrophie de la prostate. La sonde ne put être tolérée et M. Rohmer fistulisa le trajet abdominal et y plaça une canule. Cette opération a été très peu pratiquée, Sédillot la fit en 1868 et Bœckel y eut recours dans deux cas. Elle est préférable à la manière de faire de Thompson, qui passe un tube à travers la paroi abdominale ponctionnée. A ce propos M. Berger fait remarquer les avantages de la méthode de Guyon qui, pour empêcher la plaie sus-pubienne de se fermer, suture la vessie à la paroi.

Enfin le dernier travail de M. Rohmer a pour titre: *De la suture primo-secondaire des plaies*. Préconisée par Jobert et reprise par Kocher, cette suture consiste à ne serrer les fils que lorsque l'hémostase est parfaite et à tamponner la plaie en attendant à l'aide d'éponges saupoudrées de bismuth comme Kocher, d'iodoforme ou de toute autre substance antiseptique. Entre les mains de M. Rohmer, cette méthode n'a donné que des résultats assez peu satisfaisants, car dans plusieurs cas il a eu des suppurations et une fois un érysipèle. Le seul avantage qui paraîtrait résulter de l'emploi de cette suture serait la suppression du drain; mais comme le fait remarquer M. Berger, il est aussi facile de retirer un drain que des tampons et la nécessité de faire une seconde intervention vingt-quatre ou quarante-huit heures après la première, fait souffrir le malade et allonge de beaucoup l'acte opératoire.

M. *Lucas-Championnière* repousse cette pratique: 1° parce qu'il y a ainsi à faire deux opérations au lieu d'une; 2° parce que cette suture n'a pas d'avantages. La suppression du drainage ne diminue pas le temps de guérison des plaies; il faut toujours un temps matériel pour que la cicatrice s'organise et il ne comprend pas la campagne faite par certains chirurgiens et notamment par Kocher contre le drainage. Il a essayé de s'en passer et ne s'en est pas bien trouvé. Grâce à la ouate de tourbe il ne craint pas l'écoulement sanguin qui succède à l'opération et qui ne produit

aucun accident sous un pansement bien fait. M. *Le Dentu* est de l'avis de M. Lucas-Championnière et ne répétera pas les raisons exprimées par lui; il a essayé la suppression du drainage et n'a pas eu de bons résultats. C'est aussi l'opinion de M. *Richelot*, qui a essayé la suture primo-secondaire dans une amputation de l'avant-bras et qui voulant serrer le lendemain ses fils a trouvé un caillot sanguin qui s'opposait à la coaptation. Et de plus, comme le fait remarquer M. *Schwartz*, en faisant deux pansements, on augmente les chances d'infection.

M. *Quénu* ne repousse pas complètement la suture primo-secondaire dans certains cas. Telle une fracture de crâne dans laquelle l'hémorrhagie nécessita le tamponnement et ne permit de faire la suture que le lendemain. A ce propos M. *Pozzi* fait aussi remarquer que le tamponnement antiseptique, comme le fait Bergmann depuis cinq ans, peut rendre des services dans le cas d'ouverture de certaines cavités. Kocher passe ses fils pendant l'opération et Bergmann endort à nouveau le malade pour les placer. MM. *Le Dentu* et *Lucas-Championnière* font remarquer qu'il ne faut pas confondre une plaie anfractueuse et qui dès lors doit être tamponnée avec une plaie qu'on peut réunir complètement et pour laquelle ils ne veulent pas de la réunion en deux temps. M. *Berger* pense qu'il ne faut pas supprimer le drainage, mais qu'il ne faut pas exagérer les accidents qu'a éprouvés M. Rohmer et qui ont été sans suites.

— M. *Terrier* présente une *canule à trachéotomie*, construite sur ses indications et celles de M. Schwartz. Le pavillon qui blessait le malade a été diminué à la partie supérieure et permet les mouvements faciles du cou.

— M. *Le Dentu* présente une tumeur de la région sus-hyoïdienne qui pourrait bien être un cancer de l'os hyoïde ou des parties fibreuses situées en avant de cet os. L'histoire en sera donnée dans une autre communication.

Société de biologie.

SÉANCE DU 16 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Action des verres colorés sur les hypnotiques : M. Luys. — Anomalies musculaires : M. Debierre. — Le sylphe de la betterave : M. Giard. — Névrites produites par l'alcool : MM. Pitres et Vaillard. — Appareil pour étudier la toxicité de l'air expiré : MM. d'Arsonval et Brown-Séquard. — Photographies de cachalot : M. Pouchet.

M. *Luys* a étudié l'action des diverses lumières et des verres diversement colorés sur les hypnotiques. Les sujets témoigneraient, à en croire ces expériences, de la répulsion pour la lumière bleue; la lumière jaune, au contraire, les influencerait agréablement; la lumière blanche détermine la catalepsie. Cependant quelques sujets seraient affectés d'une manière inverse, c'est-à-dire agréablement par le bleu et désagréablement par le jaune. L'action répulsive ou attractive serait en raison directe de la surface colorée.

— M. *Giard* présente une note de M. *Debierre* (de Lille) sur les anomalies musculaires.

— M. *Giard* a étudié le parasite qui s'attaque en ce moment à la betterave du Nord. Ces insectes ont des larves carnivores, mais qui sont devenues herbivores, se nourrissant de la betterave, depuis que dans cette culture on se sert des engrais chimiques.

— M. *Vaillard* fait en son nom et au nom de M. *Pitres* une communication relative aux altérations que l'alcool produit sur les nerfs. Il résulte de ces recherches expérimentales que l'alcool altère la myéline, d'où nécrose du tube nerveux au-dessous de la lésion. L'alcool faible supprime rapidement l'excitabilité des nerfs.

— M. *d'Arsonval* présente en son nom et au nom de M. *Brown-Séquard* un appareil destiné à des recherches sur la toxicité de l'air expiré. Ce dispositif est tel qu'un animal, une fois placé dans l'appareil, absorbe constamment l'air qu'il expire, sauf l'acide carbonique contenu dans cet air. Ainsi on peut distinguer l'action réelle des produits toxiques exhalés par les poumons, à l'exclusion de toute action de l'acide carbonique.

M. *Brown-Séquard* ajoute que ces expériences lui ont déjà permis de reconnaître, à lui et à M. d'Arsonval, que l'acide carbonique, mélangé à l'air dans la proportion de 50 à 75 pour 100, n'est pas toxique pour les lapins. Il est vrai que le renouvellement de ce mélange d'air et d'acide carbonique était très rapide.

— M. *Pouchet* présente des photographies de cachalot grâce auxquelles on peut juger de la forme exacte de la tête de cet animal; d'autres photographies montrent particulièrement la boîte à spermacéti. On sait que dans la tête d'un cachalot il y a environ un demi-mètre cube de cette huile qu'on appelle le spermacéti.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Action thérapeutique des bains térébenthinés chez les anémiques non tuberculeux : M. Brémond. — Du strophantus glabre du Gabon : M. Poulet (Discussion : MM. Catillon, Blondel, Dujardin-Beaumetz, C. Paul, Créquy). — De la phénacétine : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Brémond* donne lecture d'une note relative à l'influence du traitement térébenthiné sur la richesse du sang en oxyhémoglobine et sur l'activité de cette oxyhémoglobine chez les anémiques non tuberculeux. Chez une jeune malade dont le sang ne renfermait, au début, que 3,5 pour 100 d'oxyhémoglobine, on a obtenu un accroissement de plus en plus rapide, qui a porté, après vingt-cinq séances, la richesse en oxyhémoglobine à 6 pour 100. L'augmentation s'est même montrée plus considérable et plus rapide chez les malades qui offraient, au début, un chiffre se rapprochant davantage de la normale, soit 14 pour 100; en pareil cas, on a obtenu un accroissement de 2 pour 100. Cette augmentation n'a pas présenté les oscillations constatées par M. Brémond chez les phthisiques. On peut trouver dans ces résultats une confirmation de l'action eutrophique du traitement térébenthiné, qui a pour effet de transformer l'oxygène du sang en ozone, et par suite de modifier les oxydations intimes, et de perfectionner les assimilations organiques.

M. *Créquy* a obtenu, chez un phthisique, arrivé à la troisième période, de bons effets des bains térébenthinés. Les signes d'auscultation se sont peu modifiés à coup sûr, mais l'état général s'est beaucoup amélioré.

— M. *C. Paul* lit, au nom de M. Poullet, membre correspondant, un travail sur l'*Inée ou strophantus glabre du Gabon*. D'après M. Poullet, ce strophantus, qu'il conviendrait de désigner sous le nom français d'inée, serait le seul à employer chez nous en thérapeutique, car il provient d'une colonie française et, d'autre part, renferme jusqu'à cinq et six fois plus de strophantine que les autres espèces, ainsi que l'a démontré M. Catillon. L'inée aurait donné, entre les mains de M. Poullet, d'excellents résultats contre les palpitations anévrysmales, la congestion pulmonaire tuberculeuse, les hémoptysies, les épistaxis, l'engorgement utérin consécutif à l'avortement, et même contre une paralysie incomplète des muscles moteurs oculaires chez

une femme soumise antérieurement au sirop de Gibert. — (Ce mémoire est renvoyé au comité de publication.)

M. *Catillon* fait remarquer que les recherches de M. Poullet tendraient à attribuer au strophantus glabre du Gabon des propriétés absolument différentes de celles que l'on a reconnues aux autres variétés employées, et dont l'action est avant tout diurétique. Cette action diurétique a encore été récemment confirmée pour le strophantus hyspidus par M. Lemoine, qui n'aurait pas obtenu, du reste, ces mêmes effets avec la strophantine pure. Ces résultats concordent avec ceux qu'ont avancés MM. Bucquoy et Dujardin-Beaumetz. On peut, dès lors, se demander s'il y a avantage à employer le strophantus glabre du Gabon, plus riche en strophantine, et dont la toxicité ne comporte pas l'usage des doses usitées pour les autres espèces. On se trouve alors, en effet, amené à donner une moindre quantité de principes diurétiques de l'extrait, puisque l'on ne peut administrer que 1 milligramme d'extrait de strophantus glabre riche en strophantine, au lieu de 4 milligrammes d'extrait des autres espèces. Enfin, M. Poullet demande que l'on n'emploie que le seul strophantus glabre du Gabon; c'est fort bien, mais il n'y en a pas actuellement en France: comment pourrait-on s'en procurer?

M. *Blondel* confirme l'absence en France de toute provision de quelque importance du strophantus du Gabon; peut-être en existe-t-il au plus 200 grammes. M. Ballay avait promis d'en expédier directement, mais jusqu'ici on n'en a pas reçu. Il serait intéressant de savoir comment M. Poullet a pu s'en procurer aussi facilement?

M. *Dujardin-Beaumetz* ajoute qu'en résumé le strophantus est un bon diurétique, employé sous forme de teinture ou d'extrait de strophantus hispidus. Quant à la strophantine, elle n'a pas donné, entre ses mains, des effets bien concluants.

M. *C. Paul* fait remarquer que le même fait est assez ordinaire, et en particulier avec le muguet : on obtient une action diurétique précieuse lorsque l'on emploie l'extrait, tandis que la convallamarine reste inefficace.

M. *Catillon* rappelle que les expériences de M. Gley, chef du laboratoire à l'Hôtel-Dieu, ont montré que la strophantine n'a pas d'action diurétique. D'ailleurs, il faut se rappeler que, jusqu'ici, la seule strophantine qui ait été expérimentée est celle qui provient du strophantus hispidus.

M. *Créquy* constate que, jusqu'à plus ample informé, il semble que l'on doit de préférence recourir à l'extrait de strophantus, dont les propriétés paraissent nettement établies.

— M. *Dujardin-Beaumetz* revient sur la question des *phénacétines*. La méta-acétphénétidine devant être décidément laissée de côté, il ne reste plus que l'ortho-acétphénétidine et la para-acétphénétidine, qui sont en ce moment l'objet de recherches suivies à l'étranger. La para-acétphénétidine paraît très peu toxique et, par suite, supérieure à l'acétanilide; elle est même, à dose égale, supérieure à l'antipyrine : elle ne produit aucun des accidents vaso-moteurs, des éruptions cutanées, causées parfois par l'antipyrine, et possède une action analgésique et antithermique au moins aussi énergique. M. Dujardin-Beaumetz l'a expérimentée à la dose de 1 gramme en deux prises de 50 centigrammes; parfois même il l'administre par doses de 25 centigrammes. Cette substance étant insoluble, on l'enferme dans des cachets Limousin.

Quant à l'orthoacétphénétidine, elle est soluble dans l'alcool et, dès lors, demeure dissoute si l'on ajoute une quantité d'eau même assez notable. Ce serait un avantage appréciable; mais il reste à déterminer si son action thérapeutique est égale à celle de la para-acétphénétidine.

— M. *Dujardin-Beaumetz* propose à la Société de thérapeutique d'étudier la question de la formation d'un congrès de thérapeutique à Paris, à l'occasion de l'Exposition universelle de 1889. (Renvoyé au Bureau.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Comment faut-il traiter la scarlatine? par M. D. Couper. — Le régime diététique joue un rôle important dans cette affection et, d'après l'observateur anglais, on doit alimenter le malade autant que la tolérance du pharynx le permet. A cet effet, il faut insister sur le régime lacté, les œufs, le bouillon, les potages, le poisson, etc. Les repas doivent être répétés de deux en deux heures, et la quantité des boissons rationnée en raison des diverses complications rénales. Parmi elles, M. Couper recommande l'eau glacée, la limonade citrique ou tartrique, l'eau albumineuse, les grogs, le vin, suivant le goût du malade.

Les conditions hygiéniques seront scrupuleusement surveillées. La chambre sera bien ventilée et le lit dépouillé de ses tentures, de façon à faciliter le renouvellement de l'air.

Parmi les agents médicamenteux, M. Couper admet l'utilité de l'ingestion de l'acide phénique par petites doses et fait fond sur lui pour réaliser l'antisepsie du milieu intérieur. Dans les cas d'hyperthermie et quand la température s'élève au delà de 103 degrés Farenheit, il recommande les affusions d'eau tiède, les compresses froides sur l'abdomen.

Le traitement de la pharyngite sera simple : il consistera en gargarisme avec le lait tiède, le vin de Porto, l'acide phénique et la solution de chlorate de potasse. Cependant, si l'angine prend le caractère diphthéritique, on interviendra par des badigeonnages avec la glycérine phéniquée ou iodée; on combattra les adénites cervicales par les onctions hydrargyriques avec la pommade d'oléate de mercure à 15 pour 100. Les anasarques, qui d'ailleurs ne sont pas toujours sous la dépendance de lésions rénales, mais peuvent dépendre de la cardiosthénie, sont justiciables du fer et de la digitale. Enfin pour légitimer sa pratique, l'auteur fait appel aux plus récents travaux sur l'étiologie de la maladie et en particulier à ceux de Jameson et Edington. (*Glasgow med. Journ.*, avril 1888, p. 295.)

De l'iodoforme dans le traitement de la méningite tuberculeuse, par M. Daniel A. Brower. — Cette médication consiste dans des onctions biquotidiennes sur la tête, avec une pommade contenant une partie d'iodoforme véhiculé dans cinq parties de lanoline ou bien de vaseline. On recouvre ensuite la région d'un bonnet en imperméable. Cet observateur considère ce traitement comme le plus efficace de ceux que l'on recommande à l'heure actuelle. Pour sa part, dans une série de quatre cas, il compte une guérison et trois améliorations consistant dans la prolongation de la vie du malade pendant beaucoup plus longtemps qu'avec les autres médications. Au demeurant, le traitement iodoformé de la méningite tuberculeuse, aurait pour effet de diminuer la gravité des cas et de rendre moins précaires les faibles chances de succès. (*Journ. of the Amer. med. An.*, 1888, p. 1.)

Des bains de mer dans le traitement des dermatoses, par M. le Dr Piffard. — Dans ce mémoire, l'auteur fait connaître le résultat de ses observations cliniques et constate que les effets locaux thérapeutiques des bains d'eau salée dépendent tout à la fois de leur action générale, de leur durée et de la température à laquelle on les administre.

M. Piffard a obtenu de bons résultats contre le psoriasis, l'eczéma chronique, la furonculose, les affections prurigineuses et la

scrofule. Mais comme les bains doivent être continués pendant plusieurs mois, condition difficilement réalisable sous notre climat, on peut leur substituer des bains additionnés de sel marin dans la proportion d'un demi pour 100. L'immersion doit être prolongée pendant dix ou vingt minutes et la température du bain maintenue entre 90°, et 95°, Farenheit.

Ces bains salés artificiels rendent d'incontestables services dans les formes subaiguës de l'eczéma, contre le psoriasis, la furonculose, les éruptions successives papuleuses ou pustuleuses, contre l'urticaire et dans les scrofulo-dermatoses et les syphilo-dermatoses pustuleuses ou ulcératives.

M. Piffard, qui n'a jamais observé aucun accident après l'emploi de ces bains, les considère comme un agent thérapeutique puissant et incontestablement très efficace. (*Journ. of cutaneous and. ven. dis.*, décembre 1887.)

Du calomel dans la fièvre typhoïde, par M. ZIEMSSEN. — L'emploi systématique de ce sel mercuriel a été préconisé dans ces derniers temps comme une médication spécifique de la fièvre typhoïde par quelques médecins allemands. Ce traitement consiste à prescrire toutes les deux heures une dose de 40 centigrammes de calomel.

L'action du médicament se traduit d'après ceux qui le recommandent par la coloration grisâtre ou verdâtre des selles. En même temps, disent-ils, la température s'abaisse et parfois même dans l'espace de douze heures elle revient à la normale. D'après M. Ziemssen, ces effets thérapeutiques seraient le résultat des propriétés germicides du bichlorure de mercure formé dans l'intestin par l'action des matières qui y sont contenues sur le calomel. Malgré ces vertus, cette médication ne mérite pas le nom de spécifique, puisque au témoignage de l'observateur allemand, elle n'abrège pas la durée de la fièvre, mais en diminue seulement l'intensité. (*Central. f. die gesammite therapie*, mars 1888.)

Des propriétés antithermiques de l'acide oxynaphtoïque, par M. VON HOFMEISTER. — Cette substance, au témoignage de l'auteur allemand, serait douée de vertus supérieures à celles de l'acide phénique et de l'acide salicylique. En premier lieu, elle abaisserait énergiquement la température fébrile; ensuite, elle ne neutraliserait qu'en partie la pepsine et par conséquent ne lui enlèverait pas toutes ses propriétés digestives; inconvénients inséparables de la puissance antizymasique des deux autres acides.

L'acide oxynaphtoïque se combine avec les alcalis et l'oxynaphtoïte de soude possède l'avantage d'une extrême solubilité dans un véhicule aqueux. Enfin, propriétés qui seraient précieuses si elles étaient affirmativement contrôlées, il peut, à la surface des plaies, rendre des services comme antiseptique et germicide. (*Arch. f. experim. Pathol. und Pharmacologie*, 29 février 1888.)

Le sulfonal, ses propriétés hypnotiques, par M. KAST. — Ce corps est le diéthylsulfone-diméthylméthane, substance cristalline et soluble dans l'eau, inattaquable par les acides et les alcalis et résistant aux divers oxydants. Les chiens auxquels on l'administre éprouvent un sommeil paisible précédé et suivi d'une période durant laquelle les mouvements sont mal coordonnés.

A hautes doses le sulfonal provoque des convulsions, suivies de coma et de la mort. Employé chez l'homme, il ne donne pas lieu à ces phénomènes et le sommeil est tranquille.

Le sulfonal a été administré à soixante malades pour la plupart en traitement à l'asile des aliénés de Marbourg. Chaque dose était de 2 à 3 grammes et chaque fois le sommeil obtenu fut paisible. En même temps, on constatait l'intégrité des fonctions digestives, l'absence de troubles thermiques et aucune modification dans la pression du sang. Le sulfonal serait donc exempt de tout inconvénient. Cet avantage lui donnerait une supériorité sur les autres agents hypnotiques. (*Berlinerklin. Woch.*, 16 avril 1888.)

Des propriétés et des effets de l'hellébore vert, par M. CHRISTOVICH. — Cet observateur a mis ce médicament à l'essai sur des grenouilles et des chiens; puis a pu dans des cas de cardiopathie en obtenir des effets thérapeutiques. Cette substance diminuerait la fréquence des pulsations cardiaques tout en augmentant leur amplitude et en régularisant les battements du pouls. De là, son utilité pour diminuer la suractivité du muscle cardiaque, les congestions pulmonaires, hépatiques ou rénales, et augmenter la sécrétion urinaire.

En même temps, l'hellébore vert agit sur la nutrition et sous l'influence de doses répétées quotidiennement de son extrait, on constate la diminution du poids du corps en proportion de la quantité d'urine éliminée. M. Christovich fait usage de ce médicament cardiaque sous la forme d'extrait en solution au centième. Celle-ci est administrée à raison de dix à vingt gouttes par jour. (*Deut. med. Zeitung*, 30 janvier 1888.)

De l'influence des sels de rubidium et de cæsium sur la circulation du sang, par M. S. BOTKIN. — Les recherches expérimentales entreprises par l'auteur dans le laboratoire de son père, consistaient dans l'injection du chlorure de ces métaux dans la veine fémorale.

Sous l'influence de ces sels, la pression sanguine augmentait en même temps que la fréquence des battements cardiaques se ralentissait; phénomène attribué à la stimulation du nerf vague, tandis que l'augmentation de la pression sanguine paraît dépendre de l'action des sels sur la circulation périphérique.

Mis à l'essai dans le traitement de quelques cas de cardiopathie à la dose de trois centigrammes et en solution aqueuse, le chlorure de rubidium n'a paru posséder qu'une faible valeur comme médicament cardiaque et n'offrait d'intérêt que pour diminuer les troubles récents de la compensation. Son principal effet était de régulariser le pouls, sans provoquer ni troubles de l'état général, ni accidents secondaires par la continuation de son administration. Au demeurant, les sels de ces deux métaux possèdent des propriétés vasculaires analogues aux sels potassiques. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie des exercices du corps, par M. le docteur FERNAND LAGRANGE (*Bibliothèque scientifique internationale*). Paris, 1888. — F. Alcan.

C'est par la conclusion de cet ouvrage que nous pensons devoir commencer son analyse. Après avoir résumé la discussion qui occupa l'année dernière plusieurs séances de l'Académie de médecine et cité textuellement les conclusions votées par la savante Compagnie, le docteur Lagrange fait, en effet, remarquer avec raison que, dans l'exercice musculaire coordonné, adapté à un effort précis, le cerveau travaille comme le muscle, que tout acte musculaire voulu exige un effort cérébral et que, par conséquent, on se trompe en pensant que tous les exercices gymnastiques recommandés par l'Académie conviennent aux surmenés. Dans un des chapitres suivants, en rapprochant les résultats que l'on obtient par le travail intellectuel et par le travail physique, en rappelant que la composition de l'urine éprouve dans les deux cas des modifications analogues, qu'un accès de goutte peut succéder à la fatigue intellectuelle aussi bien qu'à la fatigue physique, etc., l'auteur insiste encore sur les dangers de certains exercices du corps imposés aux sujets fatigués par le travail intellectuel. Dans les mouvements difficiles de la gymnastique, de l'équitation et de l'escrime, le rôle du cerveau et des nerfs devient aussi important que celui des muscles. Ce que dit l'auteur, à propos de l'escrime, de l'*à-propos* dans l'attaque, du *départ*, etc., est marqué au coin de l'observation la plus juste et de l'analyse la plus rigoureuse

des phénomènes cérébraux qui ont en l'espèce un rôle prédominant. Mais il y a plus: le surmenage musculaire est lui-même une cause de détérioration; il donne naissance à des auto-intoxications dues à l'accumulation trop rapide dans l'organisme des produits de désassimilation. On conçoit donc le danger de ne pas graduer les exercices gymnastiques auxquels on doit soumettre des sujets déjà fatigués, sinon épuisés par le travail cérébral. Nous croyons avoir remarqué que la paralysie générale qui frappe si cruellement les officiers de l'armée atteint plus particulièrement ceux qui se livrent avec excès tout à la fois aux études scientifiques et aux travaux corporels. Ceux-ci ne reposent des fatigues cérébrales qu'à la condition d'être automatiques. Or la gymnastique raisonnée et surtout l'escrime ne sont pas des exercices automatiques. La danse, la course, le canotage, n'exigent au contraire aucun effort intellectuel et fatiguent les muscles sans amener l'épuisement nerveux. « Qu'on ordonne, dit M. Lagrange, l'escrime, la gymnastique avec appareils et l'équitation de haute école à tous les désœuvrés de l'esprit dont le cerveau languit faute d'action. L'effort de volonté et le travail de coordination que ces exercices nécessitent donneront aux cellules cérébrales engourdies une excitation salutaire. Mais à l'enfant surmené par le travail des livres, à celui dont les centres nerveux se congestionnent sous l'effort intellectuel persistant, dû à la préparation d'un concours, à celui-là il faut prescrire les longues marches, l'exercice si facilement appris de l'aviron et, faute de mieux, les vieux jeux français de « saute-mouton » et des « barres », les poursuites, la courre, tout enfin plutôt que les exercices savants et la gymnastique acrobatique. »

Cette citation et les développements qui la justifient montrent bien le but poursuivi par l'auteur et les idées qui l'ont guidé. Son livre est, comme le dit son titre, une analyse physiologique des effets produits par les exercices du corps et du mécanisme suivant lequel se produisent les mouvements. Nous ne voulons pas relever ce qui, dans la partie exclusivement scientifique qui traite de l'action du cerveau, de la moelle, et des muscles, pourrait être contesté ou tout au moins discuté. Nous tenons surtout à conseiller la lecture attentive de l'ouvrage. Il traite sérieusement et scientifiquement un sujet dont ne se préoccupent point assez ni les médecins, ni les éducateurs de la jeunesse. Par les nombreux détails dans lesquels il entre et par les exemples qu'il cite, il montre bien que la conclusion à laquelle il arrive est de tous points conforme à l'expérience et qu'elle mérite d'être méditée.

L. L.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par M. Franz Kœnig, professeur de chirurgie et directeur de la clinique chirurgicale de Gœttingue, traduit d'après la quatrième édition, par M. J. R. Comte, chirurgien adjoint de l'hôpital de Genève, ouvrage précédé d'une introduction par M. le docteur Terrillon, professeur agrégé de la Faculté de Paris. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1888.

Depuis la traduction, assez ancienne déjà, d'un petit *Manuel* de Roser, fort recommandable à beaucoup de points de vue, nous n'avions pas eu de version française d'un traité allemand de chirurgie de régions. M. le docteur Comte a eu l'idée de mettre, en notre pays, à la portée de tous, un de ces traités, et il a eu la main heureuse en choisissant celui de Kœnig. Cet ouvrage, qui se composera, au total, de trois volumes, va paraître en six fascicules successifs, à trois mois d'intervalle.

Le premier fascicule, dont nous avons à rendre compte, contient l'étude des maladies chirurgicales du crâne et du cerveau, de la face, des maxillaires. Il nous permet de juger ce que doit être l'œuvre entière: un excellent traité de chirurgie spéciale. C'est surtout sur les traumatismes du crâne que nous désirons appeler l'attention. Ce chapitre est d'une exposition claire, et M. Kœnig a su obéir à une règle qu'il avait posée dans la préface de la première édition: « un traité doit couler dans un même moule des matériaux divers et ne contenir, au moment de la publication, que les faits définitivement entrés ou près d'entrer dans le domaine public ». Dans tout cela nous avons constaté avec plaisir, pour le mécanisme des fractures du crâne en particulier, que si les travaux allemands récents de Messerer, de Wahl, etc., sont résumés avec soin, il n'est pas fait table rase des mémoires importants publiés en France sur ce sujet.

A côté des développements théoriques, l'auteur a fait à la partie opératoire plus de place qu'il n'est d'usage dans nos livres classiques. Chez nous, en effet, on a coutume d'empiéter le moins possible sur le domaine des traités ou manuels de médecine opératoire. Aussi trouve-t-on peu de détails sur la névralgie faciale et sur les méthodes diverses qui permettent de sectionner ou de réséquer les branches du trijumeau. Ici il n'en est pas de même. Les sections nerveuses de la face, les autoplasties sont longuement et minutieusement décrites.

Nous n'insisterons pas sur une analyse, impossible à faire, à vrai dire. Il nous suffit d'avoir constaté que nous avons là, entre les mains, un ouvrage apte à nous faire connaître ce qu'est la chirurgie classique en Allemagne; d'avoir constaté que parmi les divers traités élémentaires (et nous en avons lu d'autres) celui de Kœnig est certainement un des meilleurs. M. Comte a donc rendu service en entreprenant cette traduction.

A. Broca.

Les strophantus du commerce. Étude de matière médicale, par M. R. Blondel, préparateur à la Faculté de médecine. Paris, 1888. O. Doin.

L'inée ou onaye est un poison célèbre employé par les Pahouins de l'Afrique équatoriale pour rendre mortelle la blessure de leurs flèches, munies d'une substance active constituée par la bouillie obtenue en écrasant les graines de strophantus. Les recherches de Fraser, de Polaillon, de Hardy et Gallois et, à leur suite, d'un certain nombre d'observateurs ont établi que le principe actif de l'onaye, la strophantine, agit à faible dose comme médicament cardiaque et diurétique, pouvant rendre de grands services dans des cas déterminés. Dès lors le commerce de la droguerie s'est approvisionné de semences de strophantus; mais elles sont d'espèces diverses, variables dans leur activité, sans parler des altérations qu'elles ont parfois subies dans un but de fraude commerciale. M. Blondel passe en revue les caractères botaniques et histologiques des espèces de strophantus mises à la disposition des expérimentateurs: strophantus hispidus, strophantus du Niger, strophantus glabre du Gabon, strophantus de Sourabaya, strophantus Kombé, strophantus laineux du Zambèze. L'avenir prononcera sur l'efficacité réelle du strophantus employé comme médicament cardiaque, et sur le degré d'activité de chaque espèce en particulier.

Nouvelle méthode de traitement de la diphthérie, par M. le docteur G. Guelpa. — Paris, 1887, O. Doin.

Inspirée tout d'abord par le traitement bien connu d'Aubrun, la méthode préconisée par M. Guelpa en diffère néanmoins par un grand nombre de points importants. Repoussant, comme désavantageuses ou nuisibles les cautérisations des plaques diphthéritiques, l'auteur conseille les irrigations de la gorge et des fosses nasales, faites *larga manu*, pratiquées tous les quarts d'heure le jour, toutes les demi-heures la nuit avec une solution de perchlorure de fer à 5 ou 10 pour 1000. C'est là, pense-t-il, le meilleur préservatif contre la contagion et le plus sûr

moyen d'empêcher l'extension aux parties voisines. Ce traitement ne présente aucun danger et ne nécessite pas la présence d'aides spéciaux expérimentés. Le malade doit être maintenu à la diète lactée. L'auteur attribue d'ailleurs une efficacité thérapeutique secondaire au médicament qui entre dans la solution; ce qui constitue vraiment la base du traitement c'est le lavage, l'irrigation répétée le plus fréquemment possible. On ne peut s'empêcher de faire bien des réserves à l'égard des espérances un peu enthousiastes et hâtives formulées par M. le docteur Guelpa pour la guérison d'une maladie aussi grave et décevante que la diphthérie: puisse-t-il n'avoir rien à modifier à ses conclusions!

La cura del cirsocele merce l'elettro-ago-puncturа, par M. G. La Rosa Libertini. — Catane, 1887.

Cette étude du traitement du varicocèle par l'électro-puncture est fondée sur cinq observations provenant de la pratique privée et hospitalière du professeur Clementi. Ce traitement est préférable aux méthodes sanglantes parce qu'il est d'une innocuité absolue et d'après l'auteur on n'a pas le droit de faire courir un soupçon de danger au malade pour une affection de ce genre.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

Congrès pour l'étude de la tuberculose. — Nous rappelons l'attention de nos lecteurs sur le Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, qui doit avoir lieu à Paris du 25 au 31 juillet et qui paraît devoir obtenir un grand succès.

De nombreuses Sociétés savantes françaises et étrangères y seront représentées par leurs délégués, en particulier l'Académie des sciences, les Académies de médecine de Paris et de New-York, les Sociétés médicales des hôpitaux de Paris, de Bordeaux, de Toulouse, de Boulogne-sur-Mer, de l'Yonne, de Liège, de Bristol, de Glasgow, la Société de chirurgie de Paris, la Société anatomique de Paris, la Société anatomique-clinique de Lille, etc., les Sociétés vétérinaires de Paris, des Ardennes, de la Lorraine, de l'Yonne, de la Marne, du Lot-et-Garonne, du Loiret, du Puy-de-Dôme, de l'Eure et de la Seine-Inférieure, etc.

Adresser les cotisations (10 francs) à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, et les communications à M. le docteur Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

Société de stomatologie de Paris. — La Société de stomatologie de Paris a tenu sa première séance lundi dernier, 18 juin, à huit heures et demie du soir, dans l'une des salles du Palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. Magitot.

Après un discours du président et la lecture des procès-verbaux relatifs à la fondation de la Société, diverses communications ont été faites:

1° Présentation d'un cas d'érosion des dents temporaires chez un sujet absolument indemne de tout soupçon de syphilis héréditaire, par M. Galippe.

2° Un cas d'anomalie numérique de l'appareil dentaire, consistant dans la présence d'une dent surnuméraire occupant la ligne médiane à la mâchoire supérieure et présentant la forme conoïde, par réversion au type fondamental et primitif, par le même.

3° Un cas d'hémorrhagie incoercible consécutif à l'extraction d'une dent temporaire chez un enfant, par le même (Cette communication a été suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Moreau-Marmont, Cruet et Stoess).

4° Une communication de M. Cruet sur le traitement chirurgical de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. En raison de l'importance de ce travail, la Société, sur l'avis du président, en a renvoyé la discussion à une prochaine séance.

5° Un cas de stomatite ulcéreuse chez l'adulte, communiqué par M. Magitot.

6° Des altérations cadavériques des dents dans le sol des sépultures et du rôle des micro-organismes, par M. Galippe.

Enfin, après un rapport de candidature et l'élection de plusieurs membres correspondants, la séance a été levée à dix heures un quart.

Nous rappelons que la Société de stomatologie se réunit au lieu indiqué plus haut, le troisième lundi de chaque mois, à huit heures et demie. Ajoutons qu'elle publie chaque année un volume de comptes rendus et mémoires. Adresser toutes les lettres et communications diverses à M. Galippe, secrétaire général, 65, rue Sainte-Anne.

Société d'ophthalmologie de Paris. — La Société d'ophthalmologie de Paris s'est définitivement constituée le 12 juin dans une seconde réunion préparatoire, tenue à la mairie du II° arrondissement. Trente-cinq membres se sont fait inscrire. Trente sont membres fondateurs, les cinq autres, auxquels leur qualité d'étranger ne permettait pas d'accorder le titre de fondateur, ont été membres titulaires.

Le bureau de la nouvelle Société est constitué comme il suit: président, M. Chevallereau; vice-président, M. Chauvel; secrétaire général, M. Gorecki; secrétaires annuels, MM. Valude et Despagnet; bibliothécaire archiviste, M. Hubert; trésorier, M. Duboys de la Vigerie.

Corps de santé. — Par décret, en date du 16 juin 1888, M. le médecin principal de première classe Vallin est promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Paulet admis, sur sa demande, à la pension de retraite.

Par décision ministérielle, en date du même jour, M. Vallin est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14° corps d'armée.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Adrien Kusmierski, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, qui a succombé à une angine diphthéritique contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Mortalité a Paris (23° semaine, du 3 au 9 juin 1888. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 8. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 34. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 170. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs: cancéreuses, 55; autres, 7. — Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 62. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 46. — Bronchite aiguë, 14. — Bronchite chronique, 28. — Broncho-pneumonie, 19. — Pneumonie, 47. — Gastro-entérite: sein, 23; biberon, 48; autres, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 6. — Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 24. — Suicides, 26. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 175. — Causes inconnues, 10. — Total: 962.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité clinique des maladies mentales, par M. le docteur Schüle, médecin de l'asile d'Illenau, etc. 3° édition, traduite par les docteurs J. Dagonet et Duhamel, revue et augmentée par l'auteur avec une préface de M. le docteur H. Dagonet, médecin de l'asile Sainte-Anne, etc. 1er fascicule. 1 vol. in-8°. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Manuel de métallothérapie et de métalloscopie appliquées au traitement des maladies épidémiques, burquisme et magnétisme animal (grand et petit hypnotisme), par M. le docteur J. Maricourt. 1 vol. in-18. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

De la méningite tuberculeuse chez les jeunes enfants âgés de moins de deux ans, par M. le docteur F. Bosselut. 1 vol. in-8° avec 3 planches hors texte. Paris, O. Berthier. 4 fr.

Traité pratique et clinique d'hydrothérapie, par M. E. Duval. 1 vol. in-8° de 900 pages, avec figures, avec une préface de M. Peter. Paris, J.-B. Baillière et fils. 10 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

15174. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 27 juin 1888.

Académie de médecine : **Contagiosité de la pelade et de la lèpre.**

Les difficultés que l'on éprouve lorsqu'il s'agit de démontrer scientifiquement la transmissibilité de l'homme à l'homme des maladies, qui ne sont point inoculables comme la syphilis ou évidemment contagieuses comme les fièvres éruptives, existent aussi bien pour la pelade que pour la lèpre. En ce qui concerne cette dernière maladie nous n'avons rien à ajouter aux réflexions que nous dictaient il y a huit jours les conclusions si nettes et si précises de M. Cornil. S'il est vrai, comme nous l'avons déjà dit et comme vient encore de le faire observer M. Hardy, que la lèpre ne soit plus aujourd'hui ce qu'elle était au moyen âge et que sa propagation et son extension ne semblent guère à redouter dans nos pays, il est non moins certain qu'elle reste fréquente en Orient et que sa transmissibilité dans certains cas paraît démontrée. Les contagionnistes, et à leur tête MM. E. Besnier et Vidal, sont donc en droit de réclamer certaines mesures de prophylaxie sanitaire. Ils n'ont jamais parlé de reconstruire les léproseries et c'est vraiment exagérer leur pensée que de parler, à propos des observations si intéressantes qu'ils ont apportées à l'appui de leur doctrine, de prohibition ou d'exil. Concluons donc en rappelant ce que disait en 1887 M. E. Besnier : La lèpre n'est pas une maladie éteinte. Elle tient au contraire une grande place dans l'épidémiologie générale et internationale. Elle n'est ni spontanée, ni accidentelle. C'est une maladie spécifique exclusivement humaine, transmissible de l'homme à l'homme. L'homme semble être le seul agent ou du moins l'agent essentiel inévitable de cette transmission. Il la transporte d'un lieu à l'autre attachée à lui, non au sol. La propagation de la maladie est favorisée par la misère sociale et la promiscuité sordide; « les conditions inverses, un état social régulier, *l'application des lois de l'hygiène générale et privée annihilent à peu près sa faculté contagieuse.* » Cette dernière conclusion, que nous citons textuellement et que nous soulignons pour la bien mettre en évidence, précise la pensée de M. E. Besnier. Elle montre très nettement la possibilité de restreindre sans mesures exceptionnelles la propagation d'une maladie qui disparaîtra avec les progrès de l'hygiène sociale

La pelade, que l'on devrait pouvoir à certains points de vue rapprocher de la lèpre, est aussi une de ces maladies tout à la fois parasitaires et contagieuses dont le microbe spécifique est peu connu et mal déterminé et dont la contagiosité est parfois si difficile à prouver qu'on a pu la nier dans tous les cas. Nous n'avons point à revenir sur ce que nous écrivions l'année dernière à l'occasion du travail de M. Ollivier et de la discussion à laquelle ce travail a donné lieu. Les observations les plus récentes, et en particulier l'épidémie observée à la caserne des sapeurs-pompiers et au sujet de laquelle M. L. Colin vient de faire au conseil d'hygiène un très intéressant rapport, démontrent la contagiosité de la maladie. La pelade est actuellement, à Paris du moins, en voie de recrudescence. Sa transmissibilité à des hommes exposés à coucher dans des locaux où des malades atteints de maladies parasitaires du cuir chevelu les ont précédés de quelques heures, ne peut faire doute alors surtout que, comme M. E. Besnier l'a fait remarquer, c'est par la nuque que la plupart des malades ont été d'abord atteints.

Il existe donc des pelades contagieuses mais, dans le cas où la contagion ne peut être démontrée, faut-il admettre que l'on ait affaire à une trophonévrose? Une même maladie, cliniquement et anatomiquement spécifiée, peut-elle ressortir à des causes aussi différentes qu'un traumatisme cérébral et une contagion parasitaire directe? Nous avons peine à le croire et, s'il faut admettre avec la plupart des dermatologistes contemporains qu'il existe des pelades d'origine nerveuse (ce que M. Leloir appelle *peladoïdes trophoneurotiques*) et des pelades d'origine parasitaire, il semble nécessaire de distinguer ces deux sortes d'affections et de conclure avec notre collaborateur M. Brocq (*Gazette hebdomadaire*, 1887, p. 309) : « que jusqu'à plus ample informé on est autorisé à admettre que dans le groupe de la pelade sont confondues des maladies distinctes qui devraient être décrites à part, les unes contagieuses, les autres qui ne le sont pas. »

Il existe toutefois des observations bien curieuses, qui sembleraient prouver que la pelade est une et que les causes morales, considérées comme déterminantes au point de vue étiologique, ne sont guère que des conditions accidentelles pouvant hâter ou favoriser la reviviscence et l'activité d'un germe préexistant. J'observe depuis quelques années un homme jeune encore, dont l'hygiène est excellente et qui vient d'être pour la troisième fois atteint d'une pelade des plus caractérisées. Or à l'âge de sept ans, il y a de cela vingt-neuf ans, sans aucune prédisposition nerveuse, sans rien qui puisse expliquer une trophonévrose, ce malade était brusquement frappé à la suite d'une contagion directe bien et dûment constatée par plusieurs dermatologistes éminents. Le jeune enfant perdit tous ses cheveux; il dut pendant trois années porter une perruque, puis il guérit, et jusqu'à l'âge de dix-neuf ans il n'éprouva plus aucun accident. A cette époque, sans qu'aucune contagion nouvelle pût être invoquée, mais cette fois à la suite d'un chagrin violent, nouvelle atteinte de pelade, nouvelle alopécie presque complète, nouveau traitement ayant duré deux ans environ. Enfin il y a quelques mois, après une émotion vive, et en quelques jours, le même sujet voit apparaître derrière l'oreille une de ces plaques qu'il connaît si bien et en deux mois les plaques s'étendent, le crâne se dénude en partie; une nouvelle crise analogue aux deux précédentes se déclare. N'est-il point légitime d'admettre que, à l'exemple du germe de la lèpre, qui sommeille si longtemps parfois, le parasite de la pelade, ne puisse se réveiller et exercer sur le cuir chevelu son action destructive que dans les cas où, le système nerveux ayant été profondément atteint, un milieu plus favorable lui est offert? On ne peut croire qu'il y ait eu chez mon malade, d'abord pelade parasitaire puis pelade nerveuse. Il faudrait donc classer cette maladie à récidive dans le cadre des trophonévroses et contester le premier diagnostic, qui paraît cependant bien autorisé.

On le voit, toutes ces questions sont encore très obscures et l'on ne saurait trop, en pareille matière, imiter la sage réserve avec laquelle M. Cornil a parlé des nouvelles conquêtes microbiologiques et de leurs applications à la doctrine de la contagion dans les maladies.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Salpingite et abcès pelviens chez la femme.

On n'a pas oublié la discussion qui, il y a un an à peine, a divisé l'Académie de médecine. Le débat, dont la vivacité a parfois été grande, roulait sur l'existence du phlegmon du ligament large, et MM. A. Guérin, Hervieux, Sappey, n'ont pu se mettre d'accord pas plus sur l'anatomie des lymphatiques utérins que sur la pathologie.

Mais personne n'a fait intervenir à ce propos l'étude des lésions de la trompe de Fallope, des *salpingites*. C'est en effet là une question toute jeune, encore obscure en certains points, quoique depuis quelques mois elle ait marché à pas de géant.

Un travail vient de paraître, qui synthétise les documents accumulés jusqu'à ce jour et nous permet d'exposer en quelques pages les faits qui semblent dorénavant acquis à la science. C'est la thèse récente de M. Monprofit qui va ainsi nous servir de guide.

I

Ce n'est point d'aujourd'hui que sont nées les polémiques sur les inflammations du petit bassin chez la femme. Les uns, avec Lisfranc, incriminaient l'utérus lui-même engorgé, disait-on, atteint de métrite partielle. Puis, avec Nonat, on a parlé des sinus péri-utérins. Plus tard, avec Gueneau de Mussy et son élève Frarier, ç'a été le règne du ligament large. Entre temps, Bernutz et Goupil avaient mis en relief le rôle considérable du péritoine pelvien et il est juste d'ajouter que leur description reste à peu près entière.

Mais si Bernutz, décrivant l'anatomie pathologique de la pelvi-péritonite, avait parlé des lésions tubaires concomitantes, il avait passé trop rapidement sur cette tubo-ovarite, aujourd'hui mise au premier plan. Et si, vers cette époque, Aran et son élève Siredey avaient montré la fréquence des altérations des annexes, ils avaient laissé dans l'ombre leur importance pathologique.

Il y a quelques années, tout cela était fort obscur et l'on était presque certain, en présentant la même malade aux gynécologistes en renom, d'avoir à peu près autant de noms que de consultants. Les prudents, comme Gallard, se refusaient à rien spécifier et leur scepticisme anatomo-pathologique se traduisait par une expression clinique vague: phlegmasie péri-utérine.

Toutes ces discussions n'avaient aucun intérêt pratique, à cette époque où les chirurgiens contemplaient dans le péritoine l'objet de leurs craintes, où ils ne se résignaient à intervenir qu'à la dernière minute contre les abcès pelviens pointant à l'extérieur. L'antisepsie a bouleversé cela comme le reste. Depuis quelques années on a, sans hésiter, ouvert ces collections par la voie abdominale, et l'on a pu se rendre ainsi un compte exact de leurs connexions anatomiques. En même temps, les recherches bactériologiques nous ont conduits à une conception pathogénique simple et claire. De tout cela est sortie l'histoire des salpingites.

C'est à Lawson-Tait qu'il faut accorder la priorité de ces études, de ces indications thérapeutiques. Mais cet auteur n'a pas tardé à être imité en Allemagne, en Amérique, en France. Parmi les auteurs français, nous citerons Terrier, Terrillon, Championnière, Pozzi, Bouilly, etc. La description anatomo-pathologique va permettre de comprendre comment les interventions sont possibles.

II

Presque jamais on ne trouve les trompes seules atteintes. A côté d'elles l'utérus, l'ovaire, le ligament large, le péritoine pelvien sont malades. Mais la lésion tubaire, par son importance pathogénique et souvent par son volume, mérite en réalité la première place.

L'étude anato-mopathologique des salpingites commence à être élucidée grâce aux travaux de Hennig, de Bandl, d'Orthmann, de Cornil et Terrillon. Il faut distinguer plusieurs degrés, entre lesquels les intermédiaires ne sont pas encore toujours bien connus; plusieurs formes, dont la distinction étiologique ne va pas encore toujours parallèlement à la distinction anatomique.

La *salpingite catarrhale végétante* semble être la plus fréquente, mais non la plus fréquemment opérée: c'est probablement le premier degré. La trompe, augmentée de volume, peut devenir grosse comme le petit doigt, comme le pouce

et souvent elle conserve sa forme. Ailleurs elle devient irrégulière, bosselée, moniliforme. Les franges du pavillon sont épaissies, redressées autour de l'orifice, mais elles n'adhèrent pas en général aux organes voisins. Déjà à ce degré le méso-salpinx s'efface, dédoublé, et le bord inférieur de la trompe est en contact direct avec le tissu cellulaire du ligament large. En ouvrant cette trompe dilatée, on trouve dans sa cavité un peu de mucus louche, mais pas de pus.

A l'examen histologique, le fait principal est l'hypertrophie des végétations normales de la muqueuse. Elles se soudent par leurs extrémités et de là des conduits arciformes, tapissés d'épithélium. C'est probablement cela que Martin (de Berlin) a pris pour des cavités glandulaires lorsqu'il a décrit une *salpingite folliculaire*.

A ce degré déjà il y a infiltration embryonnaire non seulement des villosités, mais aussi de la paroi. Cela s'accentue dans l'étape suivante; là, avec le temps, la sclérose survient. De là les trompes, grosses comme un crayon et d'une dureté ligneuse, de la *salpingite interstitielle*. Cela peut s'accompagner de végétations papillomateuses de la face péritonéale. Ces végétations, vues par Bickersteth et Wells, par Alban Doran, par Routh, ont un certain intérêt clinique, car elles causent quelquefois de l'ascite.

Dans la trompe enflammée peut s'accumuler du liquide, séreux ou purulent, suivant qu'il y a ou non infection septique. Alors, il s'agira d'une collection sanguine. Occupons-nous d'abord de la collection séreuse, de l'*hydro-salpingite*.

Le volume des hydro-salpingites est très variable. Il n'est pas très rare qu'il soit considérable, qu'il atteigne un litre ou même deux, et, sans parler des observations, fabuleuses peut-être, de Harder, de Cyprianus, disons que Rokitansky, Froriep ont vu des trompes grosses comme une tête d'enfant; que Peasle parle d'une hydro-salpingite contenant neuf litres de liquide. Souvent la trompe ne subit pas une distension régulière, mais bien monitiforme : cet aspect lui est imposé par des brides péritonéales. Sa paroi est, en général, amincie. Autour d'elle, il n'y a que peu ou point de fausses membranes, d'adhérences.

Le point important est l'examen des orifices péritonéal et utérin. Il est exact de dire, avec Schrœder, que la cause de la rétention est avant tout dans l'occlusion de l'orifice péritonéal. Une fois cela fait, la communication utérine ne suffit pas à éviter la rétention. Froriep a ainsi divisé les hydro-salpingites en *hydrops tubæ aperta* et *occlusa*. Dans le premier cas, le liquide accumulé peut, à un moment donné, s'écouler dans l'utérus : c'est l'*hydrops tubæ profluens* des anciens.

Dans l'hydro-salpingite, les lésions ovariennes, péritonéales, utérines, sont peu accentuées. Il n'en est pas de même dans la *pyo-salpingite*.

La trompe que distend une collection purulente est, à l'ordinaire, très déformée. Cela dépend et de l'abondance du liquide, et des oblitérations partielles qui ont pu se produire par la soudure déjà mentionnée des végétations, à la période catarrhale. Lucas-Championnière a fait voir à la Société anatomique une trompe qui contenait 1250 grammes de liquide et avait la forme d'un estomac en moyenne distension. Ailleurs, on compare l'organe malade à une saucisse plus ou moins contournée. A son extrémité on voit le pavillon, parfois à peu près normal, mais d'habitude lui aussi distendu, adhérent à l'ovaire qui fait partie de la tumeur, masqué par de fausses membranes inflammatoires. Fausses membranes encore accrues par ce fait que l'infiltration purulente peut franchir toute l'épaisseur de la paroi tubaire et gagner la surface péritonéale.

Un fait important est que dans ces pyo-salpingites l'amincissement de la paroi est rare, au rebours de ce que nous avons dit pour l'hydro-salpingite. Bien au contraire, l'hypertrophie des fibres musculaires est la règle, comme l'ont signalé Kaltenbach, Veit, lorsque l'orifice utérin est resté perméable, ce qui est fréquent.

Un mot seulement sur cette forme spéciale de salpingite purulente : la salpingite tuberculeuse ou abcès froid de la trompe. Cette affection a été bien décrite par Brouardel, puis, dans ces derniers temps, par Hégar. Souvent associée à des lésions de l'ovaire et du péritoine, elle peut constituer, isolée, des poches volumineuses dont l'examen histologique et bactériologique sera souvent seul capable de révéler la nature exacte.

Arrivons maintenant aux *altérations de l'ovaire*. Elles sont à peu près constantes, et sont de deux ordres : ici, dégénérescence scléreuse et kystique ; là, ovarite suppurée.

Les dégénérescences kystiques sont encore assez mal connues. Elles accompagnent surtout les salpingites non suppurées. L'ovaire est farci de petits kystes, entourés d'abord d'infiltration embryonnaire puis de sclérose. Reste à savoir si ces kystes peuvent devenir grands, s'ils peuvent suppurer.

Les ovarites suppurées sont mieux connues, tantôt on verra de petits foyers disséminés, et l'ovaire ressemble à un épididyme farci de tubercules. Tantôt une poche est circonscrite par le tissu ovarique lui formant coque et acquiert le volume d'un œuf, d'une orange même. C'est alors que le pavillon adhère à l'ovaire ; qu'il devient difficile de reconnaître la part de chacun, d'autant plus, que fusionnés par des fausses membrannes, les annexes subissent des déplacements et provoquent autour d'eux de la péritonite.

Le *déplacement* le plus ordinaire se fait en arrière et en bas. L'ovaire tombe sur le ligament utéro-lombaire. Un pas de plus, et le voilà dans le cul-de-sac de Douglas, accolé au rectum, à la paroi postéro-latérale de l'utérus. Les deux ovaires se déplacent souvent ensemble et se soudent plus ou moins. Les trompes ont suivi, et derrière l'utérus existe une poche purulente dont on comprend dès lors la complexité. Ces faits anatomiques ont été décrits avec soin par Aran, Siredey, Brouardel.

Une fois sur dix environ, et surtout lorsqu'il y a antéflexion utérine, l'ovaire se porte en avant. Cela se voit encore lorsque l'inflammation résulte d'une grossesse parvenue à terme, où les annexes sont à la partie antéro-latérale du globe utérin. Mais c'est rare dans les salpingites consécutives à l'avortement, à la blennorrhagie.

Faisons remarquer, sans plus tarder, que l'on décrit surtout la pelvi-péritonite classique comme un résultat de l'avortement, de la blennorrhagie; le phlegmon du ligament large comme une conséquence de l'accouchement à terme.

Autour des annexes enflammés se fait de la péritonite : adhérences à l'intestin grêle ou gros, à l'épiploon, à l'utérus, au rectum, parfois à la vessie; poches purulentes, séreuses ou hématiques entre tout cela. Il nous suffit d'une énumération : chacun a présentes à la mémoire les lésions de la pelvi-péritonite, telles que Bernutz les a fait connaître.

Mais que devient le *ligament large?* Nous avons vu que la salpingite catarrhale dédouble déjà le méso-salpinx. La poche peut, plus volumineuse, descendre entre les deux lames du ligament large, arriver ainsi au contact du plancher pelvien. Ou bien elle se rompra entre ces deux feuillets. De là deux variétés d'abcès du ligament large, abcès d'origine tubaire et non d'origine lymphatique. Mais aussi il sera souvent bien facile de croire qu'on est dans le ligament large lorsqu'il s'agit seulement d'une poche adhérente à l'une des faces de ce ligament. Voilà qui restreint singulièrement le champ du classique phlegmon du ligament large : il est vrai que ce n'est pas comme l'entend M. A. Guérin. Cependant il ne semble pas qu'il faille nier tout à fait l'existence de ce phlegmon, d'emblée intraligamentaire. Dolbet a montré il y a peu de temps à la Société anatomique une pièce qui semble démonstrative. D'autre part il a insisté sur la gangue conjonctive qui entoure les vaisseaux de la région et sur les phlegmons de ce « pédicule vasculaire du petit bassin ». Autant de faits sur lesquels, espérons-le, l'avenir nous réserve des éclaircissements.

L'utérus, enfin, est toujours altéré : il présente les lésions de l'endométrite auxquelles se joignent des déviations soit primitives, soit secondaires, parmi lesquelles les plus usuelles sont les antéflexions et surtout les rétroflexions. Cela va nous servir dans nos investigations étiologiques.

Pour en terminer avec cette étude anatomo-pathologique, il nous reste à dire que parfois la poche tubaire, ovarique ou tubo-ovarique est remplie de sang et non de pus. Le volume alors n'est guère considérable, quoique Terrillon, dans ces conditions, ait retiré jusqu'à 500 grammes de liquide. La paroi est souvent épaissie et il semble que la plupart du temps la cause de la maladie soit une salpingite catarrhale ou purulente devenue hémorrhagique. Peut-être l'origine est-elle parfois dans une grossesse tubaire où s'est faite une hémorrhagie. Ailleurs elle se trouve dans certaines rétentions menstruelles.

III

Nous venons d'insister sur les notions anatomiques qui nous serviront à instituer le traitement curatif. Les notions étiologiques sont indispensables à connaître pour qui veut, par la prophylaxie, éviter des interventions toujours sérieuses.

Un fait domine tout : les lésions que nous venons d'étudier sont des lésions ascendantes, d'origine vagino-utérine. Toutes elles procèdent de l'endométrite, et leur voie d'ascension est la trompe de Fallope. Mais alors, que penser de l'ovarite primitive à laquelle, inspiré par Gallard, notre distingué collègue Dalché a consacré sa thèse? Peut-être devient-elle un mythe, à part les rares observations où, semblable à l'orchite, elle relève d'une maladie infectieuse générale. Et bien des faits publiés par Dalché renferment des détails permettant d'affirmer l'origine utérine. Quant à la pelvipéritonite essentielle, elle est, pour le moment au moins, reléguée parmi les erreurs passées.

C'est donc parmi les endométrites infectieuses qu'il nous faut chercher, et le mieux est de suivre la classification établie par Sänger.

Les microbes des *complications banales des plaies* agissent ici avec facilité. Nommons donc les micro-organismes de la septicémie, de la pyohémie, du phlegmon, de l'érysipèle. Voilà qui intervient après l'accouchement lorsque l'antisepsie n'est pas assez respectée. Après l'avortement surtout, dissimulé qu'il est souvent, et prédisposé aux rétentions placentaires. De même à la suite d'infections instrumentales : forceps, hystéromètres, curettes, tampons entre les mains d'opérateurs peu soigneux.

C'est encore un organisme bien connu que celui de la *blennorrhagie*, le gonocoque de Neisser. Bernutz a insisté sur le rôle de cette maladie à l'état aigu. Il faut compléter cela, aujourd'hui, par la notion que la blennorrhagie la plus chronique, la plus ancienne, la plus larvée peut se propager aux organes génitaux profonds.

Mais on discute pour savoir si, pour la fréquence, l'accouchement et l'avortement dominent, ou si c'est la blennorrhagie. Bouilly, Terrillon, penchent pour l'accouchement. De même Martin (de Berlin). La plupart des Anglais et des Américains, au contraire, mettent la blennorrhagie au premier rang, malgré quelques protestations d'Imlach, par exemple. Peut-être cela tient-il à la fréquence variable suivant les pays de la blennorrhagie. Les résultats suivants étonneront ceux qui croient encore à la pudeur bien connue de la race anglaise. Lawson-Tait nous affirme que la chaudepisse infeste les quartiers de l'Est à Londres et Nœggerath dit qu'à New-York les trois quarts des femmes mariées l'ont ou l'ont eue. Il faudrait ajouter à cela et celles qui l'auront et les célibataires.

Sans penser qu'en France la blennorrhagie sévisse avec une telle intensité, chacun sait combien elle est répandue. Si on joint à cela que l'accouchement ou l'avortement sont fort capables d'ouvrir au gonocoque la porte de l'utérus et des voies génitales profondes, on se demandera, avec Monprofit, si la salpingite blennorrhagique n'est pas la plus fréquente. D'autant plus que les microbes de la suppuration tendent surtout à se propager par la voie lymphatique; que d'autre part ce serait là une forme bien souvent atténuée de l'infection puerpérale.

La *tuberculose*, elle aussi, est produite par un microbe bien déterminé : le bacille de Koch. Voilà encore la source nette d'un bon nombre de salpingites, pour lesquelles, il est vrai, l'origine utérine n'est pas encore prouvée.

Ce n'est pas tout, et il faut faire une place aux organismes inférieurs, encore indéterminés, de certaines infections dont l'étiologie est mal connue. Quelle est la cause exacte des vaginites non blennorrhagiques des petites filles? des endométrites des vierges? Quel microbe va pulluler, au milieu des produits retenus grâce à une antéflexion congénitale; grâce à une occlusion ou à une atrésie du col; grâce à un cancer ou à un polype derrière lequel stagnent les liquides sécrétés? Dans ces conditions de *drainage insuffisant*, il y a toujours plus ou moins de métrite, et une discussion récente à la *Société de chirurgie*, vient de bien montrer combien souvent les fibromes, par exemple, se compliquent de lésions des annexes.

Pour les déviations utérines, la question est complexe. Elles peuvent bien, par stagnation, engendrer la métrite, puis la salpingite. Mais aussi les déplacements des annexes sont fort capables d'entraîner l'utérus à leur suite. Peut-être y a-t-il une distinction sur laquelle Monprofit n'a pas insisté. La rétroversion serait consécutive à la métrite et à ses conséquences, tandis que l'antéversion congénitale serait une cause usuelle de métrite virginale. C'est là un point sur lequel nous avons, il y a peu de temps, entendu le professeur Trélat insister dans une leçon clinique.

Cette métrite virginale peut ne se compliquer d'infection

profonde qu'à la suite d'un accouchement; qu'à la suite des fatigues inhérentes aux débuts dans le coït, même en dehors de toute blennorrhagie communiquée par l'homme. Ou bien, cette période une fois passée, les excès de coït ont, comme pour toutes les métrites, une influence nuisible. Voici donc venir le « coït effréné », invoqué naguère pour expliquer les pelvi-péritonites ou péri-métrites qualifiées par les dénominations expressives de « congressives ou balistiques ». Le serpent était donc caché sous les fleurs. Mais nous devons conclure avec Monprofit: « Ces dénominations sont certes très caractérisques et il est fâcheux, sans doute, de les sacrifier. Mais le traumatisme, si tant est qu'il y ait traumatisme, est incapable d'engendrer de pareils maux, sans le secours d'infiniment petits. Un coït modéré, accompagné de gonocoques, sera toujours plus dangereux qu'un « coït effréné » aseptique ».

Telles sont les causes maintenant assignées à la pyo-salpingite. Des influences non pyogènes, encore peu connues, peuvent engendrer la salpingite catarrhale simple et cela nous conduit, par des adhérences intra-tubaires, à l'hydro-salpingite. Ici il faut encore faire la part à certaines oblitérations congénitales. En somme, nous pouvons presque dire que l'hydro-salpingite est à la pyo-salpingite ce que l'hydronéphrose est à la pyo-néphrose; rétention aseptique d'un côté, et septique de l'autre.

Quelques renseignements sont utiles pour terminer cet exposé étiologique. Il est à peine besoin d'ajouter que les femmes sont presque toutes atteintes pendant la vie sexuelle. Enfin cette pathogénie déjà fait soupçonner que bien souvent les tubo-ovarites devront être bilatérales. Lawson-Tait ajoute que lorsque la lésion est unilatérale, elle est souvent destinée à devenir bilatéralo. Sans qu'on sache jusqu'à présent pourquoi les salpingites unilatérales siègent surtout à gauche.

IV

Si les conceptions modernes ont fait changer de fond en comble la pathogénie et la description anatomique des suppurations pelviennes chez la femme, il va sans dire que la clinique n'a pas grand'chose de neuf à enregistrer. Mais elle interprète autrement ce qu'on attribuait autrefois à la pelvi-péritonite, à la péri-métrite, au phlegmon du ligament large.

Le début aigu classique de la pelvi-péritonite s'observe dans la blennorrhagie aiguë, après l'accouchement: fièvre, douleur abdominale, anxiété, etc., rien n'y manque. Mais plus souvent tout est d'emblée chronique et les troubles menstruels ouvrent la scène: aménorrhée quelquefois, plus souvent dysménorrhée, avec ménorrhagies, puis métrorrhagies. Et les règles sont douloureuses, forcent la malade à garder le lit. Les douleurs, que réveillent la pression, la marche, le coït, s'irradient dans les lombes, les cuisses. Puis elles s'établissent en dehors des périodes menstruelles. Exaspérées par la défécation, elles encouragent la malade à la constipation. Cela survient par crises, de plus en plus rapprochées, avec fièvre, anorexie et de là, en fin de compte, l'amaigrissement, l'insommie et trop souvent la tuberculose pulmonaire. Parfois tourmentée, en outre, par des accidents hystériques (et cela, dit Lawson-Tait, surtout quand il y a des dégénérescences de l'ovaire) la malade est, en somme, une véritable infirme. Elle meurt souvent d'hecticité, après que la poche s'est ouverte dans le rectum ou, plus rarement, à la paroi abdominale, dans le vagin, dans la vessie. Enfin, elle est exposée à la mort rapide par rupture de la collection purulente dans le péritoine; ou par urémie lorsque la compression de l'uretère a provoqué une hydro-néphrose.

Nous venons, on le voit, d'énumérer les signes fonctionnels de toutes les phlegmasies péri-utérines. Ils n'existent pas dans l'hydro-salpingite. Là, parmi ces troubles, la stérilité seule existe, lorsque la lésion est bilatérale. Nous allons constater, dans un instant, que les symptômes sont ceux soit de la pelvi-péritonite, soit du phlegmon du ligament large. Mais il y a un symptôme dont la valeur est bien connue maintenant et qui prouve d'une façon irréfutable la participation de la trompe: la *colique salpingienne* dont, après Kaltenbach, Monprofit a bien mis en relief les principaux caractères.

Dans la fosse iliaque, à gauche surtout, débute une douleur qui, exaspérée par la pression, s'irradie vers l'aine, le flanc, les reins, s'accompagne quelquefois d'accidents hystériformes. Puis elle cesse, comme par enchantement, en même temps que s'écoule par le vagin soit du liquide séreux et abondant; soit du pus; soit plus rarement du sang. Dans ce dernier cas, on est parfois en présence de ce que depuis longtemps on appelle dysménorrhée distillante. C'est le contenu de la poche tubaire évacué par les fibres musculaires hypertrophiées. Ce phénomène manque lorsque l'orifice utérin est fermé. Quand on l'observe, il est pathognomonique, surtout lorsque, l'orifice étant large, on peut le provoquer par la pression sur l'abdomen. Spontanée, cette colique salpingienne se répète à des intervalles variables.

V

Les signes physiques, et par conséquent le diagnostic différentiel varient suivant qu'il y a ou non une tumeur abdominale.

Les faits où il y a une tumeur abdominale constituent la catégorie la moins nombreuse. Latérale au début, la tumeur peut s'accroître au point d'atteindre l'ombilic. Alors, suivant la consistance, le siège, cela ressemblera soit à un kyste de l'ovaire ou du ligament large, soit à un fibrome utérin. En dehors des phénomènes rationnels, des commémoratifs, la méprise est difficile à éviter et les plus habiles s'y sont trompés: les erreurs diminueront, sans doute, à mesure que l'on songera plus aux salpingites dont on connaît maintenant la fréquence.

Il y a encore une tumeur abdominale lorsque l'on sent le plastron typique attribué classiquement au phlegmon du ligament large: cela s'observe dans le déplacement antérieur des annexes.

Lorsqu'il n'y a pas de tumeur abdominale, les explorations se font par le toucher vaginal, et surtout rectal, combiné au palper abdominal: l'anesthésie chloroformique est souvent indispensable pour obtenir des résultats précis. L'examen au spéculum ne sert à peu près à rien et il peut, d'autre part, déterminer la rupture de la poche.

Souvent, le doigt vaginal sent que le col est gros et qu'il est plus ou moins dévié. La déviation se fait à l'ordinaire du côté opposé à la tumeur quoique, lorsque la masse repousse le corps, elle puisse, par bascule, amener le col de son côté. En outre, les flexions du corps, la rétroflexion surtout se constatent souvent. De plus, cet utérus est presque toujours peu mobile et les tentatives de mobilisation ou de redressement sont douloureuses.

Autour de cet utérus, on sent l'empâtement dur, chaud, véritable gangue inflammatoire, de la périmétrite. Cela permet presque d'affirmer déjà qu'il y a tubo-ovarite. Quelques

jours de repos, d'injections chaudes, et les tissus dégorgés vont permettre de sentir les annexes formant une tumeur nette à la partie postéro-latérale du vagin. Ce sera, suivant les cas, un cordon noueux, oblique en bas et en arrière; ou une tumeur plus volumineuse, piriforme ou arrondie, séparée de l'utérus par un sillon bien accentué; parfois fluctuante et surtout très douloureuse à la pression. Cette tumeur est souvent bilatérale. Unilatérale, on la trouve principalement à gauche.

Plus précis, c'est surtout le toucher rectal qui permet de constater que cette tumeur se continue avec l'angle correspondant de l'utérus.

Ici encore, les signes physiques peuvent ressembler beaucoup à ceux des petits fibromes enclavés ou inclus dans le ligament large; des petits kystes dermoïdes suppurés. Le diagnostic, comme nous venons de le dire pour les tumeurs abdominales, n'est pas toujours possible. L'intérêt diminue aujourd'hui, puisque la laparotomie est en général indiquée dans un cas comme dans l'autre. Ce qui complique la question, c'est que les fibromes utérins s'accompagnent souvent de lésions tubo-ovariques, difficiles à déceler. Or, cela peut compliquer singulièrement la castration. Malheureusement, c'est bien malaisé à prévoir. De même pour le cancer utérin, où ce serait cependant utile à reconnaître, car cela assombrit le pronostic de l'hystérectomie vaginale. Un symptôme précieux est alors l'existence d'une zone douloureuse limitée vers un des angles de l'utérus.

En dehors de ces conditions particulières, le diagnostic n'a pas, avons-nous dit, un intérêt majeur; pour décider en dernier ressort, on s'accorde aujourd'hui à rejeter la ponction exploratrice. Mieux vaut la franche incision exploratrice, car elle sera presque sûrement le premier temps d'une intervention chirurgicale efficace. On enlèvera un kyste de l'ovaire; on fera, si possible, la castration pour un fibrome utérin. Si enfin c'est une salpingite, la laparotomie doit être aussi pratiquée.

VI

Le traitement préventif a une importance considérable. L'antisepsie obstétricale, le traitement rapide et énergique de la blennorrhagie, éviteront bien des salpingites. Enfin on sait, de nos jours, poursuivre l'endométrite dans ses derniers retranchements.

Mais la lésion une fois constituée, il faut une thérapeutique franchement chirurgicale. La laparotomie d'urgence sera faite — si l'on est outillé — lorsque la rupture de la poche aura causé une péritonite aiguë. En dehors de cela, les crises aiguës commandent l'abstention; on s'en tiendra au repos, aux injections très chaudes, aux narcotiques, aux laxatifs pour éviter la poussée de la défécation.

Les mêmes soins seront pris, à titre de traitement préliminaire, lorsque l'on sera appelé pendant la période chronique.

Puis, il sera indispensable, par les injections et le tamponnement, d'assurer l'antisepsie vaginale préalable; de traiter l'endométrite par la méthode moderne de dilatation et de curage. C'est alors seulement qu'on interviendra contre la salpingite.

Par la voie vaginale et par la voie rectale on peut ponctionner, inciser, drainer le foyer. Mais il en résulte des fistules intarissables, et des poches bientôt septiques. Ces anciennes pratiques ne donnaient que bien peu de succès. Elles ne sont à conserver aujourd'hui que pour le cas où l'on sent la tumeur pointer dans le vagin ou le rectum sous la forme d'une bosselure chaude, empâtée, prête à s'ouvrir.

L'incision abdominale parallèle à l'arcade de Fallope permet d'atteindre les foyers devenus extra-péritonéaux, qui forment le plastron du phlegmon du ligament large. Quénu a eu ainsi un récent succès, et au fond de l'incision il a pu atteindre la trompe et l'ovaire suppurés.

Mais en dehors de ces indications spéciales, c'est à la laparotomie sur la ligne médiane qu'il faut s'adresser, tout en sachant que l'on entame presque toujours une opération longue et délicat.

Certes, l'isolement des annexes est souvent facile dans l'hydro-salpingite. Il n'y a pas d'adhérences, et il est aisé de pédiculiser chaque bout de la poche par une double ligature aseptique. Puis, la paroi abdominale est suturée sans drainage, comme dans l'ovariotomie. Cela réussit encore dans quelques pyo-salpingites; mais ici cela devient plus rare.

En général, on tombe sur des adhérences à l'épiploon, à l'S iliaque, à l'intestin grêle. Celles de l'épiploon, des appendices épiploïques sont bien vite sectionnées entre deux ligatures. Il est plus malaisé de décoller l'intestin adhérent. Cela fait, on peut pénétrer dans l'excavation et peu à peu, avec les doigts, on détache la poche du rectum, de l'utérus, de la paroi pelvienne. Puis la pédiculisation n'est pas toujours facile, en dedans surtout.

Et, pendant tout ce temps, des complications peuvent survenir. Souvent la poche se rompt pendant les manœuvres et le pus inonde le péritoine. Cet accident est assez peu redouté. On y pare soit en étanchant le pus avec des éponges aseptiques, soit en lavant le péritoine à l'eau bouillie: une récente discussion de la Société de chirurgie nous a appris que chaque méthode a ses partisans. Il faut de la prudence pour bien ménager l'utérus, le rectum, l'uretère, les vaisseaux iliaques même.

De tout ce qui précède, résulte que l'on crée une surface cruentée large, soumise à de nombreuses manœuvres. Le rectum est à vif, parfois même déjà perforé par une fistule spontanée, antérieure à l'opération. Dans ces conditions, le drainage du péritoine s'impose. On le pratiquera soit avec de simples tubes de caoutchouc ou de verre, soit en utilisant la *vis à fronte* et la capillarité d'une gaze aseptique (par le procédé de Mikulicz, par exemple, voy. *Gaz. hebd.*, 1887, p. 598). La plupart des auteurs font ce drainage par la plaie abdominale et ont renoncé au drainage du cul-de-sac de Douglas par la voie vaginale.

Lorsque l'on est conduit sur une lésion unilatérale (parfois diagnostiquée à l'avance) on est en droit de se demander s'il faut enlever, de parti pris, l'appareil tubo-ovarien réputé sain. Lawson-Tait, après vingt-six ablations unilatérales, a dû intervenir ultérieurement dans dix-sept cas. Aussi pose-t-il en principe l'ablation toujours bilatérale. C'est adopté pour les femmes dont la maternité n'est plus ou pas désirable. Mais, chez une jeune femme? chez une jeune fille? Il semble alors indiqué de prendre l'avis, au préalable, de la malade et de son entourage. C'est en effet une question à l'étude, d'autant plus que peut-être parviendra-t-on à conserver dans certains cas les annexes, non point désorganisés mais déplacés et malades. Des tentatives ont été faites dans ce sens par William Polk, et certains gynécologistes américains pensent que Lawson-Tait abuse de la castration. Ces essais sont encore trop récents pour appartenir à la critique.

Il est probable toutefois qu'ils modifieront l'ablation telle qu'on la pratique pour le moment.

Cela pourra être utile pour la reproduction de la race humaine, mais il n'est pas probable que la vie des opérées en sera plus sauvegardée. Les résultats actuels sont en effet fort bons, si l'on se place au seul point de vue de la gravité immédiate. Schlesinger, sans doute, sur deux cent soixante-quatorze observations trouve 8,76 pour 100 de mortalité. Mais consultons les statistiques individuelles: nous voyons Meinter perdre une opérée sur quinze; Imlach, trois sur quarante et une; Mundé, une sur quatorze. Mais Lawson-Tait n'en perd qu'une sur soixante-trois et les quatorze opérées de Gusserow ont toutes guéri. De même le succès est à peu près constant entre les mains de Terrier, Lucas Championnière, Terrillon, Pozzi, Bouilly.

En présence de cette bénignité évidente, on est en droit de se demander s'il ne faut opérer que si les symptômes sont graves ou s'il ne vaut pas mieux, avec cette poche qui peut, d'un jour à l'autre, se rompre dans le péritoine, en terminer dès que le diagnostic est posé, comme le veut Lawson-Tait.

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

De l'action du sulfate de spartéine, par M. J. Pawinski, médecin de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, à Varsovie.

(Fin. — Voyez le numéro 25.)

IV. *Propriétés diurétiques de la spartéine.* — Nous avons étudié cette question dans onze observations suivantes:

1° Stenosis ostii ven. sin. et insuffic. valv. mitralis in stadio incompensationis. Arythmia. Anasarca.

2° Insuffic. valv. mitr. et stenosis ostii ven. sinistri in stad. incompens. Anasarca.

3° Insuffic. valv. tricuspidalis et stenosis ostii ven. dextri. Stenosis ostii ven. sin. et insuffic. valv. bicuspid. Stad. incomp. Anasarca.

4° Stenosis ostii ven. dextri et insuffic. valv. tricusp. Nephritis chronica.

5° Endocarditis chron. Aneurysma art. carotis sin.

6° Degeneratio adiposa cordis. Anasarca.

7° Bronchitis chr. et emphysema pulmon. Œdema extr. inferiorum.

8° Ascites (Peritonitis chronica). Graviditas.

9° Carcinoma hepatis. Diabetes mellitas. Œdema pedum.

10° Nephritis parenchymatosa chron.

11° Nephritis parenchymat. chr. Ascites. Lues.

Sur ces onze observations où nous avons eu affaire à des dépôts de liquides dans les cavités de l'organisme et dans les tissus sous-cutanés, les épanchements n'ont cédé à l'influence de la spartéine que dans trois cas, accompagnés d'augmentation de la diurèse; dans les huit autres, nous ne pûmes augmenter la quantité de l'urine et par conséquent obtenir la diminution des transsudats, ni au moyen des petites ni des grandes doses du médicament. A ce nombre de trois appartiennent les n° 5 (Endocarditis chr.); n° 8 (Ascites, peritonis chr.); n° 10 (Nephritis parenchymatosa chr.).

Où faut-il donc chercher cette différence d'action?

Dans le premier groupe se trouvent surtout les lésions du cœur, et en particulier des valvules bicuspides et tricuspides; la dégénérescence graisseuse du cœur, l'emphysème des poumons avec dilatation du cœur dont l'activité était affaiblie, presque épuisée.

Dans le second groupe, le muscle du cœur possédait une certaine vitalité; son action était assez bonne, ne se rapprochant pas encore de l'état d'épuisement.

De tout ceci il résulte que pour obtenir un effet diurétique de la spartéine, il faut avant l'emploi du médicament que l'action du cœur ne soit pas trop affaiblie ou le muscle épuisé, ce qui au lieu d'une augmentation amènerait une diminution dans la diurèse. C'est ainsi que nous nous expliquons l'effet plus ou moins puissant de la spartéine dans les lésions valvulaires du cœur dûment compensées.

Dans plusieurs cas la spartéine n'ayant ni agi comme diurétique, ni diminué les épanchements, ce qui avait été produit par la digitale ultérieurement administrée, nous en concluons que la digitale est un excitant cardiaque plus fort.

Il y a cependant quelques exemples de dégénérescences avancées des muscles du cœur dans lesquelles, la digitale elle-même, ne pouvait exercer son influence favorable et augmenter l'activité de cet organe ou la diurèse.

On voit que cette prémisse est juste en tant que nous admettons que la sécrétion de l'urine dépend de l'activité du cœur et de la pression du sang.

Ayant constaté la double influence de la spartéine sur le cœur normal, fort ou affaibli, nous ne saurions parler ici de son action idiopathique sur l'épithélium des reins proprement dits.

Afin de bien préciser l'action de la spartéine sur la sécrétion de l'urine, nous nous arrêterons d'une façon plus spéciale sur une série d'observations où la diurèse a augmenté, bien qu'il n'y ait pas eu de gonflement.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, c'étaient surtout des lésions des valvules à l'époque de la compensation et des affections du système vasculaire sans que l'énergie du muscle cardiaque ait été atteinte. Ces observations sont les suivantes:

1° Insufficientia valv. bicusp. Anæmia. Palpitationes cordis. Femme de trente-huit ans.

La quantité d'urine sécrétée avant la prescription de la spartéine était de 1200 centimètres cubes; après quelques jours de l'administration du remède en petites doses (0gr,06 *pro die*), elle atteignit 2500 centimètres cubes. Les jours suivants, et malgré la continuation des mêmes doses, nous nous aperçûmes d'une certaine diminution de la diurèse.

Après quelques jours d'intervalle, nous reprîmes le médicament, mais à des doses un peu plus fortes, soit: 0gr,04 *pro dosi* ou 0gr,12, 0gr,28 par jour, la quantité d'urine augmenta sensiblement et atteignit 3000 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures. Un fait digne d'attention c'est que chez notre malade la diurèse augmenta aussi après de petites quantités de quinine (trois grains par jour), surtout quand cette dernière était associée au fer.

La quantité d'urine augmentait également avant et après les règles.

2° Stenosis ostii ven. sinistri et insuffic. valvularum semilunar. aortæ. Chlorosis. Palpitationes cordis. Demoiselle de vingt-quatre ans. Quantité d'urine avant l'administration de la spartéine, 800 centimètres cubes par jour; après l'absorption du médicament à petites doses, 0gr,06, 0gr,12 par jour = 1500 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures. Le jour suivant, et malgré l'emploi d'une quantité plus grande du médicament (0gr,18 par jour), l'excrétion de l'urine ne subit aucun changement et ce n'est qu'après des doses beaucoup plus grandes de spartéine (0gr,25 *pro die*) que la quantité d'urine atteignit le chiffre de 2000 centimètres cubes.

Chez cette malade, l'action diurétique de la digitale sur-

passa celle de la spartéine et porta le chiffre de l'urine jusqu'à 2700 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures.

Des doses maximales de la spartéine, soit 0gr,36, 0gr,50 *pro die*, agissaient d'une façon défavorable sur l'action du cœur et la sécrétion de l'urine.

3° Endocarditis chronica. Arteriosclerosis. Climacterium. Bonne de trente-neuf ans.

Ici l'action diurétique de la spartéine était visible et plus manifeste après les petites doses qu'après les grandes, à savoir : après les premières, la quantité d'urine variait entre 2200 et 2700 centimètres cubes. Après les secondes, 2300 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures. Avant l'administration du médicament, la quantité d'urine ne dépassait pas 1000 centimètres cubes. Il convient d'ajouter que dans les premiers jours, et malgré la différence des doses de spartéine, l'influence diurétique était plus prononcée que les jours suivants.

4° Alcoholismus. Arteriosclerosis. Journalière, cinquante-cinq ans. Avant la prise de la spartéine elle sécrétait environ 1000 centimètres cubes par jour; après quelques jours de l'emploi du médicament à 0gr,12 par jour, ce chiffre s'éleva à 3000 centimètres cubes, chiffre qui quelques jours après, et malgré la continuation du médicament, tomba à 1600-1300 centimètres cubes.

Après quelques jours d'interruption, la malade recommença l'usage de la spartéine à dose de 0gr,06-0gr,09 par jour et l'action diurétique était plus évidente que lors de l'emploi des doses élevées.

De ceci il résulte :

1° Que l'action diurétique de la spartéine se produisait surtout sur des personnes impressionnables, chez des femmes anémiques, faibles, chlorotiques et à l'époque critique.

2° La diurèse se produisait surtout après l'emploi des doses moyennes, tandis que les doses maxima agissaient d'une façon défavorable.

3° L'action diurétique se manifestait seulement les premiers jours après l'administration du médicament; plus tard, malgré l'emploi de ces mêmes doses et de doses plus fortes, la fréquence de l'émission d'urine non seulement n'augmentait pas, mais paraissait diminuer.

4° Dans les observations citées, de petites quantités de quinine administrées plusieurs fois par jour, soit seules, soit conjointement avec de petites doses de fer, augmentaient également la quantité d'urine sécrétée dans les vingt-quatre heures, bien que d'une façon moins prononcée que la spartéine.

De tout ce qui précède, nous sommes autorisés à conclure qu'en dehors de son action sur le cœur la spartéine agit sur le système nerveux intéressé à la sécrétion de l'urine. Or, son action diurétique se prononçant surtout à l'emploi de doses moyennes, où nous ne pouvions constater aucune augmentation de l'énergie du cœur, nous pouvons supposer que l'augmentation de la diurèse en question dépend de l'action de la spartéine sur l'épithélium des reins (sur le système glandulaire) ou de l'influence du médicament sur le calibre des petites artères rénales.

Nous avons déjà discuté et éliminé la première de ces deux hypothèses; il nous reste à étudier la seconde.

En dehors de la pression du sang, le rétrécissement ou la dilatation du système vasculaire rénal dépendent des nerfs vaso-moteurs émergeant du nerf sympathique. Nous sommes donc autorisés à admettre que la spartéine agit sur le centre vaso-moteur, c'est-à-dire sur les vaisseaux des globules de Malpighi. Cette action peut être double et provoquer soit un rétrécissement des vaisseaux, soit leur dilatation. Dans l'un ou l'autre cas, l'augmentation de la diurèse peut se produire; le rétrécissement des vaisseaux des reins, de même que leur plus grande dilatation, et la diminution de leur tonicité peuvent devenir la cause d'une diurèse insuffisante.

Il est facile de comprendre que l'influence de la spartéine sur le centre vaso-moteur soit plus prononcée chez des personnes douées d'une impressionnabilité nerveuse et vasculaire (climacterium) innée ou acquise, que chez des sujets offrant plus de résistance sous ce rapport. Il faudrait seulement savoir si la spartéine agit sur le centre vaso-moteur en l'excitant, soit en rétrécissant les vaisseaux des reins, ou en paralysant le même centre, ce qui amène une dilatation de ces vaisseaux.

Cette circonstance que la tonicité des vaisseaux superficiels augmente, bien que l'activité du cœur ne suive pas ce mouvement, milite en faveur de l'action excitante de la spartéine, c'est-à-dire du rétrécissement et non de la paralysie des vaisseaux.

Cette considération cependant ne pourrait servir de preuve certaine, car nous savons qu'il est impossible de déduire de la constriction des vaisseaux périphériques le rétrécissement simultané du système vasculaire du rein. Hermann a très bien démontré que la hauteur de la pression du sang dans les glomérules de Malpighi, n'est pas toujours parallèle à la pression du sang. Gruetzner a prouvé que tout dépendait du calibre des artères rénales qui passent dans les glomérules. Si ce calibre est suffisant, la pression dans les glomérules répond exactement à la pression dans les grandes artères; si, cependant, ces artérioles sont étroites, les glomérules ne peuvent recevoir que peu de sang malgré la force de la pression générale.

L'augmentation de la diurèse par la quinine, soit seule, soit associée au fer, remède agissant d'une manière tonique sur le système vasculaire chez des malades qui avaient pris antérieurement de la spartéine, prouve que cette dernière exerce une action rétrécissante sur les vaisseaux, et en même temps augmente leur tonicité. D'autre part, j'ai observé que l'action diurétique était nulle chez des malades qui, dans les intervalles de l'administration de la spartéine, avaient pris du bromure de potassium, qui, cependant, comme on le sait, diminue la pression du sang, probablement par son action débilitante sur le centre vaso-moteur et les muscles des vaisseaux.

Des nombreux auteurs qui ont écrit sur la spartéine, Clarke est le seul qui se soit occupé de son action sur le centre vaso-moteur, et en particulier sur le nerf sympathique, et ait cherché à expliquer, par cette influence, l'augmentation de la pression du sang, et en partie l'action diurétique de la spartéine.

Clarke admet comme nous l'action excitante de la spartéine sur le centre vaso-moteur, mais explique l'augmentation de la diurèse par la dilatation des vaisseaux des reins, et son influence sur le tissu épithélial lui-même; tandis que nous sommes disposés à admettre la contraction des vaisseaux en excluant complètement l'action spécifique de la spartéine sur les appareils sécréteurs.

Il nous reste à dire que nos observations confirment celles des auteurs prétendant que la spartéine agit moins favorablement que la digitale sur la diurèse.

V. *Influence (sédative) de la spartéine sur le système nerveux.* — S'il faut avouer que la spartéine ne nous semble pas mériter les éloges que lui accordent le professeur Sée et ses élèves, comme remède cardiaque et anti-arythmique ; d'autre part, elle mérite une considération beaucoup plus grande comme médicament agissant d'une manière sédative sur le système nerveux, ce qui paraît n'avoir pas suffisamment fixé l'attention des auteurs français.

M'étant aperçu que, dans certaines maladies, la spartéine soulageait d'une façon symptomatique, sans amener une amélioration essentielle, et que, d'autre part, elle se montrait efficace dans les complications des maladies du cœur avec un état nerveux général, l'hystérie, la neurasthénie, je

résolus de l'administrer dans les affections cardiaques fonctionnelles. Le résultat des expériences entreprises dans cet ordre d'idées fut très heureux, surtout sur les personnes impressionnables, anémiques, hystériques; chez les femmes arrivées à l'âge critique se plaignant de palpitations, d'angoisses, d'angines précordiales, d'inquiétudes, etc. Il en fut de même des hommes neurasthéniques abusant du tabac, de l'alcool; des morphinistes, des gens épuisés par le travail de l'esprit et les peines morales, qui, tous, indiquaient la région du cœur comme siège de leurs souffrances.

Ces malades supportaient très bien la spartéine et en redemandaient après en avoir essayé, prétendant qu'en dehors du soulagement des symptômes douloureux, elle leur causait une sensation de bien-être, et quelquefois même provoquait un sommeil léger et bienfaisant. Ces malades racontaient qu'en prenant le médicament ils ressentaient une certaine somnolence dans la journée, et un sommeil réconfortant la nuit.

L'action narcotique du remède se faisait sentir non seulement chez les sujets nerveux, mais encore chez les personnes habituées au travail physique et aux soucis de la vie quotidienne.

Il convient d'ajouter que cette action salutaire n'était produite que par de petites doses, tandis que les grandes causaient de l'inquiétude, des maux de tête, et même de l'insomnie.

VI. *Posologie et formulaire.* — Les auteurs ne sont pas d'accord sur les doses de sulfate de spartéine à employer dans la pratique.

Les uns (Leo, Prior, Gluzinski), suivant les indications de G. Sée, administrent aux malades des doses massives, c'est-à-dire 0^{gr},1 plusieurs fois par jour, soit 0^{gr},7 à 0^{gr},8 par jour. D'autres donnent de préférence des doses inférieures (0^{gr},05 à 0^{gr},25 *pro die*); Voigt, 0^{gr},001 à 0^{gr},004 par jour et Clarke 0^{gr},004 à 0^{gr},005 *pro dosi* toutes les quatre heures. Les partisans des doses élevées prétendent qu'en en employant de petites, il est impossible de contrôler l'action du médicament.

Quant à moi j'ai fait bien des fois l'expérience qu'en administrant la spartéine en doses petites, moyennes et grandes, celle de 0^{gr},016 à 0^{gr},04 *pro dosi* trois fois par jour, me donnait les résultats les plus favorables.

Je prescris la spartéine en pilules ou en solution à prendre trois ou quatre fois par jour pendant trois jours; après quoi, j'interromps pendant deux ou trois jours pour recommencer trois jours après. Aux malades très impressionnables, chez lesquels la spartéine peut procurer le mal de tête ou une surexcitation de l'activité du cœur, je recommande deux jours de repos après deux jours de remède. De cette manière, mes malades supportaient la spartéine sans difficulté et avec succès de deux à huit semaines durant; et ce moyen de donner la spartéine pendant plus longtemps avec interruption m'a paru le plus convenable.

L'administration de très petites doses pendant longtemps et sans intervalles m'a paru moins avantageux, car après quatre ou cinq jours de traitement les personnes faibles, et en particulier les femmes nerveuses, se plaignaient de maux de tête, de pesanteur, d'une irritation générale.

L'emploi des petites doses se recommande encore par rapport au cœur. En effet, après l'administration de ces dernières, l'énergie cardiaque augmente, accompagnée d'un léger ralentissement de son activité et d'un développement du pouls. Le rythme du cœur se régularise. Les malades supportent les petites doses pendant des semaines entières sans aucun inconvénient pour leur santé.

Pour me convaincre de la valeur des grandes doses de spartéine, j'ai augmenté graduellement les petites doses qui primitivement avaient été prescrites aux malades et, n'ayant constaté aucun effet fâcheux du côté du cœur et des poumons, j'arrivai jusqu'au chiffre de 0^{gr},48 à 0^{gr},60 par jour; si, sous l'influence de petites doses, on avait pu apercevoir un certain changement dans l'action du cœur et dans la force des pulsations, par contre, en administrant des doses plus grandes (0^{gr},06 à 0^{gr},09 *pro dosi* = 0^{gr},36 à 0^{gr},42 par jour), l'action du cœur ne subissait aucun changement autant comme force que comme fréquence dans les battements, où l'augmentation de l'activité du cœur n'était que peu considérable et nullement en rapport avec la majoration de la dose. Quelquefois, l'action du cœur s'affaiblissait visiblement; d'autres fois, les pulsations, ralenties au moment de l'emploi des petites doses, devenaient plus fréquentes, c'est-à-dire atteignaient le chiffre d'avant l'emploi du médicament, ou même le dépassaient.

Détail digne d'attention: l'arythmie, qui avait en quelque sorte cédé à de petites doses, recommençait à se manifester dès l'emploi des grandes.

Nous avons cependant observé que les diurèses augmentaient surtout sous l'influence des doses moyennes (0^{gr},18, 0^{gr},24 à 0^{gr},27 *pro die*), bien que chez les personnes à système nerveux et vasculaire, impressionnables, les petites doses (0^{gr},06 à 0^{gr},12 *pro die*) produisaient le même effet.

Chez des individus à système nerveux apathique, l'accroissement de la diurèse ne se produisait qu'à des doses plus fortes (0^{gr},24, 0^{gr},36 à 0^{gr},48 *pro die*).

Si, d'une part, les doses moyennes n'exerçaient pas d'influence bien tranchée sur l'action du cœur et la force des pulsations; d'autre part, les doses plus élevées (0^{gr},12, 0^{gr},48 à 1 gramme *pro die*) provoquaient un grand affaiblissement de l'activité cardiaque, un ralentissement et une intermittence du pouls.

Parfois, au lieu de ce ralentissement et de ces intermittences, nous constatâmes une accélération de l'activité du cœur accompagnée de pulsations faibles et fréquentes. Dans cet état de choses, les malades se plaignaient de violent mal de tête, d'étourdissements, de nausées, de dispositions à s'évanouir, tandis que la sécrétion de l'urine diminuait sensiblement.

Formulaire. — Je prescris le plus souvent le sulfate de spartéine sous forme de pilules; surtout quand les malades doivent en prendre pendant un certain laps de temps; rarement je l'administre en poudre ou en solution :

1. — Pr. Sparteini sulfur......... 0^{gr},60
Pulv. et ext. de Liq. q. s. ut fiant. pilules n° 40.
3-6 pilules par jour.

2. — Pr. Sparteini sulfur......... 0^{gr},36
Sacchari albi............ 0^{gr},25
Mf. pulvis divide in part. æq. n° 24.
3-6 paquets par jour dans des cachets ou dans de l'eau sucrée.

3. — Pr. Sparteini sulfur......... 0^{gr},20
Aq. distillatæ........... 50^{gr},00
Syrup. cort. aurantior.... 30^{gr},00
M. 3-6 cuillerées par jour.

4. — Pr. Sparteini sulfur......... 0^{gr},20
Syrup. Rubi Idei........ 60^{gr},00
4-6 cuillerées à café par jour.

Dans certains cas, j'obtenais de bons résultats, surtout chez les personnes nerveuses et affaiblies, en associant le sulfate de spartéine à de petites doses de quinine ou (chez des anémiques et des chlorotiques) à du fer.

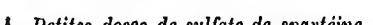
5. — Pr. Sparteini sulfur......... 0^{gr},60
Chinini muriat.......... 1^{gr},20
Pulv. et ext. liq. q. s. ut fiant. pilul. n° 40.
4-6 pilules par jour.

6. — Pr. Sparteini sulfur......... 0gr,60
Ferri lactici............ 1gr,20
Pulv. et ext. liq. q. s. ut fiant. pilul. n° 40.
4-6 pilules par jour.

Il nous reste à étudier la différence d'action des petites doses et des grandes sur le cœur et les pulsations.

Comme point de départ, nous nous servirons du phénomène constant et déjà signalé, à savoir que, chez presque tous nos malades, les petites doses occasionnaient la diminution de la fréquence des battements du cœur et des pulsations, avec un accroissement simultané de l'énergie du cœur et la régularisation de son activité, tandis que les doses plus élevées diminuaient la fréquence et la force des contractions.

Après l'emploi d'une dose considérable de la spartéine, les pulsations se faisaient non seulement rares, mais les intermittences faiblissaient et devenaient arythmiques (les doses moyennes n'exerçaient presque aucune influence sur l'activité du cœur ou la rendaient moins fréquente).



A. *Petites doses de sulfate de spartéine.*

FIG. 1. — Pulsations avant l'administration du sulfate de spartéine.

FIG. 2. — Pulsations cinq minutes après l'administration de 0gr,03.

FIG. 3. — Pulsations quinze minutes après.

FIG. 4. — Pulsations trente minutes après.

FIG. 5. — Pulsations cinquante minutes après.

FIG. 6. — Pulsations après deux jours de l'administration de la spartéine.

FIG. 7 et 8. — Pouls arythmique après l'emploi pendant quatre jours de 0gr,09 *pro die.*

Les tracés sphygmographiques ci-joints, recueillis chez le même malade, nous expliqueront ce phénomène d'une façon plus intelligible.

Quelle est donc l'origine de cette différence?

Ces tracés que j'ai recueillis chez une seule et même malade (A. K..., trente ans. Rheumatismus. Arteriosclerosis incipiens. Palpitationes cordis) à l'aide du sphygmographe de Marey, prouvent l'énorme différence obtenue dans les pulsations sous l'influence de petites ou de grandes doses de sulfate de spartéine. Ainsi, après les petites doses (0gr,03), nous voyons après cinq ou tout au plus trente minutes les ondulations du pouls s'élever graduellement; les lignes ascendantes (anacrotes) deviennent de plus en plus étroites, et leur élévation plus raide, ce qui montre des contractions plus prononcées du cœur. Les descendantes (catacrotes) forment un angle moins aigu qu'avant l'administration de la spartéine, ce qui correspond à une contraction plus énergique de l'artère radiale. Il faut cependant noter qu'à la suite du processus athéromateux des vaisseaux, nous trouvons au sommet de l'ondulation une petite bosse qui empêche la reproduction exacte de l'abaissement de la catacrote.

De cette manière, en étudiant l'abaissement de la catacrote, il ne faut pas oublier l'angle qui émerge entre la fin de la bosse et la catacrote.

En outre, nous apercevons qu'en même temps que la force

des pulsations augmente, leur fréquence diminue; on comptait soixante-seize pulsations avant l'administration de la spartéine et cinquante minutes après on n'en comptait plus que cinquante-huit. L'action de la spartéine cinquante minutes après son administration est exactement reproduite sur le tracé (5, A).

Après deux jours d'usage du médicament (0^{gr},09 *pro die* ou 0^{gr},03 *pro dosi*) le pouls a conservé sa force et sa plénitude, tout en augmentant un peu de fréquence, soixante-huit pulsations par minute.

Le tracé (7, 8, A) nous représente les pulsations quatre jours après l'administration de 0^{gr},09 *pro die*. Le pouls est devenu arythmique double (*pulsus bigeminus*).

Les ondulations prises une à une cependant, à l'exception de celles qui sont arythmiques, indiquent une certaine énergie de l'activité du cœur, en même temps qu'un ralentissement.

Le second tableau (B) nous présente l'effet de doses plus élevées (0^{gr},12) sur le pouls. Ici, également qu'au début, l'activité du cœur, c'est-à-dire le developpement de l'ondu-

B. *Grandes doses de sulfate de spartéine.*

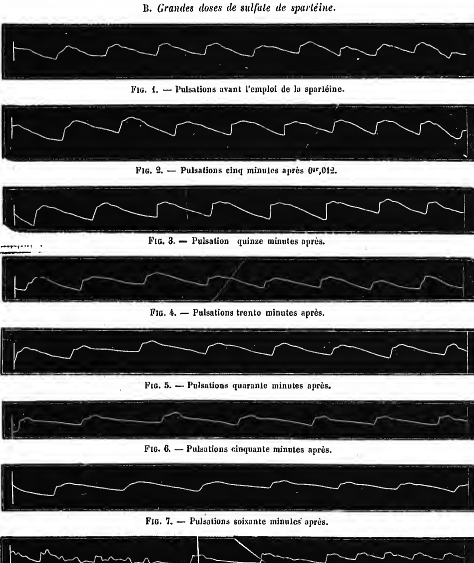


FIG. 1. — Pulsations avant l'emploi de la spartéine.

FIG. 2. — Pulsations cinq minutes après 0^{gr},012.

FIG. 3. — Pulsation quinze minutes après.

FIG. 4. — Pulsations trente minutes après.

FIG. 5. — Pulsations quarante minutes après.

FIG. 6. — Pulsations cinquante minutes après.

FIG. 7. — Pulsations soixante minutes après.

FIG. 8. — Pouls arythmique après l'emploi de 1^{gr},024 en doses fractionnées de 0^{gr},06 dans l'espace de deux jours.

lation du pouls augmente. En comparant cependant le tracé des pulsations recueilli cinquante minutes après 0^{gr},03 de spartéine (fig. 4, A) au tracé obtenu après l'administration de 0^{gr},12 (fig. 4, B), nous apercevons la grande différence qui existe entre eux.

Les premières pulsations sont moins fréquentes, mais plus fortes, plus développées que les secondes.

Le tracé suivant indique que les doses maximales du médicament diminuent la fréquence, mais aussi la force des pulsations (fig. 6, 7, B). La figure 6, B, en particulier, nous indique que l'action du cœur est beaucoup plus faible qu'avant la prise du médicament. La figure 8, B nous donne le tracé du pouls radial recueilli vingt-quatre heures après l'administration de 1^{gr},44 de sulfate de spartéine, dans le courant de deux jours, et par doses de 0^{gr},12 toutes les deux heures.

Ici, l'arythmie est très considérable et tout à fait hors ligne, produite par l'influence paralysante de la spartéine sur le cœur.

Les auteurs qui ont fait des expériences sur les animaux, et en particulier Fick et Gluzinski, sont d'accord que la spartéine agit en paralysant les terminaisons cardiaques du nerf pneumogastrique, et sous ce rapport, se rapproche de l'atropine.

La diminution de la fréquence des battements du cœur que ces auteurs avaient observée chez des grenouilles et

chez des chiens, après de petites doses de spartéine injectées dans les veines ou dans les bourses lymphatiques de la grenouille, paraît dépendre de la plus grande excitabilité des nerfs pneumogastriques. Ce ralentissement paraît émaner de la systole prolongée et plus énergique, ainsi que de la plus longue durée de la diastole.

Outre le ralentissement, le docteur Gluzinski a observé un agrandissement de la hauteur des ondulations cardiographiques. Après de plus grandes doses l'excitabilité des nerfs pneumogastriques diminue peu à peu jusqu'à complète extinction (deuxième et troisième période).

En présence de l'influence paralysante de la spartéine sur l'appareil qui sert de frein aux mouvements du cœur, la diminution de la fréquence de ces derniers pourrait dépendre : 1° de la paralysie des centres excito-moteurs, ou 2° du muscle lui-même.

Le docteur Gluzinski, se basant sur le résultat de ses expériences, à savoir que la spartéine diminue l'excitabilité musculaire en général, est disposé à admettre que la diminution du rythme cardiaque (troisième période) provient également de l'excitabilité amoindrie du muscle lui-même. Autrement, les doses plus fortes de spartéine qui paralysent les nerfs vaso-moteurs devraient, comme dans l'empoisonnement par l'atropine, causer une augmentation et non une diminution des battements du cœur et des pulsations. Fick prétend que le ralentissement du rythme cardiaque dépend de ce que la spartéine exerce sur le nerf pneumo-gastrique une action plus faible que l'atropine.

Quant à la diminution de l'excitabilité motrice en général, le docteur Gluzinski s'est convaincu, par des expériences sur des animaux, que la diminution de l'excitabilité obtenue par de fortes doses de spartéine ne concerne nullement le nerf moteur (Fick), mais les muscles eux-mêmes.

Nos observations cliniques sont complètement d'accord avec les expériences physiologiques des auteurs, et en particulier avec celles du docteur Gluzinski.

Il en résulte également que les petites doses sont les meilleures pour la thérapeutique, et ceci explique pourquoi les praticiens qui administrent dès le début des doses assez élevées, ne constataient aucune influence sur le cœur et les pulsations et n'obtenaient le ralentissement du pouls qu'après des doses très fortes.

Enfin, j'admets, d'après mes propres observations, que de petites doses de spartéine agissent sur le centre vaso-moteur, et de cette manière contribuent à l'action favorable de la spartéine là où son emploi est indiqué.

VII. *Conclusions.* — De tout ce que nous avons dit sur l'action de la spartéine, il résulte :

1° La spartéine exerce, sans contredit, une influence sur le cœur et les vaisseaux.

2° A petites doses (15 milligrammes, 2 centigrammes, 3 centigrammes *pro dosi*, 6 centigrammes, 9 centigrammes par jour) la force du cœur augmente, son activité se régularise, tandis qu'on perçoit un certain ralentissement de la fréquence des pulsations et que la pression du sang s'accroît.

Les doses moyennes, c'est-à-dire 6 centigrammes, 75 milligrammes *pro dosi*, soit 25 à 36 centigrammes par jour, n'exercent aucune influence sur le cœur et le pouls. Les doses maxima, soit 12 centigrammes *pro dosi*, 50, 60, 85 centigrammes à 1 gramme par jour, exercent une action déprimante sur le cœur, en diminuant la fréquence de ses battements, causant l'affaiblissement de cet organe associé à un pouls plus rare, faible, souvent intermittent et arythmique.

3° Les petites doses sont les plus convenables comme moyen curatif.

4° Les petites doses agissent d'une façon excitante sur le nerf pneumo-gastrique, tandis que les doses maxima le paralysent.

5° L'influence excitante et réconfortante de la spartéine sur le cœur ne saurait être considérée comme très importante ; elle est sensiblement dépassée par la digitale.

6° Les petites doses de spartéine, ainsi que les moyennes, paraissent exercer une influence excitante sur le centre vaso-moteur en même temps que le calibre des artères diminue.

7° L'influence de la spartéine se manifeste trente ou quarante minutes après son emploi et dure de quatre à cinq heures.

8° En général, on peut dire que l'action du remède est surtout prononcée sur des personnes impressionnables, nerveuses et anémiques.

9° En dehors de son action sur le cœur et les vaisseaux, la spartéine exerce une certaine action sédative et même légèrement soporifique. On peut donc, en quelque sorte, la considérer comme un faible narcotique.

10° L'action diurétique de la spartéine n'a que peu d'importance, sous ce rapport, le remède n'est pas sûr ; son influence se fait sentir surtout chez les individus à systèmes nerveux et vasculaires impressionnables, chez lesquels le muscle cardiaque n'a pas subi de graves altérations morbides et jouit d'une énergie suffisante. L'action diurétique de la spartéine paraît reposer sur un renforcement de l'activité cardiaque et l'influence de cette dernière sur le centre vaso-moteur et de là sur les vaisseaux.

11° La spartéine n'exerce pas d'action cumulative, et par conséquent, peut être supportée pendant un temps relativement long sans aucun danger pour l'organisme.

12° La spartéine ne provoque aucune altération dans le système intestinal et n'entrave en rien la digestion.

D'après ces données sur les propriétés de la spartéine, l'auteur croit pouvoir indiquer ses effets favorables dans les cas suivants :

1° Dans toutes les affections du cœur, dites fonctionnelles, telles que : battements de cœur, angoisses, tremblements, crampes, etc., provenant d'une impressionnabilité nerveuse générale, de l'hystérie, de la neurasthénie, de l'anémie et autres symptômes de ce genre, soit chez des femmes à l'âge critique, soit chez des hommes alcoolisants ou narcotisés par l'abus du tabac.

2° Dans les affections des valvules avec ou sans compensation où elle éloigne les sensations désagréables pour le malade.

3° Dans les commencements des affections valvulaires quand la compensation se trouve entravée, les altérations du muscle cardiaque et les épanchements peu avancés, on peut administrer la spartéine alternativement avec la digitale, à l'effet de vivifier l'activité du cœur surtout chez les gens nerveux.

4° Quand on ne désire pas un accroissement de la pression collatérale dans le système vasculaire, comme par exemple dans les lésions des valvules semi-lunaires de l'aorte ou quand le malade ne supporte pas la digitale.

5° Dans l'arythmie d'origine nerveuse.

6° La spartéine peut être efficace dans l'angine douloureuse de poitrine, d'origine nerveuse, dans les névralgies du cœur, d'origine réflexe, surtout dans le système sexuel. Par contre, la spartéine n'est d'aucune efficacité là où l'angine provient d'une altération morbide du muscle cardiaque lui-même (dégénérescence graisseuse des fibres musculaires, athérome des artères coronaires), de l'adynamie ou asystolie du cœur.

7° Au commencement de la maladie de Basedow.

8° Dans les accès d'asthme chez des malades emphysémateux ou atteints d'un catarrhe chronique des bronches.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Rôle du soufre chez les sulfuraires. Note de M. *Louis Olivier*. — L'emploi des anesthésiques avait déjà amené l'auteur à conclure, dans une précédente communication, que le soufre intracellulaire arrive à former H^2S sans passer par l'état de sulfate. En raison des conséquences que ce fait entraîne pour la physiologie, l'auteur s'est appliqué, depuis lors, à en perfectionner la démonstration. Il l'établit aujourd'hui par d'autres méthodes :

1° *Par voie de dosage*, en montrant que dans des matras privés d'oxygène le S du gaz H^2S formé eût exigé un grand volume d'oxygène pour constituer SO^3;

2° *Par immersion des sulfuraires dans des dissolutions aqueuses de* $BaCl^2$ à 10 pour 100, solution où l'on constate une production abondante de H^2S, bien que la réduction des sulfates y soit impossible.

3° *Par des expériences en cellules de culture* où la formation de H^2S précède celle de SO^3. Ce dernier acide, provenant de l'oxydation de H^2S, se produit dans les *cellules de culture* en présence de l'éther, mais ne se forme pas en présence du chloroforme; $CHCl^3$, formant avec H^2S et H^2O un hydrate défini, enlève en effet H^2S à mesure que ce gaz se produit et avant qu'il puisse fournir SO^3 par oxydation.

Ces phénomènes s'observent pendant la vie. Après la mort, au contraire, le soufre intracellulaire n'est plus converti en H^2S. Si les filaments qui le contiennent sont exposés, dans un peu d'eau, en grande surface et petite épaisseur, au contact de l'air, ils s'oxydent peu à peu. M. Louis Olivier établit nettement le caractère purement chimique de cette combinaison en montrant qu'une semblable oxydation se produit quand on dépose à l'air libre un papier Berzelius imprégné de poussière de soufre et imbibé d'eau distillée.

On voit que le mécanisme de la disposition du soufre après la mort diffère de celui que l'on constate dans l'organisme vivant. M. Olivier a observé que, pendant la vie, la production de H^2S s'accompagne toujours d'un dégagement de CO^2. Ces deux gaz sont produits en volumes égaux. D'où cette hypothèse que la sulfuraire, consommant à la fois soufre et oxygène aux dépens des sulfates alcalins, produit, au lieu de CO^2, COS. On sait en effet qu'au contact de l'eau, l'oxysulfure de carbone donne volumes égaux de CO^2 et H^2S. Cette hypothèse rendrait compte de la formation des eaux sulfureuses par des sulfates. Quoi qu'il en advienne d'ailleurs, les expériences de M. Olivier établissent la fonction comburante du soufre en physiologie et la substitution, au moins partielle, de ce métalloïde à l'oxygène dans les cellules où il existe à l'état libre.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *V. Poulet* (de Plancher-les-Mines) envoie un Pli cacheté, dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *L.-A. Hirtz* (de Colmar) adresse un mémoire complémentaire sur l'emploi thérapeutique de la poudre de meloe.

MM. les docteurs *Bourée* (de Châtillon-sur-Seine), *Bassompierre*, médecin-major de 2e classe à Troyes et *Gerbault*, médecin-major de 2e classe à Rambouillet, envoient des rapports sur *les vaccinations et les revaccinations qu'ils ont pratiquées en* 1887-1888.

M. le docteur *Hébert* adresse la relation d'une épidémie de fièvre rémittente paludéenne à forme typhoïde à Plouhinec (Finistère).

M. le docteur *Chabenat* envoie un rapport sur *les épidémies dans l'arrondissement de La Châtre (Indre) en* 1886-1887.

M. le docteur *Ledé* adresse une étude sur la *mortalité des enfants placés en nourrice.*

M. le docteur *Jenot* envoie un mémoire sur *la protection de l'enfance à Dercy (Aisne).*

M. *Hérard* présente un ouvrage de M. le docteur *Hunter Mackensie* (d'Édimbourg), intitulé : *Le crachat dans ses rapports avec le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies de la gorge et des poumons, particulièrement de la phthisie pulmonaire.*

M. *Bergeron* dépose le tome II des *maladies de l'appareil digestif*, par M. le docteur *Baumel* (de Montpellier).

M. *Ernest Besnier* présente un mémoire de M. le docteur *Niepce* (d'Allevard) sur *la lèpre au point de vue de sa contagion.*

M. *Larrey* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Widal*, médecin inspecteur de l'armée, les articles Pleurésie et Pneumothorax, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* 2° de la part de M. le docteur *Longet*, médecin-major de 1re classe, la relation d'une *épidémie de scarlatine observée dans la garnison de Givet en* 1887-1888; 3° au nom de M. le docteur *Lanel*, médecin aide-major de 1re classe, un travail sur *les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées en* 1887-1888 *à Djelfa* (province d'Alger).

M. *Bourgoin* présente plusieurs travaux de M. le docteur *Duhourcau* sur *les eaux de Cauterets.*

M. *Rochard* dépose un mémoire manuscrit de M. le docteur *Talairach*, médecin en chef de la marine, sur l'*épidémie actuelle de variole à la Martinique.*

M. *Mathias Duval* présente un ouvrage de M. le docteur *G. Hervé* sur *la circonvolution de Broca.*

M. *Duplay* offre un mémoire sur *la trépanation de l'apophyse mastoïde.*

M. *Ollivier* dépose une brochure de M. le docteur *Monin* sur l'*hygiène de l'estomac.*

Élections. — Par 41 voix sur 66 votants, M. *Barnsby* (de Tours) est élu correspondant national dans la division de physique et chimie médicales, contre 14 voix à M. Charpentier (de Nancy), 7 à M. Soubeiran (de Montpellier), 2 à M. Fleury (d'Alger) et 2 bulletins blancs.

M. *Charpentier* (de Nancy) est ensuite élu correspondant national dans la même division ; M. Soubeiran obtient 17 voix; M. Fleury, 2; M. Ballard (d'Amiens), 1; plus 2 bulletins blancs.

Pelade. — Depuis quelques années M. *H. Leloir* (de Lille), correspondant national, a observé 142 cas de pelade à l'hôpital de Lille, sur lesquels il a pu 92 fois établir une enquête suffisamment précise et prolongée. Il a divisé ces observations en trois classes, à savoir: 36 cas de pelade d'origine nerveuse ou peladoïdes trophoneurotiques, 35 cas où la nature trophoneurotique ou contagieuse n'a pu être déterminée et 21 cas pour lesquels la nature contagieuse du mal semble ne pouvoir être mise en doute. Il convient de conclure de ces faits qu'il existe des pelades contagieuses et des alopécies présentant les caractères de la pelade, qui doivent être rattachées à un trouble de l'innervation; mais il reste à déterminer les caractères cliniques et anatomo-pathologiques permettant de distinguer les vraies pelades contagieuses de celles qui sont manifestement d'origine nerveuse. Au point de vue prophylactique, M. Leloir adopte les mesures recommandées antérieurement par MM. Besnier, Ollivier et Bucquoy; toutefois, lorsqu'on est en présence d'une pelade contagieuse, il serait prudent de prendre des mesures radicales d'isolement. Il y a lieu aussi, sinon d'obliger, du moins d'inviter les coiffeurs à désinfecter leurs instruments avant et après leurs manipulations; le public doit être averti de l'intérêt de cette mesure.

Lèpre. — Reprenant la discussion sur la contagiosité de la lèpre, M. *Hardy* estime qu'il est impossible d'avoir actuellement une opinion bien nette sur ce point, jusqu'au jour où sera démontrée l'inoculabilité de la maladie. D'ailleurs, la race et le climat paraissent exercer une action importante sur cette affection et l'observation montre que les Européens, sauf les Norvégiens, et en particulier les Français, paraissent absolument inaptes à la contracter. Si elle est contagieuse dans certains pays, elle ne l'est pas chez nous ; et même ceux de nos nationaux qui séjournent quelque temps à l'étranger dans les pays lépreux, tels que les représentants de l'armée de terre et de la marine, en sont exceptionnellement atteints.

M. *Rochard* confirme l'observation de M. Hardy en ce qui concerne l'extrême rareté de la lèpre dans les troupes

de la marine aux colonies. Toutefois M. *Leloir* fait remarquer que la lèpre s'étend de plus en plus, quoique lentement, en Espagne et sur les côtes de la Baltique. Il faut aussi reconnaître que son diagnostic est, au début surtout, parfois très difficile, si bien que des cas de lèpre ont pu être souvent méconnus. Enfin, il semble, quand on étudie la répartition géographique de cette maladie, que le climat n'y ait aucune influence; on la constate dans les climats les plus extrêmes et les plus tempérés.

M. *Ernest Besnier*, invité par M. le président à prendre la parole, est d'avis qu'après le discours si convaincant, si sage, si modéré et si scientifique de M. Cornil à la dernière séance, il n'y a pas lieu de continuer la discussion jusqu'au jour où des faits nouveaux pourront être apportés à la tribune. Il y a deux ans, on a conclu que la lèpre n'était pas contagieuse; aujourd'hui l'on déclare qu'elle l'est peut-être; dans quelques années, on sera unanimement d'accord pour reconnaître qu'elle l'est certainement.

Néphrolithotomie. — M. *Le Dentu* communique le fait suivant : Un homme, âgé de quarante ans, souffrait depuis l'âge de dix ans. Quoiqu'il n'eût jamais expulsé un seul gravier, le diagnostic de la lithiase rénale était possible, en tenant compte des hématuries, qui remontaient au début de la maladie, des douleurs affectant souvent la forme de coliques néphrétiques. Le rein n'était pas augmenté de volume.

L'opération eut lieu le 18 février 1888. Voici ses divers temps :

1° Longue incision des téguments et des muscles, parallèle à la 12e côte, commençant à la masse sacro-lombaire et se terminant à 15 centimètres en avant.

2° Le rein, entièrement isolé, offre quelques bosselures très peu saillantes dans son tiers inférieur. L'exploration au moyen des doigts et d'une aiguille à acupuncture fait sentir un calcul au voisinage du bassinet.

3° Incision transversale de 3 centimètres sur la face postérieure, portant un peu sur le bassinet, mais surtout sur la substance rénale.

4° Extraction du calcul, qui a environ 2cm,5 de long sur 1 centimètre de large, avec l'index recourbé en crochet. Quelques débris restés dans un calice dilaté, sont enlevés avec une curette coudée spéciale (modèle nouveau).

5° Une incision exploratrice de 4 centimètres est pratiquée sur le bord convexe du rein. Par cette incision le doigt pénètre dans la cavité où était logé le calcul.

6° Après nettoyage antiseptique du bassinet avec une solution boriquée, je place cinq points de suture au catgut n° 0 sur la plaie transversale du rein, trois points espacés sur la plaie du bord convexe. Le rapprochement sans striction énergique arrête tout de suite l'écoulement du sang.

L'opéré urine dans les premières vingt-quatre heures 300 grammes d'urine mélangée de sang et de caillots. L'urine est normale au bout de trois à quatre jours. Jusqu'au sixième jour il n'en passe pas une goutte par la plaie. Il s'en échappe une quantité du sixième au quinzième jour, puis du dix-neuvième au vingt-troisième. Le drain a été enlevé au quinzième jour. La plaie était entièrement cicatrisée en moins d'un mois.

L'hémorrhagie, qu'on pourrait craindre quand on incise le parenchyme sain ou très peu altéré, est facilement arrêtée par la moindre compression. S'il est préférable, quand on le peut, de ne pas mettre le rein complètement à nu, on a vu que la décortication complète n'a nullement nui dans ce cas à la réunion immédiate, ni déterminé l'infiltration de l'urine. Une autre fois, M. Le Dentu espère éviter entièrement le passage de l'urine par la plaie, en incisant de préférence le bord convexe du rein, si le calcul n'était pas trop enclavé, et en se servant, pour la suture du rein, de fils de catgut plus forts, du n° 2.

Ce qui ressort nettement des quelques observations publiées jusqu'à ce jour et de celle-ci c'est que l'écoulement de l'urine par la plaie ne donne jamais lieu à une infiltration de ce liquide, et qu'il dure seulement quelques jours. La guérison a lieu sans persistance de la fistule. Si l'on compare au point de vue de la gravité, la néphrolithotomie sur un rein sain avec la même opération sur un rein suppuré, il y a en faveur de la première un avantage énorme comme bénignité. Le pronostic de la seconde est assombri par l'état de septicémie plus ou moins accusé dans lequel sont les opérés.

Les difficultés que l'on éprouve quelquefois à dégager ou à extraire les calculs contenus dans le bassinet ont amené plusieurs opérateurs à créer une instrumentation spéciale et toute nouvelle. Les pinces peuvent suffire pour les cas simples, mais souvent l'extraction présente des difficultés. Dans ce but, M. Le Dentu fait faire des curettes de trois espèces : les unes en cupule, les autres analogues à la curette de Daviel. Ces deux modèles conviennent pour l'extraction directe par une plaie du bord convexe du rein. Le troisième modèle est d'un type tout différent. Leur extrémité, terminée par un crochet aplati, est coudée sous un angle de 130 degrés. Il convient pour l'extraction par une incision du bassinet et il est destiné à agir, en ramenant les petits calculs ou les débris au voisinage de cette incision.

Ce cas porte à quatre le nombre des néphrolithotomies que M. Le Dentu a pratiquées jusqu'à ce jour. Dans l'un des cas, il y avait une fistule lombaire qui lui a servi de guide. Le rein renfermait 45 grammes de calculs. Dans deux cas, il y avait un abcès du bassinet, une pyonéphrose non ouverte à l'extérieur. L'un des malades a guéri avec persistance d'une fistule; l'autre, épuisé par la septicémie, a succombé.

En résumé, sur 4 cas, 3 guérisons, 1 mort. Parmi les guérisons, 1 cas de persistance d'une fistule, 2 guérisons franches et complètes. — Le mémoire de M. Le Dentu est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *A. Guérin*, *Labbé* et *Léon Le Fort*.

Emprisonnement. — Dans un rapport sur l'état physique, intellectuel et moral des détenus dans les prisons cellulaires, récemment étudiées par M. le docteur *Auguste Voisin*, M. *Gustave Lagneau* rappelle d'abord que l'emprisonnement cellulaire a été adopté en France, conformément à la loi du 5 juin 1875, pour les prévenus, non encore reconnus innocents ou coupables, ainsi que pour les condamnés à de courtes détentions, de moins de neuf mois; mais l'emprisonnement cellulaire n'a pas paru devoir être employé pour les condamnés à de longues détentions.

Ce mode d'emprisonnement aurait accru en Belgique le nombre des suicides et des cas d'aliénation mentale.

Mais, en France, par suite des mauvaises dispositions de certaines prisons, par suite du trop grand nombre de détenus, par suite de leur isolement imparfait, on n'obtient pas du régime cellulaire les résultats obtenus en Belgique. Dans ce pays, ce régime est strictement appliqué. Chaque détenu est réellement séparé des autres détenus. Mais de nombreuses visites leur sont faites par les gardiens, les aumôniers, les directeurs, les instituteurs ; les maîtres-ouvriers leur apprennent des métiers.

Dans les prisons cellulaires de Belgique, la mortalité générale, la proportion des suicides et des cas d'aliénation mentale, ne paraissent pas plus considérables que dans les prisons en commun. Les détenus ne s'y démoralisent pas, et, par leur apprentissage durant leur détention sont mis à même de gagner honnêtement leur vie lors de leur sortie de prison.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Laboulbène* sur les

candidats au titre de correspondant national de la première division (Médecine). La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Morache (de Bordeaux) ; 2° M. Chédevergne (de Poitiers); 3° *ex æquo*, MM. Fabre (de Commentry) et Niepce (d'Allevard); 4° *ex æquo*, MM. Bottentuit (de Plombières) et Villard (de Marseille).

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Traitement de la diarrhée par la poudre de talc : MM. Sevestre, Féréol, Juhel-Renoy. — Épistaxis grave comme première manifestation d'une néphrite interstitielle : M. E. Gaucher (Discussion: M. Huchard). — Goutte chez un enfant de quinze ans : M. E. Gaucher. — Vergetures dans la convalescence de la fièvre typhoïde : M. Troisier (Discussion ; MM. Bucquoy, Barrié, Desnos, Féréol).

M. *Sevestre* a donné la poudre de talc mélangée au lait pour combattre la diarrhée, chez sept enfants qui en étaient atteints depuis une huitaine de jours. Le talc, à la dose de 20 à 30 grammespar jour, a été fort bien accepté par les petits malades, et trois d'entre eux ont été guéris en quatre et cinq jours. Chez les quatre autres la diarrhée a été notablement diminuée et les selles ont repris leur couleur jaune : deux de ces enfants ont été constatés guéris le matin même. Chez tous, le traitement a enrayé la perte de poids, et même, chez quelques-uns, en a permis l'augmentation.

M. *Féréol* a administré à des phthisiques atteints de diarrhée le talc à la dose de 100 grammes pour un litre de lait. Ce mélange constitue une bouillie épaisse, difficile à déglutir et mal accueillie par les malades. D'ailleurs, la diarrhée n'a été suspendue que dans les cas peu intenses; chez un phthisique avancé elle n'a pas été supprimée, tandis que le lavement de nitrate d'argent a eu une action bien plus efficace.

M. *Juhel Renoy* a constaté également la répugnance des malades pour la bouillie constituée par le talc mélangée au lait. A la dose de 200 grammes en vingt-quatre heures, le talc a échoué chez un phthisique dont la diarrhée a été suspendue par une dose de 2 grammes de tannin répétée deux jours de suite.

— M. *E. Gaucher* donne lecture d'une observation intitulée : *Epistaxis grave comme première manifestation d'une néphrite interstitielle* (Sera publiée).

M. *Huchard* a observé un cas analogue. Il s'agit d'un malade, goutteux héréditaire, qui, pendant l'enfance, fut sujet à des épistaxis répétées. Celles-ci avaient depuis longtemps disparu lorsque, de 1878 à 1883, il présenta à diverses reprises des épistaxis graves nécessitant le tamponnement. Jusqu'en 1883, aucun signe de néphrite interstitielle ne put être relevé; à cette époque il eut une crise d'aphasie, sans doute par anémie cérébrale; en 1885 apparut une dyspnée urémique manifeste et, pour la première fois, on put constater de l'albumine dans les urines. Les accidents se précipitèrent et le malade succomba à une néphrite mixte. Pour M. Huchard les épistaxis des arthritiques sont le résultat de l'hypertension artérielle observée chez ces malades ; celle-ci amène à la longue l'artério-sclérose, et enfin les altérations artérielles rénales et la néphrite interstitielle : c'est ainsi que les choses se sont passées dans le cas qu'il rapporte.

— M. *E. Gaucher* communique l'observation d'un jeune garçon de quinze ans, qui entra à l'hôpital pour une tuméfaction douloureuse de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du pied gauche, datant de quinze jours. Le début brusque, l'absence de toute autre arthropathie, les caractères propres et la marche de l'affection n'ont pas permis de douter qu'il s'agissait d'un accès de goutte. Celui-ci, en voie de décroissance lors de l'entrée à l'hôpital, disparut au bout de trois jours. Le traitement consista en cataplasmes, et ingestion de 4 grammes de salicylate de soude. On ne relève aucun antécédent goutteux chez les parents ou les collatéraux; la mère cependant offre les attributs du tempérament arthritique.

— M. *Troisier* présente une pièce anatomique sur laquelle on voit d'énormes vergetures cutanées siégeant à la partie inférieure de la cuisse et survenues dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. D'autre part, un confrère de la ville lui a montré, sur lui-même, des vergetures très nettes situées au-dessus de la rotule, perpendiculaires à l'axe du membre et survenues dans les mêmes conditions à l'âge de douze ans. Ces vergetures ont présenté tout d'abord la coloration violacée, ordinaire lorsqu'elles sont récentes, puis elles sont devenues blanches. Il y a là évidemment une lésion cutanée par éraillure et rupture des fibres élastiques sous l'influence du tiraillement produit par un accroissement de taille rapide.

M. *Bucquoy* montrera deux dessins, recueillis dans son service, et représentant des vergetures analogues, chez un jeune garçon de quinze ans et chez une jeune fille de dix-huit ans, tous deux atteints de fièvre typhoïde. Mais il est assez particulier de constater que chez la jeune fille, parvenue d'ailleurs à un développement complet avant sa maladie, les vergetures siègent aux seins et à la crête iliaque : l'influence de la rapide croissance et du tiraillement semble dans ce cas bien difficile à admettre. D'autre part il n'y a évidemment pas eu augmentation de volume des seins pendant la fièvre typhoïde ; aussi est-on amené à se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'un trouble trophique ayant déterminé des vergetures qui, du fait de leur siége, auraient pu faire croire par la suite à une grossesse suivie de lactation.

M. *Barié* observe actuellement une jeune fille de dix-sept ans, convalescente d'une troisième rechute de fièvre typhoïde, et chez laquelle se sont développées quatre à cinq vergetures au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, et hier encore une autre au niveau de la crête iliaque.

M. *Desnos* demande si, chez le malade de M. Bucquoy, il n'y avait pas eu de développement exagéré des seins avant la fièvre typhoïde ; les vergetures se seraient alors montrées à l'occasion de leur diminution rapide au cours de la maladie.

M. *Bucquoy* n'a eu aucun renseignement à cet égard. Les vergetures n'existaient pas lors de l'entrée à l'hôpital; elles ont apparu à l'époque de la convalescence.

M. *Troisier* ne saurait admettre l'hypothèse d'un trouble trophique. Les lésions histologiques décrites par M. Ménétrier et lui, en pareil cas, écartent une semblable interprétation. Il ne s'agit nullement d'une atrophie, d'une disparition des fibres élastiques du derme, mais d'un simple déplacement, d'une rupture et d'un entraînement par traction vers les bords de la vergeture.

M. *Féréol* est d'avis que, sans admettre un trouble trophique allant jusqu'à la disparition des fibres élastiques, on peut penser qu'il s'agit d'un *trouble de nutrition* des éléments élastiques de la peau, les prédisposant à la rupture sous l'influence d'un tiraillement qui resterait sans cela insuffisant. Les modifications de nutrition des tissus dans les maladies graves comme la fièvre typhoïde ou la tuberculose rendraient bien compte de l'apparition des vergetures au cours de ces affections.

M. *Troisier* fait remarquer que, en tout cas, cette altération ne correspond pas à ce que l'on entend d'ordinaire sous le nom de trouble trophique.

M. *Barié* a observé l'apparition de vergetures chez un

tuberculeux à la suite d'un zona intercostal, précisément dans l'espace où s'étaient montrés les groupes d'herpès. Ce fait semble prouver en faveur de l'influence pathogénique d'un trouble trophique relevant de la névrite intercostale.

M. *Bucquoy* insiste sur l'absence d'une relation directe entre le degré d'accroissement de la taille chez les convalescents de fièvre typhoïde, et le nombre ou l'étendue des vergetures. Celles-ci sont parfois très accentuées chez des typhoïdiques qui n'ont que peu ou pas grandi. Si l'on rapproche l'apparition des vergetures de l'amaigrissement notable des malades et de la perturbation nutritive qu'ils ont subie, on en arrive à regarder comme très probable l'interprétation proposée par M. Féréol, et à admettre une altération de nutrition des éléments du derme, diminuant leur résistance et favorisant la production des éraillures sous l'action du tiraillement. Celui-ci, qu'il résulte de l'accroissement de la taille ou de toute autre cause, commande la localisation des vergetures, mais il faut pour qu'elles se produisent une autre cause prédisposante, encore mal déterminée sans doute, mais qui paraît être une altération nutritive.

— M. *Siredey* offre, au nom de M[me] veuve Bernutz, le volume de *Conférences cliniques sur les maladies des femmes*, dernier ouvrage de Bernutz.

— M. *Huchard* fait hommage à la Société de son travail intitulé : *Quand et comment doit-on prescrire la digitale?*

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

BIBLIOGRAPHIE

The passage of air and faeces from the urethra, par M. Harrison Cripps. — London, 1888.

Ayant eu deux fois l'occasion d'observer des malades chez lesquels le symptôme dominant était le passage dans l'urine de gaz et de matières fécales, M. Cripps a eu l'idée d'étudier cette question. L'étiologie, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement sont successivement envisagés. Il s'agit là d'un travail d'ensemble. Malheureusement l'auteur, qui se pique d'avoir réuni tous les faits importants, ignore à peu près complétement ce qui n'a pas été publié en langue anglaise. Le passage de gaz par l'urèthre lui suffit pour affirmer l'existence d'une fistule faisant communiquer les voies urinaires et digestives, car, dit-il, il est sûr qu'on n'a pas encore observé un cas où il y ait eu production de gaz aux dépens de l'urine dans la vessie. La lecture des travaux de M. Guyon et de ses élèves lui eût évité cette erreur, en lui montrant que cette production avait lieu quelquefois et qu'elle était liée, ainsi que l'a établi Guiard, à la présence du sucre dans les urines. De même, à propos du traitement, nous avons relevé un fait qui nous a surpris lorsque nous avons vu l'auteur déclarer que la possibilité d'exécuter des opérations intravésicales par l'hypogastre était aujourd'hui établie, grâce à l'impulsion de sir H. Thompson. Nous avions toujours cru que ce chirurgien, fort éminent du reste, avait, jusqu'à ces dernières années, manifesté sa préférence pour la voie périnéale et qu'il avait été un des derniers à adopter la pratique de la taille hypogastrique, bien après les chirurgiens allemands et français. Malgré ces critiques, le livre de M. Cripps présente quelque intérêt pour ceux qui désirent connaître les fistules uréthro-intestinales, dont il contient soixante-trois observations.

A. Broca.

VARIÉTÉS

Corps de santé de la marine. — A été promu :

Au grade de médecin de deuxième classe : M. Guerchet, aide-médecin, docteur en médecine.

Corps de santé de l'armée. — Ont été promus :

Au grade de médecin principal de première classe : M. Challan, médecin chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : M. Dufour, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Mestrude et Weil.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Clément, Hugard, Marchand, Lejeune, Berthoud.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par décret, en date du 16 juin 1888, M. Castan, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Combal, décédé.

M. Cavalier, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être nommé professeur honoraire.

Bureau central. Concours de chirurgie. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Michaux et Chaput.

Conseil d'hygiène. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, au nom d'une Commission composée de MM. Péligot, Armand Gautier, Jungfleisch, Proust et Riche, a donné lecture d'un rapport sur la *saccharine*, rapport concluant à la prohibition de ce produit dans l'alimentation générale comme pouvant avoir des dangers pour la santé publique.

La Commission considère la *saccharine* non comme un aliment, mais comme un médicament; de plus, elle est convaincue que la saccharine ne servira qu'à augmenter les falsifications déjà si nombreuses des denrées alimentaires.

Un cinquantenaire. — Il y a quelques jours M. Diday réunissait dans un banquet les chirurgiens de l'Antiquaille pour fêter le cinquantième anniversaire de sa nomination au majorat. C'est en effet en 1838 que M. Diday fut nommé à ce poste envié. A le voir si actif, si laborieux, on ne pouvait se douter que notre éminent confrère fût en droit de célébrer ses noces d'or. Nous nous associons à tous nos confrères de Lyon pour exprimer le vœu qu'il continue durant de longues années encore à enrichir la science du fruit de ses savantes études.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Magnien, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, ancien interne de Lyon, mort à l'âge de quarante-huit ans; et de M. Dautigny, interne à l'hôpital Tenon.

Mortalité a Paris (24e semaine, du 10 au 16 juin 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 8. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 32. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs : cancéreuses, 35 ; autres, 5. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 41. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 45. — Bronchite aiguë, 16. — Bronchite chronique, 27. — Broncho-pneumonie, 12. — Pneumonie, 44. — Gastro-entérite : sein, 29; biberon, 60; autres, 7. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 19. — Suicides, 22. — Autres morts violentes, 2. — Autres causes de mort, 161. — Causes inconnues, 11. — Total : 890.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

15259. — Bourloton. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 4 juillet 1888.

Académie de médecine : **Traitement des anévrysmes par la filipuncture. — Cathétérisme œsophagien dans les cancers de l'œsophage. — Dangers de la saccharine. — L'Institut vaccinal.**

En rappelant devant l'Académie de médecine l'observation qu'il avait communiquée à la Société des hôpitaux et que nous avons reproduite (p. 290), M. Bucquoy a nettement insisté sur les dangers d'une méthode qui n'est que très rarement applicable aux anévrysmes de l'aorte. Nous ne doutons point que la discussion qui vient de s'ouvrir ne confirme cette conclusion. On peut, dans des cas absolument désespérés, et lorsqu'il s'agit d'anévrysmes sacciformes sur des artères périphériques *déjà malades elles-mêmes*, essayer de calmer les douleurs et d'obtenir un affaissement au moins momentané de la poche anévrysmale en tentant ce que M. Verneuil a appelé la *filipuncture.* Nous ne pensons pas qu'il faille ériger en méthode ce mode exceptionnel de traitement. M. Verneuil en exposant, avec tous les détails historiques qu'elle comporte, cette question qui intéresse tout à la fois la médecine et la chirurgie, a voulu faire connaître, avec la lucidité et la loyauté qu'il apporte dans toutes ses discussions, ce que l'on sait au sujet du traitement des anévrysmes par la filipuncture. Nous attendrons qu'il ait terminé sa communication pour en résumer les parties principales.

Les observations faites par M. Kirmisson sur le cathétérisme œsophagien confirment les recherches et les expériences du regretté Krishaber. Il en résulte, en effet, que le cathétérisme progressif de l'œsophage avec les longues sondes peut être très utile dans les cas de rétrécissement simple, traumatique ou syphilitique. Le cathétérisme avec maintien prolongé d'une sonde à demeure rendrait même d'assez grands services dans les cancers de l'œsophage. La survie après l'introduction de la sonde ne serait pas inférieure à celle que donne la gastrostomie et l'on n'aurait, dit M. Kirmisson, aucun accident à redouter. Le fait paraît intéressant à confirmer par de nombreuses observations. Il en est tout autrement, en effet, pour les cancers du rectum

FEUILLETON

Histoire des hôpitaux de Paris : L'hospice de la Maternité.

Depuis quelques années il s'est publié sur les divers établissements hospitaliers de Paris un certain nombre de notices historiques qui, bientôt suivies d'autres travaux, nous l'espérons, formeront une véritable histoire complète de nos hôpitaux et de nos hospices. C'est ainsi que plusieurs jeunes docteurs ont fait de ces études le sujet de leurs thèses inaugurales et qu'après l'intéressante notice sur l'*Hôpital de la Charité* de M. le professeur Laboulbène (1878) qui a été quelque peu l'instigateur de ces travaux, sont venues les histoires de l'*Hôpital Notre-Dame de Pitié*, par Guillier (th. 1882), de *la Salpêtrière*, par Boucher (th. 1883), de l'*Hôpital Beaujon*, par Fournel (th. 1884), de l'*Hôpital Necker*, par Gervais (th. 1885), de l'*Hôpital du Midi*, par Pignot (th. 1885), de l'*Hôpital Cochin*, ouvrage posthume de Jacquet de la Tuffière, publié par les soins de M. le docteur Dujardin-Beaumetz (1886) et de l'*Hôpital Lariboisière* par Guérard, cette dernière thèse passée il y a quelques semaines à peine. Enfin nous-même, grâce à la généreuse intervention de l'administration de l'Assistance publique, avons eu 1884 publié l'histoire de l'*Hôpital Laennec, ancien hospice des Incurables*, et nous espérons pouvoir donner l'année prochaine une importante étude sur l'*Hôpital Saint-Louis*, le plus ancien actuellement de nos hôpitaux parisiens. C'est donc avec une véritable satisfaction que nous venons de voir paraître un ouvrage très complet, un véritable livre, sur l'histoire du service des accouchements dans l'ancien Hôtel-Dieu et l'origine de l'hospice actuel de la Maternité : c'est Mlle Henriette Carrier, sage-femme de l'hôpital Lariboisière, qui a entrepris ce travail et disons tout de suite qu'elle a fait une œuvre fort intéressante

et du larynx; dans les premiers en particulier la dilatation primitive est néfaste. La seule opération qui réussisse à calmer les douleurs et à prolonger les jours du patient est celle qui consiste à pratiquer un anus artificiel, et, dans le cas où l'intervention a été hâtive, la survie est parfois très longue. Il serait bon de démontrer par de nombreuses observations qu'il n'en arrive pas de même pour les cancers de l'œsophage.

Les conclusions du rapport de M. Dujardin-Beaumetz au sujet de la saccharine méritent d'être répandues dans le public et adoptées par l'administration. La saccharine peut provoquer certains troubles digestifs (Pavy a confirmé à ce point de vue les observations de M. J. Worms); elle est éliminée en nature sans subir aucune modification dans l'économie. C'est donc un médicament et non un aliment. Par conséquent il convient d'interdire la vente de produits alimentaires sucrés à la saccharine et de réserver l'usage de ce médicament au traitement des diabétiques qui en tolèrent de petites proportions.

L'Institut vaccinal municipal de Paris et le service de la vaccine à l'Académie de médecine.

Un rapport de M. le docteur Levraud sur la création d'un Institut vaccinal municipal à Paris a été discuté avant-hier 2 juillet, par le Conseil municipal. Il n'est pas sans intérêt de faire connaître les dispositions principales de ce projet, renvoyé à la commission pour une nouvelle étude, et, en même temps, de rappeler les services, trop peu connus, rendus par l'Académie de médecine au point de vue de la propagation de la vaccine.

C'est vers la fin de 1887 que M. Vaillant proposa au Conseil la création à Paris d'un service municipal et départemental de vaccination. Une commission technique spéciale fut aussitôt chargée d'élaborer un projet complet d'organisation d'un Institut vaccinal. L'administration de l'Assistance publique avait eu tout d'abord l'idée de traiter avec MM. Lanoix et Chambon pour qu'ils se chargeassent de l'installation et de la direction d'un Institut ayant pour but d'assurer un service public de vaccination quotidien, à l'Institut même, hebdomadaire dans les établissements hospitaliers, les mairies et les maisons de secours; du vaccin animal devait être délivré gratuitement à toutes les personnes qui en feraient la demande; le terrain sur lequel devait être construit l'Institut vaccinogène était mis gratuitement à la disposition des concessionnaires pour toute la durée du traité, soit dix années. La somme annuelle à payer à MM. Lanoix et Chambon devait s'élever à 132000 francs. Par ce même traité ces Messieurs s'engageaient en outre à délivrer gratuitement du vaccin à tous les médecins du département et à organiser un service de vaccination mensuel ou trimestriel dans toutes les communes.

Après discussion, la Commission fut d'avis que la production du vaccin devant servir aux vaccinations publiques ou qui serait distribué gratuitement à tous les médecins devait être entourée des garanties les plus absolues, et que c'était à la ville de Paris qu'il appartenait de prendre seule cette responsabilité; de plus, il lui a paru que cette dernière solution lui permettrait de diminuer notablement les dépenses du service. Voici, brièvement résumé, le projet auquel elle s'est arrêtée :

Comme à Lyon, à Montpellier et dans un grand nombre d'Instituts vaccinogènes de l'étranger, il serait fait usage dans l'Institut de Paris de pulpe glycérinée; après prélèvement du vaccin, l'animal serait abattu et inspecté avec le plus grand soin par un vétérinaire compétent. L'examen devrait particulièrement porter sur les différents organes : poumon, foie, rate, voies digestives, système lymphatique, le péritoine et la plèvre.

Un local établi dans les terrains qui entourent l'hospice de la Salpêtrière serait aménagé pour cet Institut; il comprendrait des pièces pour la récolte et la mise en tubes du vaccin; d'autres chambres pour le service administratif et technique. Ce service comprendrait : 1° un médecin en chef (5000 francs de traitement), chargé tout à la fois de la direction de l'Institut, de l'inspection des stations vaccinales de Paris et du département, enfin de la statistique générale; 2° un vétérinaire (4600 francs de traitement); 3° un préparateur (2400 francs de traitement); 4° deux hommes de service; 5° un concierge; 6° un commis comptable. Enfin, il existerait auprès de l'Institut un Comité de surveillance, composé du doyen de la Faculté de médecine, de l'inspecteur général des services sanitaires, du directeur de l'École d'Alfort, de l'inspecteur général des écoles vétérinaires, du directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, du vice-président du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, de trois membres du conseil municipal de Paris et de deux

---

grâce à sa compétence professionnelle et à de véritables recherches d'érudition (1).

I

Dès le treizième siècle l'Hôtel-Dieu paraît avoir eu un département spécial pour les accouchées, et il existe aux archives de l'Assistance publique des documents attestant que dès 1378 il y avait dans cet hôpital une « *ventrière des acouchiez* ». Au quinzième siècle, sous Louis XI, l'Hôtel-Dieu comprenait cinq grandes salles. La quatrième et la cinquième, réservées aux femmes, occupaient la salle dite salle neufve, construite par saint Louis sur le bord de l'eau et vers la rue du Petit-Pont. La quatrième salle, ou salle neufve proprement dite, comprenait quatre-vingt-cinq lits de femmes et c'est au-dessous de celle-ci « en lieu destourné et clos » qu'étaient placés les vingt-quatre lits réservés aux « femmes grosses et gisans denffant ». Il fallait pour arriver à cette salle descendre dix-huit ou vingt marches et l'on pénétrait alors dans une salle basse « comme ung cellier » ayant douze mètres environ de large et si peu élevée au-dessus du niveau de la rivière que dans les grandes eaux « l'eau de Seyne vient à un pied près des fenestres ». Cette situation déplorable se prolongea jusque vers le milieu du dix-septième siècle. Vers 1650, le service ou, comme on disait alors, l'office des accouchées fut transféré dans une des salles nouvellement construites sur le Pont-au-Double et il y resta jusqu'en 1662 ou 1663. A cette époque on le transporta dans les bâtiments neufs élevés sur la rive gauche de la Seine, le long de la rue de la Bûcherie, et dont une partie subsiste encore aujourd'hui. La salle qui fut alors réservée aux accouchées, ou salle Saint-Joseph, n'avait que deux cent cinquante-deux pieds de long et était

(1) *Origines de la Maternité de Paris. — Les maîtresses sages-femmes et l'office des accouchées de l'ancien Hôtel-Dieu* (1378-1796), par Mlle Henriette Carrier, sage-femme de l'hôpital Lariboisière, in-8°, XVIII-272 pages avec plans. — G. Steinheil, éditeur.

membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique. Ce comité serait chargé de rédiger une instruction pratique, à l'usage des vingt médecins vaccinateurs, un par arrondissement; cette instruction serait modifiée au fur et à mesure des découvertes scientifiques.

Le projet estime que les dépenses seraient de 20500 francs pour le personnel de l'Institut, de 51000 francs pour les vingt médecins vaccinateurs rétribués à raison de 5 francs par séance dans les stations de chaque arrondissement ainsi que dans les écoles et pour la vaccination dans les hôpitaux, à raison de 5 francs pour chacune des 1000 à 1100 séances qu'on y compte chaque année, de 27960 francs représentant les frais matériels de l'Institut et enfin de 1200 francs pour les jetons de présence des membres du Conseil de surveillance, soit au total une dépense annuelle de 100660 francs. Actuellement le service de la vaccine coûte à l'Assistance publique de Paris 71500 francs par an, dont 50000 francs pour les primes aux parents qui viennent faire vacciner leurs enfants dans les mairies ou les maisons de secours, 6200 francs en primes aux sujets vaccinifères et 15300 francs comme indemnités aux vaccinateurs et pour l'envoi de génisses dans les hôpitaux. Il faut remarquer qu'il sera difficile de supprimer, au moins dans les premières années, les primes de vaccinations; elles viendront, dans une mesure plus restreinte il est vrai qu'aujourd'hui, augmenter les frais du futur Institut. Il y faut ajouter les frais de premier établissement qui doivent s'élever à 102983 fr.22, d'après les plans et devis de construction.

L'Institut comprendrait deux corps de bâtiment : un premier, en façade sur le boulevard de l'Hôpital, renfermerait le logement du concierge, le cabinet du médecin directeur, le cabinet du vétérinaire et deux laboratoires annexes, une salle d'attente, une salle de vaccination, etc.; le second corps de bâtiment serait spécialement destiné aux étables, ainsi qu'à un local pour la vaccination des animaux et à la récolte du vaccin. Ces dépenses ont paru fort élevées à certains membres du Conseil municipal, qui se sont ingéniés à les diminuer. L'un d'eux, M. Léon Donnat, a déposé un amendement tendant à accepter, au moins à titre d'essai pendant un an, une offre de l'Institut vaccinal suisse de fournir à la Ville, moyennant une subvention annuelle de 25000 francs, tout le vaccin nécessaire au service de vaccination gratuite. Pareille offre a été faite par l'Institut de Lyon et c'est parce que le rapport a paru à la majorité du Conseil n'avoir pas assez tenu compte des diminutions de dépenses que l'acceptation de ces propositions pouvait comporter, que le renvoi à la commission a été prononcé.

Sans aller chercher le vaccin jusqu'à l'étranger ou en province, l'on peut se demander s'il n'est pas possible d'en trouver à Paris, qui puisse offrir des garanties non moins sérieuses. Or, un tel service existe, mais l'on ne sait assurément pas assez que l'Académie de médecine possède, toute l'année, un service de vaccinations qui a toujours présenté de grands avantages et donné d'excellents résultats. Il y a longtemps qu'elle pratique de très nombreuses vaccinations et fournit abondamment du vaccin; elle le fait sans bruit sinon sans éclat, et les divers directeurs de la vaccine qui s'y sont succédé n'ont jamais cessé d'apporter à cette tâche le plus grand dévouement allié à la science la plus incontestable.

C'est ainsi que, depuis 1879 jusqu'au 30 juin 1888, le service de la vaccine à l'Académie de médecine a opéré 39988 opérations vaccinales, dont 31630 vaccinations et 9358 revaccinations. Ces opérations se subdivisent, par année, ainsi qu'il suit :

En 1879,	3787	vaccinations et	838	revaccinations,	total	4625
En 1880,	3710	—	3321	—	—	7031
En 1881,	2851	—	713	—	—	3564
En 1882,	3167	—	326	—	—	3493
En 1883,	2941	—	1090	—	—	4031
En 1884,	3090	—	260	—	—	3350
En 1885,	3241	—	276	—	—	3517
En 1886,	2993	—	477	—	—	3470
En 1887,	3350	—	526	—	—	3876
En 1888 (prem. semest.),	2500	—	531	—	—	3031

Les chiffres, pour le premier semestre de 1888, sont, on le voit, très élevés. Ils tiennent à ce que, depuis le 3 mai dernier, l'Académie a pu consacrer un jour de plus à la vaccination; ce jour, le jeudi, est réservé à la vaccination animale. Du 3 mai au 30 juin il a été fait, en dix-huit séances de vaccination de bras à bras, 990 vaccinations et 72 revaccinations, au total : 1062, et, dans les neuf séances de vaccination animale, il a été pratiqué 1026 vaccinations et 153 revaccinations, ou 1179 opérations vaccinales, ce qui témoigne de la faveur marquée dont les vaccinations animales ont été aussitôt l'objet à l'Académie.

De plus, un important envoi de vaccin s'y fait chaque

---

fort basse; l'encombrement y était devenu peu à peu tel qu'en 1671 on comptait environ deux cent cinquante femmes en permanence au lieu de quatre-vingts ou cent qui y étaient ordinairement ; avons-nous besoin d'ajouter que dans cette salle, comme dans toutes les autres d'ailleurs de l'Hôtel-Dieu, les malades couchaient plusieurs dans le même lit. Les conditions d'hygiène étaient déplorables : à la fin du dix-huitième siècle, au moment où Tenon, rapporteur de la Commission nommée par l'Académie des sciences, écrivait ses belles études sur les hôpitaux, elles n'avaient pas changé. On avait ajouté à la salle Saint-Joseph quelques locaux supplémentaires; mais l'encombrement était le même. Les malheureuses femmes étaient couchées deux, trois et quelquefois quatre dans le même lit, les accouchées saines confondues avec les malades, et l'on peut penser quelle puissante source d'infection était cette promiscuité répugnante. Il n'y avait pas de berceaux, et malgré les accidents qui en résultaient parfois d'étouffements d'enfants, les mères devaient coucher avec elles leurs nouveau-nés. Placées au-dessus de salles contenant des fiévreux et des blessés, recevant par les escaliers un air corrompu, ne prenant leur jour et leur air que du côté de la rivière d'où s'élevaient des émanations putrides (ajoutez à cela que la plupart des fenêtres étaient encore continuellement garnies de linge de lessive, ce qui mettait obstacle à l'entrée du peu d'air respirable qui eût pu pénétrer), ces horribles salles étaient des foyers endémiques de septicémie puerpérale. Les épidémies s'y montraient parfois si meurtrières que pendant l'hiver de 1746 « de vingt de ces femmes malades en couches à peine en échappait-il une ».

II

Nous connaissons les locaux, voyons maintenant comment et par qui ils étaient occupés.

On recevait à l'Hôtel-Dieu les femmes grosses à partir du huitième mois; les autres étaient renvoyées chez elles

jour; la distribution du vaccin depuis neuf ans, donne les chiffres suivants :

En 1879	13,408	plaques et	1054 tubes.
En 1880	19,709	—	2064 —
En 1881	11,836	—	2255 —
En 1882	8,923	—	3851 —
En 1883	10,219	—	3440 —
En 1884	11,472	—	2221 —
En 1885	9,077	—	2264 —
En 1886	9,663	—	2076 —
En 1887	8,503	—	1903 —
Soit, au total.	102,810	plaques et	21,128 tubes.

La répartition des plaques et des tubes s'est faite comme il suit :

En 1879, à Paris, 8075 plaques, 128 tubes; dans les départements, 5333 plaques et 782 tubes; 76 tubes en Algérie, 19 dans les colonies et 49 à l'étranger.

En 1880, à Paris, 16071 plaques, 128 tubes; dans les départements, 3638 plaques et 1682 tubes; 61 tubes en Algérie, 15 dans les colonies et 24 à l'étranger.

En 1881, à Paris, 7083 plaques, 144 tubes; dans les départements, 4753 plaques et 1903 tubes; 105 tubes en Algérie, 49 dans les colonies et 56 à l'étranger.

En 1882, à Paris, 7706 plaques, 339 tubes; dans les départements, 1217 plaques et 2964 tubes; 249 tubes en Algérie, 77 dans les colonies et 222 à l'étranger.

En 1883, à Paris, 7655 plaques, 470 tubes; dans les départements, 2564 plaques et 2450 tubes; 266 tubes en Algérie, 32 dans les colonies et 225 à l'étranger.

En 1884, à Paris, 8535 plaques, 178 tubes; dans les départements, 2937 plaques et 1803 tubes; 126 tubes en Algérie, 62 dans les colonies et 53 à l'étranger.

En 1885, à Paris, 6569 plaques, 145 tubes; dans les départements, 2508 plaques et 1814 tubes; 102 tubes en Algérie, 143 dans les colonies et 59 à l'étranger.

En 1886, à Paris, 6286 plaques, 181 tubes; dans les départements, 3377 plaques et 1586 tubes; 95 tubes en Algérie, 104 dans les colonies et 110 à l'étranger.

En 1887, à Paris, 5009 plaques, 152 tubes; dans les départements, 3494 plaques et 1439 tubes; 67 tubes en Algérie, 184 dans les colonies et 61 à l'étranger.

Enfin, il a été chargé 10439 lancettes à Paris en 1879, 12406 en 1880, 5579 en 1881, 4738 en 1882, 6480 en 1883, 6656 en 1884, 4979 en 1885, 3556 en 1886 et 5098 en 1887, soit 59931 en neuf années.

Quant aux résultats des vaccinations, ils sont des plus remarquables. Sur 29130 opérations vaccinales faites sur des enfants depuis 1879 jusqu'en 1887 inclusivement, les résultats sont connus pour 20462 cas; ils donnent 20215 succès et 247 insuccès, soit une proportion de 98,79 succès pour 100.

Les résultats des revaccinations ne peuvent être malheureusement connus, le service de l'Académie ne pouvant parvenir à obtenir de réponses de la part des personnes revaccinées; on voit qu'il n'en reçoit déjà pas pour toutes les vaccinations, puisque sur le nombre des opérations dont nous venons de parler, il y en a eu 8668 dont les résultats restent inconnus.

Ajoutons que, de 1879 à 1887 inclusivement, 1210 enfants ont servi de vaccinifères à l'Académie, soit une moyenne de 135 par an, ayant en général de quatre mois à un an.

Le service de la vaccine coûte peu à l'Académie. En dehors du traitement (2000 francs) du directeur de la vaccine, un crédit de 2200 francs a été jusqu'ici accordé par le ministère de l'instruction publique à ce service, afin de payer des primes aux parents des vaccinifères; il y faut ajouter une somme de 450 francs accordée par le ministère du commerce pour les menus frais (achat de plaques, tubes, papier d'étain, plumes d'oie) et, depuis deux mois, une subvention de 2000 francs accordée par la même administration pour le service spécial de la vaccination animale. Le total de ces dépenses s'élève à 6650 francs. D'après les renseignements que nous avons recueillis, il n'est pas douteux qu'avec une somme annuelle de 10000 à 12000 francs l'Académie de médecine pourrait organiser un service quotidien de vaccinations et fournir tout le vaccin nécessaire pour la vaccination à domicile.

On se demande quel intérêt le Conseil municipal peut avoir à Paris à prendre à sa charge l'autonomie du service de la vaccine et l'on comprend qu'il ne saurait mieux se délivrer de la responsabilité qui lui incomberait de ce chef qu'en s'en remettant à la compétence éprouvée et à la surveillance des membres de l'Académie de médecine auxquels il serait confié.

L'économie, quelle que soit l'importance de la subvention accordée, sera, en tout état de cause, très considérable en comparaison des dépenses que l'Institut vaccinogène municipal comporterait. Or, en matière de santé publique, les économies s'imposent, tout aussi bien que la simplifi-

---

avec exhortation à la patience; le service était ouvert à toutes les femmes en travail, la nuit comme le jour. Le mouvement des entrées était considérable; ainsi le nombre des naissances, de 858 qu'il était en 1722, s'était élevé à 1111 en 1724; puis se maintenait à partir de 1760 à plus de 1500 et même de 1600. Si l'on se reporte à ce que nous avons dit du nombre de lits existant dans la salle, des dimensions et des dispositions des locaux, on peut concevoir ce qu'était l'activité d'un pareil service et dans quelles conditions déplorables se faisaient les accouchements. Maintenant si l'on veut savoir ce qu'il advenait de tous ces nouveau-nés, sur les *quinze cents* enfants qui naissaient annuellement à l'Hôtel-Dieu, il en passait *treize cents* environ aux Enfants-Trouvés, et sur ceux-là qui étaient envoyés à la maison de la Couche, il en mourait dans les premiers jours *quatre cents* environ!

La direction du service était confiée à une maîtresse sage-femme; on trouve dans les livres de comptes de l'ancien Hôtel-Dieu la mention des titulaires successives de cet emploi, mais les renseignements ne deviennent de quelque intérêt qu'à partir du dix-septième siècle; encore sont-ils bien incomplets sur beaucoup d'entre elles. Parmi celles qui jouirent de quelque notoriété nous rappellerons Marguerite du Tertre (1670-1686), Louise Cocquelin, Edmée Gouet, Marie-Claude Pour, Marthe-Marie Jouet, à laquelle succède en 1774 Mme Dugès, mère de Mme Lachapelle. Nous reviendrons tout à l'heure sur ces deux dernières qui acquirent, comme on sait, une véritable célébrité.

Les attributions de la sage-femme étaient multiples; elle était chargée de l'admission des femmes, des accouchements, avait la surveillance des baptêmes; toutefois elle était placée sous la direction de la religieuse. A partir de l'année 1630 son rôle grandit en importance; elle devient professeur, ayant sous ses ordres six ou sept apprentisses auxquelles elle apprend l'art des accouchements. Cependant un des médecins de l'Hôtel-Dieu devait chaque matin

cation des services et la compétence de ceux qui les dirigent.

Quel que soit le projet adopté, il y a urgence à ce qu'une solution intervienne, lorsqu'on voit que depuis 1887, 22 076 décès ont eu lieu à Paris par la variole, dont 10 549 en 1870 et 2777 en 1871. Il est à craindre que l'Exposition de 1888 ne soit la cause d'une nouvelle recrudescence de la maladie, frappant les ouvriers appelés par les travaux, et la masse considérable des besogneux attirés par l'affluence des visiteurs. On sait cependant, — et les exemples abondent à l'appui, — qu'il n'est pas de maladie plus *évitable* que la variole, au point de vue de l'hygiène publique.

D'où vient donc que la vaccination est encore si peu généralisée en France? Deux causes sont généralement invoquées à ce sujet : l'insuffisance du vaccin et l'absence d'une législation suffisamment coercitive. C'est pourquoi l'on voit réclamer de divers côtés la création d'Instituts vaccinogènes, en même temps que les vœux s'accumulent en faveur de la vaccination obligatoire légale, aussi bien de la part des Société savantes et des réunions d'hygiénistes que de la part des assemblées délibérantes. Hier encore le Conseil municipal de Paris était sollicité de demander au gouvernement que « la loi rendant la vaccination obligatoire, votée en première lecture par la Chambre des députés en 1881, soit mise de nouveau à l'ordre du jour et rapidement promulguée ».

Il serait à craindre qu'un tel vœu ne soit bien platonique, si l'on en juge par les difficultés qu'a subies la proposition de loi déposée à la Chambre des députés par M. Liouville avant d'arriver à une première délibération. Si celle-ci a pu être votée, il n'en est pas résulté une présomption bien sérieuse en faveur de la proposition; car il était visible à cette époque que toute la droite de la Chambre la rejetait comme attentatoire à la liberté individuelle et aux droits du père de famille, tandis qu'une grande partie de la gauche n'y voyait que l'obligation légale d'une pratique médicale sujette à controverses. De fait, ni le promoteur de la proposition, ni la commission qui l'avait approuvée, ni le gouvernement dont l'intervention, appuyée sur un avis favorable rédigé par M. Fauvel au nom du Comité d'hygiène et sur un autre avis favorable émis par l'Académie de médecine sur le rapport de M. Blot, permit d'obtenir le passage à une seconde délibération, n'osèrent provoquer celles-ci. Aujourd'hui encore, il y a de grandes chances qu'une pareille loi n'obtienne pas une approbation suffisante dans les milieux parlementaires et, vu la lenteur des formalités législatives, il est bien certain que la législature actuelle n'aurait pas le temps de la voter. Aussi convient-il, suivant nous, de se servir tout au moins des armes que nous fournissent les lois existantes.

Parmi celles-ci il en est une dont les termes sont assurément trop vagues, mais qui n'en constitue pas moins la loi sanitaire fondamentale en France; nous voulons parler de la loi municipale qui, depuis 1789-1790 jusqu'à la loi du 5 avril 1884, donne au moins aux maires le droit de prévenir par des précautions convenables et de combattre par des mesures efficaces les épidémies. Il appartient en conséquence à ces magistrats de rendre en pareil cas la vaccination obligatoire, et, s'ils se refusent à prendre cette mesure, l'article 99 de la même loi autorise les préfets, c'est-à-dire le gouvernement, à l'édicter, après une injonction au moins restée sans résultat. Quant à ceux qui prétendraient qu'agir ainsi c'est porter gravement atteinte à la liberté individuelle, il est peut-être permis de leur faire observer qu'ils auraient le droit de s'exposer à la variole s'ils devaient seuls en souffrir, mais qu'ils n'ont pas le droit de la donner aux autres. Remarquons aussi que c'est en vertu du même texte de loi que les magistrats municipaux ont le droit de faire visiter les femmes soupçonnées de se livrer à la prostitution. Les pénalités appliquées pour la résistance aux arrêtés municipaux sont, il est vrai, dérisoires dans l'espèce; mais ce n'est pas tant, en pareil cas, l'importance de la pénalité qui importe, que la condamnation elle-même et l'influence qu'elle exerce dans le milieu où elle est encourue. Ce serait une erreur de croire que, dans les pays où la vaccination est obligatoire, la loi ait par elle-même une action coercitive bien efficace; elle a du moins modifié les mœurs et, l'autorité prise par l'administration sanitaire lui venant en aide, on a pu obtenir des résultats très appréciables, comme en Allemagne, en Danemark, en Norvège, en Suède, etc.

A défaut d'une loi spéciale et dans la crainte que le gouvernement ne puisse ou ne veuille exercer sur les maires la contrainte dont nous venons de parler, il y a lieu de prendre toute une série de mesures qui puissent, sans contestation légale, concourir au but commun : l'enfant ne doit pas être admis à l'école s'il n'est vacciné, ni le soldat au régiment; les lois spéciales à certaines catégories de personnes protégées peuvent n'accorder cette protection

---

faire la visite dans le service; il était accompagné d'un des douze compagnons chirurgiens internes, lequel était chargé de faire les saignées et toutes les opérations prescrites par le médecin; enfin, dans les cas difficiles, la sage-femme faisait mander le premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu et à son défaut le premier compagnon gagnant maîtrise. En dehors de ces personnes, la porte de l'office des accouchées restait pour ainsi dire fermée à tout sujet masculin ; cependant des permissions temporaires étaient données, le plus souvent sur de hautes recommandations, à des chirurgiens étrangers à l'hôpital qui désiraient suivre le service; cette introduction n'allait pas sans difficultés et provoqua à diverses reprises la suspension des permissions de ce genre. Finalement ces admissions furent absolument interdites (règlement de 1782).

Ce même règlement du 16 décembre 1782 entre dans les plus grands détails relativement aux devoirs et fonctions de la maîtresse sage-femme ainsi que des apprentisses.

La maîtresse sage-femme était choisie et nommée par le bureau de l'Hôtel-Dieu après informations prises sur sa religion, ses mœurs, conduite et capacité; mais elle ne pouvait être prise que dans le nombre des sages-femmes reçues et admises par le collège de chirurgie. Elle ne sera point mariée, mais veuve ou fille de maîtresse sage-femme et de préférence ancienne apprentisse de l'Hôtel-Dieu; elle devait avant d'être reçue être interrogée en présence de MM. les administrateurs par les médecins et le premier chirurgien de la maison; ses gages étaient de 400 livres par an, logée, chauffée, etc. Parmi ses devoirs, le règlement insiste longuement sur ce qu'elle doit faire vis-à-vis des femmes syphilitiques. Elle ne devait admettre aucune femme reconnue attaquée de la maladie vénérienne sauf dans le cas où l'accouchement était immédiat, et alors l'accouchée devait être placée seule à l'extrémité de la salle et séparée des autres femmes (§ II, art. 2). « Dans le cas où la maîtresse sage-femme reconnaîtrait dans quelques-

qu'autant qu'elles ont satisfait à l'obligation préalable de la vaccination, etc., etc.

Enfin il convient d'assurer le plus possible une abondante et constante distribution de vaccin. Pour cela il importe que les efforts se concentrent dans les diverses régions en des centres choisis, offrant toutes les garanties d'économie et de compétence que commandent impérieusement la préparation, la conservation et la distribution d'un procédé prophylactique aussi bienfaisant.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

ÉPISTAXIS GRAVES, COMME PREMIÈRE MANIFESTATION D'UNE NÉPHRITE INTERSTITIELLE (1). Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 22 juin 1888, par M. E. GAUCHER, médecin des hôpitaux.

Le 20 mai 1888, je recevais à la consultation du Bureau central un homme de trente-huit ans, qui était atteint d'épistaxis incoercible depuis trois jours.

Je le fis entrer dans mon service à l'hôpital Cochin, où, le lendemain matin, j'appris que ces épistaxis avaient débuté dans la nuit du 17 au 18 mai. Dans ces trois jours le malade a eu quatre saignements de nez très abondants. Le premier a duré presque toute la journée du 17. Un médecin a fait appliquer sur la région hépatique un vésicatoire qui n'est pas encore sec, sans aucun succès, car le sang, qui n'a pas cessé de suinter tout le temps, a reparu avec abondance à trois reprises différentes, malgré le tamponnement antérieur des fosses nasales. Dans une seule de ces recrudescences, le malade évalue le sang perdu à plus d'un litre. Il y a vraisemblablement de l'exagération dans cette assertion; mais, après son entrée à l'hôpital, dans la nuit du 20 au 21 mai, la suppléante de veille a constaté une nouvelle épistaxis tellement inquiétante qu'elle a pratiqué le tamponnement des narines et a même employé, sans prescription, le perchlorure de fer.

Le 21 au matin, le sang coule encore goutte à goutte, quand on enlève les tampons; le malade est très affaibli. Il nous raconte qu'il y a trois mois il a déjà éprouvé le même accident, mais beaucoup moins grave. Cette épistaxis n'avait d'ailleurs été suivie d'aucun autre symptôme.

Actuellement, à part sa faiblesse, le malade ne ressent rien d'anormal. Le soir de l'entrée la température est montée à 38°,1, mais le lendemain matin il n'y a pas de fièvre, pas de mal de tête. La vue est bonne de l'œil droit; l'œil gauche est perdu depuis longtemps à la suite d'un traumatisme. Il n'y a pas de lésion cardiaque, pas de signes morbides thoraciques, pas d'œdème; mais l'examen de l'urine révèle une notable quantité d'albumine.

Cette albuminurie était jusqu'alors absolument latente; le malade n'avait aucun trouble de la miction et ne s'est pas aperçu que, depuis quelque temps, il urinait plus ou plus souvent que d'habitude.

Mais sa profession et son genre de vie le prédisposaient singulièrement à une affection rénale. C'est un distillateur qui goûte par métier et qui boit par goût des liqueurs alcooliques de toutes sortes. Il respire continuellement dans une atmosphère d'alcool, et il en absorbe par les poumons autant que par son tube digestif. Les symptômes d'éthylisme ne sont pas douteux chez lui; il a des cauchemars, du tremblement des doigts et de la langue, et de la sclérose des artères radiales.

Le malade est mis au régime lacté absolu; je prescris en même temps une potion à l'extrait de quinquina et à l'extrait de ratanhia. Dès le lendemain l'épistaxis est arrêtée.

Le 23, l'urine est claire et renferme un peu d'albumine, beaucoup moins que la veille.

Le 24 mai dans la soirée, une nouvelle épistaxis apparaît, mais ne dure que quelques minutes et ne se reproduit plus.

Le 27 mai, j'ajoute au traitement 50 centigrammes d'iodure de sodium; le 28 mai, le malade, las du régime lacté et se croyant guéri, puisqu'il ne saigne plus du nez, réclame sa sortie, malgré nos objurgations, pour reprendre sa profession et ses habitudes. L'urine, pâle, d'abondance un peu exagérée, est encore légèrement albumineuse.

Je n'ajouterai pas de longs commentaires à cette observation; je ferai seulement ressortir, après bien d'autres, l'importance de l'examen de l'urine dans les épistaxis, même dans les cas où aucun symptôme ne peut faire songer à une néphrite. Je ferai remarquer l'influence curative immédiate du régime lacté et l'impuissance absolue, sinon le danger, de la révulsion hépatique, dans ces épistaxis dues à la sclérose artérielle et à la néphrite interstitielle. Avant d'appliquer un vésicatoire sur l'hypochondre droit, examinez toujours les urines.

(1) D'après les notes recueillies par M. Maurat, externe du service.

---

uns de ces enfants des signes de la maladie vénérienne ou même aurait quelque doute sur leur état, elle en fera mention sur un billet qu'elle attachera au maillot, afin que cet état soit connu à l'hôpital des Enfants trouvés, si l'enfant y est porté, et elle en informera la mère si celle-ci veut allaiter son enfant afin qu'elle puisse, après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, prendre les précautions nécessaires, tant pour elle que pour son enfant » (art. 7). Le même règlement fixe à quatre le nombre des apprentisses sages-femmes, elles devaient être Françaises, mariées ou veuves, exception faite pour les filles des maîtresses sages-femmes qui auraient commencé à être instruites par leur mère, pourvu qu'elles aient vingt-deux ans accomplis; elles ne pouvaient être admises étant enceintes, elles étaient subordonnées en tout à la maîtresse sage-femme. Celle-ci avait d'ailleurs tout pouvoir sur le personnel domestique du service. Telle était la situation à la fin du dix-huitième siècle, pendant même la maîtrise de Mme Dugès.

III

Mme Dugès, née Marie Jonet, femme d'un officier de santé de Paris, fut appelée à prendre la direction de l'office des accouchées en 1775. A cette époque, comme nous l'avons dit plus haut, la fièvre puerpérale régnait à l'état endémique dans ce service. La commission nommée par l'Académie des sciences pour étudier la transformation à faire subir à l'Hôtel-Dieu, et dont Tenon était rapporteur, se prononça absolument contre l'état de choses actuel, si bien que le Bureau se décida enfin en 1787 à réformer sérieusement l'office des accouchées. De la salle Saint-Joseph, l'office fut transféré dans les salles Saint-Landry et Sainte-Monique situées au troisième étage. La nouvelle salle, au lieu de 252 pieds de long en mesurait 412, elle était plus élevée et plus aérée que l'ancienne; enfin on y plaça 92 lits de 3 pieds et de 3 pieds et demi où les nouvelles accouchées et les malades étaient seules, et 52 grands lits,

Clinique chirurgicale.

DES ANSES MÉTALLIQUES PROVISOIRES COMME MOYENS DE TRACTION, D'ÉCARTEMENT DES BORDS DES PLAIES CHIRURGICALES, par M. le professeur Antonin PONCET (de Lyon) (1).

J'ai indiqué l'année dernière un moyen simple de maintenir les drains dans une plaie, dans une cavité, de fixer une sonde à demeure dans la vessie, par un ou deux points de suture avec les téguments voisins (2). Ce mode de fixation offre des avantages sur lesquels je n'ai pas à insister de nouveau, il constitue parfois le seul moyen d'assurer le maintien d'un drain; c'est ainsi que récemment encore chez un de mes malades, atteint de kyste volumineux du sinus maxillaire droit, nécessitant des irrigations fréquentes, deux points de suture unissant le drain à la paroi du kyste, doublée de la muqueuse gingivale, s'opposaient à tout déplacement et permettaient plusieurs fois par 'our des lavages désinfectants.

Le même mode de fixation des drains m'a été également des plus utiles après l'ouverture par le cul-de-sac postérieur du vagin, d'hématocèles rétro-utérines. Aujourd'hui, me plaçant à un autre point de vue, je désire appeler l'attention sur les facilités opératoires que peut créer dans certains cas, le passage d'une ou plusieurs anses métalliques, de soutien, de traction, soit à travers les bords d'une plaie, soit encore dans certaines conditions opératoires. Rappelons à ce dernier point de vue, un des accidents les plus fréquents de l'anesthésie, surtout lorsqu'elle est d'une certaine durée, le prolapsus de la langue en arrière, son renversement sur la glotte. La respiration devient alors ronflante, stertoreuse, et bientôt, si l'on ne se hâte de parer à cette complication, se produisent des accidents d'asphyxie plus ou moins graves. Tirer la langue en avant, l'amener hors des arcades dentaires, telle est l'indication que l'on cherche immédiatement à remplir, mais un tel résultat n'est pas toujours obtenu sans difficulté, il faut un certain temps pour écarter les mâchoires, un autre temps pour prendre la langue, la bien fixer, enfin, l'attirer au dehors. Lorsque l'anesthésie est confiée, comme le fait arrive souvent, tout au moins dans quelques hôpitaux, à un aide parfois peu expérimenté, une telle manœuvre ne laisse pas que de présenter quelques péripéties. La langue, enfin saisie, est alors attirée en avant avec des pinces, qu'on laisse souvent à demeure, pour plus de sécurité, jusqu'à la fin de l'anesthésie.

La crainte de voir, suivant l'expression courante, l'*anesthésié avaler sa langue*, a fait multiplier les pinces à traction, et si souvent l'éthérisateur ou le chloroformisateur pris au dépourvu, se sert de la première pince hémostatique qu'il trouve sous sa main, dans un service de chirurgie où rien ne doit être laissé au hasard, il est porteur d'une pince pour la langue. Ce dernier instrument n'est certainement pas comparable dans ses effets immédiats et surtout consécutifs, aux pinces à griffes qui pénètrent dans les tissus, en les déchirant à la façon des pinces de Museux ou qui les broient, les écrasent à la manière des pinces, à mors plats plus ou moins irréguliers. Les pinces pour la langue, malgré leurs perfectionnements, n'en présentent pas moins certains inconvénients; il faut d'abord les appliquer, manœuvre qui parfois présente des difficultés et réclame un certain temps; d'autre part elles ne peuvent maintenir l'organe qu'en exerçant une assez forte pression et exposent ainsi à quelques accidents inflammatoires, bénins, il est vrai, mais souvent très pénibles pour le malade, pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Je me suis très bien trouvé chez des sujets où l'anesthésie doit être longue et demande à être tout particulièrement surveillée, de passer avec une aiguille cylindrique, une anse métallique, dans l'épaisseur de la langue sur la ligne médiane, à 4 ou 5 centimètres de la pointe. Les deux bouts du fil, qui mesure $0^m,20$ à $0^m,30$, sont noués au dehors; on a ainsi une anse à traction qui me paraît préférable aux meilleures pinces. Le passage du fil ne s'accompagne d'aucun écoulement sanguin et je n'ai jamais vu le moindre accident survenir; rien n'est plus fréquent, au contraire, qu'une glossite traumatique plus ou moins marquée lorsque la langue a été attirée au dehors par des pinces laissées en place un certain temps.

Dans les amputations partielles ou totales de cet organe pour un épithélioma, une ou deux anses métalliques traversant la langue en arrière de la lésion, évitent les douleurs atroces produites par l'application de pinces à griffes, elles permettent d'attirer facilement la langue de tel ou tel côté, de présenter au ciseau les tissus à enlever. La manœuvre est alors des plus simples, surtout si l'on a eu soin de lier préalablement les deux linguales, opération préliminaire indispensable, lorsqu'on doit enlever une grande partie de l'organe. L'amputation se fait alors à peu près à sec, presque comme sur le cadavre, et l'on se trouve ainsi, dans les conditions nécessaires, pour faire une éradi-

(1) Cet article était écrit, lorsque M. le professeur Guyon, dans une des séances du dernier Congrès de chirurgie, a insisté sur les avantages que l'on pouvait retirer dans la taille sus-pubienne des fils passés dans les bords de la vessie, alors surtout qu'il s'agit, non plus, simplement, de l'extraction d'un calcul, mais de l'exploration de la cavité vésicale. M. Guyon, qui depuis longtemps se sert en pareil cas de ce mode de traction, a pu ainsi explorer et modifier par des cautérisations, par des applications iodoformées, des ulcérations tuberculeuses profondes.

(2) *Sur un mode de fixation à demeure des sondes et des drains*, in *Gaz. hebd.*, p. 198, 1887.

séparés en deux par une cloison basse, où couchaient les femmes grosses. C'était un progrès considérable; mais l'opinion publique réclamait mieux encore et ce n'était pas seulement ce service, mais l'Hôtel-Dieu tout entier dont on demandait la disparition. Nous relaterons quelque jour les projets et les discussions qui eurent lieu à cette époque et auxquels vint couper court la Révolution. Toutefois la réforme du service des accouchements devint tellement urgente qu'elle fut enfin décidée en 1793; mais ce n'est que deux années plus tard, en 1795 qu'elle eut lieu (Décret de la Convention du 17 octobre). On avait pensé d'abord à transporter les femmes enceintes de l'Hôtel-Dieu auprès des Enfants de la Patrie déjà établis au Val-de-Grâce; mais le décret conventionnel arrêta les travaux déjà commencés dans ce sens et décida que l'établissement de santé déjà commencé au Val-de-Grâce serait transporté à la maison de la Bourbe et à l'Ancien Institut de l'Oratoire; le Val-de-Grâce était désormais affecté au service d'hôpital militaire. L'Institution de l'Oratoire (emplacement actuel de l'hospice des Enfants assistés) était une fondation remontant à 1650 et servait de maison de noviciat aux personnes qui se destinaient à la congrégation de l'Oratoire; elle avait été supprimée en 1792. Quant à la maison de la Bourbe, c'était la désignation vulgaire de l'ancienne abbaye de Port-Royal située rue de la Bourbe (emplacement actuel de la Maternité); cette abbaye, d'abord une dépendance de l'abbaye du même ordre (ordre de Citeaux) située non loin de Chevreuse, et nommée Port-Royal des Champs, était restée après la suppression de cette maison, en 1709, la seule abbaye de Port-Royal. La maison de Paris avait été fondée par la célèbre Mme Arnaud, la mère Angélique, et avait été ouverte en 1626; supprimée en 1790, elle avait été pendant la Terreur convertie en prison sous le nom singulièrement ironique pour cette nouvelle destination de *Port-Libre*.

Donc l'Institut de l'Oratoire et l'abbaye de Port-Royal furent réunis sous une seule direction et formèrent l'hos-

cation complète des tissus malades, qui, marqués par le sang, peuvent à leurs limites, paraître sains. L'idée de soulever avec une anse de fil les tissus malades qui doivent être enlevés, n'est pas nouvelle. Déjà A. Paré, dans le cancer de la lèvre, soulevait la tumeur avec une anse de fil tenue de la main gauche, tandis qu'avec des ciseaux tenus de la main droite, il l'enlevait en entier jusqu'à la chair saine.

Dans un grand nombre d'opérations, des fils métalliques passés dans les bords d'une plaie, pour les maintenir écartés, remplacent utilement des crochets, des écarteurs. Pour donner ce qu'on est en droit d'attendre d'eux, ces instruments doivent avoir, en effet, certaines dimensions; leur volume, leur épaisseur, les rendent alors encombrants pour le champ opératoire; ils masquent plus ou moins la région sur laquelle on opère. Leur fixité dans une position déterminée, est souvent, d'autre part, difficile à réaliser, par le fait de l'irrégularité des surfaces sur lesquelles l'instrument repose et bien souvent des écarteurs n'écartent guère et encombrent le champ opératoire. C'est ainsi que, dans les opérations qui se font à une certaine profondeur, dans l'épaisseur des tissus, alors que l'on agit toujours un peu au fond d'un puits, des crochets même les mieux appropriés donnent peu de jour et deviennent parfois gênants. En pareil cas, un ou deux fils métalliques placés non seulement dans chaque lèvre cutanée de la plaie, mais dans une grande épaisseur de tissus, comprenant dès lors la peau et les tissus sous-jacents: aponévrose, muscles, jusqu'au fond de la solution de continuité, présentent mieux sous l'œil et le doigt, la région opératoire.

Dans l'uréthrotomie externe par exemple, lorsque les difficultés de la recherche du bout postérieur de l'urèthre sont accrues par l'absence de conducteur, on apprécie l'utilité des fils écarteurs. C'est là une manœuvre connue depuis longtemps pour mener à bien cette opération et récemment encore à la Société de chirurgie on mettait en relief les avantages de cette pratique conseillée de nouveau par M. Guyon. Dans toutes les plaies profondes, en entonnoir, alors qu'il est nécessaire d'avoir du jour, soit pour la recherche d'un vaisseau à lier, d'un nerf, d'un tendon à découvrir, un ou plusieurs fils passés de chaque côté, dans les lèvres de la plaie, remplacent avantageusement des écarteurs. Ils sont plus maniables, et peuvent plus aisément exercer des tractions dans une direction donnée. J'ai parlé de la recherche du bout postérieur de l'urèthre dans une uréthrotomie externe, de la ligature d'un vaisseau, il me serait facile de multiplier les exemples d'intervention chirurgicale où les anses métalliques ont leur application. Il suffira à un chirurgien de songer à ce moyen pour avoir l'occasion d'en tirer profit. Dans la laparotomie, qu'il s'agisse de l'ablation d'un kyste, d'une tumeur solide intra-abdominale, j'ai toujours la précaution de placer dans chaque lèvre de la plaie, suivant son étendue, un ou plusieurs gros fils. Je puis ainsi non seulement écarter les bords de la plaie, sans introduire d'écarteur dans la cavité abdominale, mais encore soulever les parois, ce qui facilite les manœuvres d'exploration. J'ajouterai que c'est là le moyen le plus pratique de se mettre à l'abri de l'issue à travers la plaie d'une certaine quantité d'intestin. Si, d'autre part, des anses intestinales sont venues faire hernie au dehors, il est permis de les réintégrer aisément, le soulèvement des bords et par cela même des parois agrandit, en effet, la cavité abdominale et rend facile la réintégration de l'intestin. Cette réduction est en effet, parfois, des plus laborieuses, surtout lorsque la laparotomie a été pratiquée pour un étranglement interne et lorsque l'intestin est ballonné, distendu par des gaz.

L'application des fils métalliques est naturellement d'une simplicité extrême. L'aiguille, pourvue d'un fil d'un certain calibre, est passée de dehors en dedans ou de dedans en dehors à 1 centimètre au moins des bords. Lorsque la plaie mesure plus de 6 à 8 centimètres, deux fils sont nécessaires de chaque côté; un nœud fait à l'extrémité du fil le transforme en une anse que l'on confie à la main d'un aide.

L'application de ces fils de traction est absolument sans danger; il va sans dire que dans le passage de l'aiguille on ménagera les vaisseaux, les nerfs, les organes avoisinants, qu'il importe de respecter, mais il suffit d'indiquer la possibilité de tels accidents pour les éviter. L'opération terminée, les fils sont enlevés; nous ne les avons jamais vus être la cause d'un accident quelconque; quant à la douleur passagère qu'ils déterminent, elle ne saurait, dans la plupart des cas, entrer en ligne de compte, les malades la plupart du temps étant anesthésiés.

Des considérations dans lesquelles nous sommes entré, il nous semble résulter que, dans beaucoup d'opérations chirurgicales, on remplacera avantageusement les écarteurs habituels par des anses métalliques placées à une certaine distance des lèvres de la plaie.

Ces anses provisoires laissent mieux à découvert le champ opératoire, elles sont un moyen simple de se donner du jour dans certaines régions. L'exploration d'une plaie cavitaire devient facile, et dans les laparotomies, ces crochets d'un nouveau genre peuvent rendre de réels services.

Les fils sont plus maniables, moins encombrants que les écarteurs, ils ne décollent pas, ne contusionnent pas les tissus, par le flambage ils sont absolument aseptiques, aussi nous paraissent-ils devoir leur être souvent préférés.

---

pice de la Maternité, divisé en deux sections: l'allaitement et l'accouchement. Seulement, à l'inverse de ce qui existe aujourd'hui, les femmes enceintes furent placées rue d'Enfer et les nouveau-nés, avec les nourrices, rue de la Bourbe. Ce fut Mme Lachapelle, fille de Mme Dugès, qui présida à l'installation du service de la rue d'Enfer et jeta, peut-on dire, les fondements de l'École d'accouchement telle, ou à peu près, qu'elle fonctionne encore aujourd'hui. L'arrêté qui régla ce service est de 1802.

En 1814, nouvelle transformation : l'hospice de la Maternité fut divisé en deux établissements indépendants l'un de l'autre : la maison d'accouchements d'une part, les enfants d'autre part. La maison d'accouchements ayant pris une importance considérable, puis le nombre des élèves de l'école qui y était annexée s'étant élevé à près de deux cents, on fit une permutation entre les deux établissements (1er octobre 1814). Les enfants allèrent rue d'Enfer; les bâtiments de Port-Royal, plus vastes, reçurent les femmes en couches et l'école d'accouchement; elles y sont encore aujourd'hui. En même temps on donnait de l'extension à ces services et à l'école de sages-femmes; Mme Lachapelle prit la part la plus active à la rédaction des règlements de l'école dont elle doit partager, avec Baudelocque nommé alors professeur, l'honneur de la véritable fondation.

Tel est, présenté dans ses grandes lignes, le résumé de cet intéressant ouvrage; nous espérons qu'il sollicitera la curiosité de nombreux lecteurs; il le mérite amplement par l'érudition et le soin avec lequel il a été rédigé, et bien sincèrement nous adressons nos félicitations à la jeune « authoress ». Ajoutons qu'au point de vue matériel, ce qui ne gâte rien, bien au contraire, cet ouvrage a été imprimé avec beaucoup de goût et que de nombreuses et intéressantes reproductions en fac-similé des plans et d'autographes viennent illustrer le texte de la façon la plus heureuse.

Henri FEULARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 25 JUIN 1888.

SUR LES ALCALOÏDES, PRINCIPES IMMÉDIATS DE L'URINE HUMAINE. Note de M. *L. Thudichum*. — Cette note comporte le résultat des recherches faites depuis longtemps déjà sur ce sujet et confirmées récemment par de nouvelles expériences entreprises dans les conditions ci-dessous, et dont voici les résultats :

L'urine étant modifiée avec 5 pour 100 d'acide sulfurique hydraté, préalablement dilué avec deux fois son volume d'eau, en sorte que 100 volumes d'urine donnent 115 volumes de mélange, les alcaloïdes sont précipités par une dissolution concentrée d'acide phosphomolybdique ou d'acide phosphotungstique (ces acides étaient purs et cristallisés.) Le précipité bien lavé est décomposé par un mélange de baryte hydratée et de carbonate de baryum, à l'aide d'une chaleur douce, sans jamais laisser au liquide un excès de l'hydrate alcalin. La solution filtrée, colorée en jaune rouge foncé, contient les alcaloïdes suivants : 1° l'urochrome ou matière colorante de l'urine et ses produits de décomposition ; 2° l'urothéobromine ; 3° la créatinine ; 4° la réducine ; 5° la pararéducine ; 6° l'aromine.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

DES EFFETS PRODUITS SUR NOS TISSUS PAR LES PROJECTILES DU FUSIL LEBEL. Note de MM. *Chauvel* et *Nimier*. (Voy. plus loin *Société de chirurgie*, p. 427.)

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le président de la Société centrale d'agriculture de l'Hérault envoie des rapports de MM. *Cot* et *de Girard* sur *le plâtrage des vins*.

M. le docteur *Barthe de Sandfort* adresse plusieurs ouvrages sur *les Thermes de Dax*.

M. le docteur *Rodet* envoie une brochure sur *le traitement de la constipation par l'eau de la source salée de Vittel*.

M. le docteur *Fournac* adresse le relevé des *vaccinations* et des *revaccinations* qu'il a pratiquées à Marseille en 1887.

M. le docteur *Manouvriez* envoie un *Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Valenciennes en* 1887.

M. le docteur *Coiffier* (du Puy) adresse un mémoire sur *l'origine d'une épidémie de croup*.

M. le docteur *Favelier* envoie la *relation d'une épidémie de variole dans la Nièvre*.

M. le docteur *Ledé* adresse une *Étude sur les maladies épidémiques observées à Puteaux de* 1875 *à* 1886.

M. le docteur *Sutils* (de La-Chapelle-la-Reine) envoie un *Guide pratique des pesages des nouveau-nés*.

M. *Jaccoud* présente : 1° au nom de M. le docteur *Sabourin*, un ouvrage sur *la structure du foie* ; 2° de la part de M. le docteur *de Brun*, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Beyrouth, un *Traité des maladies de l'appareil respiratoire*, publié en langue arabe avec la collaboration de M. *Faroge Sefoyer*, externe de l'hôpital français de Beyrouth.

M. *de Villiers* dépose le *Rapport* de M. *Bucquet* sur *le service de protection des enfants du premier âge pour l'année* 1887.

M. *Laborde* offre un mémoire sur *le noyau d'origine dans le bulbe rachidien des fibres motrices ou cardiaques du nerf pneumogastrique ou noyau cardiaque*, mémoire extrait des *Archives de physiologie normale et pathologique*.

M. *Jules Rochard* présente, au nom de M. le docteur *Henri Henrot*, maire de Reims, un travail intitulé : *Compte moral et administratif de cette ville pendant les années* 1884-1885-1886-1887 *et* 1888.

M. *Planchon* dépose un ouvrage de M. *Beauregard* sur *les insectes vésicants*.

M. *Brouardel* présente une note de M. *Ciré* (de Reims) sur *certains foyers d'infection dus à la décomposition spontanée d'une algue inférieure*.

ÉLECTIONS. — Par 43 voix sur 59 votants, M. *Morache* (de Bordeaux) est élu correspondant national dans la division de médecine. M. Chédevergne obtient 13 voix ; M. Fabre, 2 et M. Niepce, 1.

Par 58 voix sur 64 votants, M. *Chédevergne* (de Poitiers) est élu correspondant national dans la même division. M. Fabre (de Commentry) obtient 6 voix.

ÉLOIGNEMENT DES CONTAGIEUX DE L'ÉCOLE. — M. le docteur *Jablonski*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poitiers, fait observer que deux maladies épidémiques qui, en ce moment même, règnent dans le département de la Vienne, ne sont pas comprises dans la circulaire ministérielle du 1er mars 1888, concernant la durée de l'éloignement de l'école des enfants atteints d'affections transmissibles. Il s'agit de la suette miliaire et de la roséole. D'après les renseignements cliniques fournis par M. Jablonski, la suette nécessiterait l'éloignement de l'école pendant quarante jours et la roséole pendant vingt-cinq jours seulement. En ce qui concerne la tuberculose dans les établissements scolaires et notamment dans les internats des lycées, il serait utile aux médecins de ces établissements de savoir s'ils doivent ou non laisser avec les autres élèves les jeunes gens qui présentent des symptômes de phthisie confirmée.

D'après M. Jablonski, la petite épidémie de suette miliaire qui régnait dans la Vienne depuis deux mois, semble prendre fin ; il y a eu, en résumé, soixante-dix cas de suette environ et neuf décès, tous d'adultes. — (Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Bucquoy*, *Villemin* et *Ollivier*.)

CATHÉTÉRISME ŒSOPHAGIEN. — Aux dires de M. le docteur *Kirmisson*, la gastrostomie appliquée au traitement des cancers œsophagiens est une opération grave, qui donne une mortalité primitive considérable ; les malades qui y résistent ne survivent qu'un temps assez court et cette survie perd encore de sa valeur si l'on considère qu'on l'observe surtout chez les personnes opérées de bonne heure, c'est-à-dire à une époque où la déglutition se fait encore et où les malades auraient pu continuer à vivre sans opération. Ces faits ressortent des diverses statistiques publiées à ce sujet. Il n'en est pas de même du cathétérisme à demeure dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, dont de nombreux auteurs s'accordent à reconnaître les avantages ; il est préconisé en Angleterre aussi bien qu'en Autriche et en Allemagne ; aussi n'est-il pas inopportun de rappeler que c'est là une méthode essentiellement française, puisque l'initiative en revient à Boyer, puisqu'elle a été restaurée au milieu de nous par Krisbaber et que nous devons à MM. Verneuil et Collin l'instrumentation qui rend facile et sûre son application. M. Kirmisson énumère les nombreux cas rapportés dans les recueils étrangers et il rend compte des deux opérations de ce genre qu'il a pratiquées. Il énumère également et discute les détails des procédés employés, ainsi que les indications et les contre-indications. — Son mémoire, trop considérable pour être suffisamment analysé à cette place, est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Péan*, *Labbé* et *Léon Le Fort*.

SACCHARINE. — M. *Dujardin-Beaumetz* résume le rapport qu'il a lu au Conseil d'hygiène de la Seine sur la saccharine. Les conclusions de ce rapport, approuvé par le Conseil, sont les suivantes : En présence des observations de troubles digestifs que peut provoquer cette substance et en se basant sur ce fait que la saccharine n'est pas un aliment, puisque éliminée en nature elle ne subit dans l'économie aucune modification, il y a lieu de la considérer comme un médicament et non comme un aliment. De plus, la saccharine ne devant servir qu'à augmenter les falsifications déjà si nombreuses des denrées alimentaires, elle doit être repoussée de l'alimentation générale comme pouvant avoir des dangers pour la santé publique.

Tout en considérant l'introduction de la saccharine dans l'alimentation comme pouvant avoir de sérieux inconvénients, M. Dujardin-Beaumetz ajouta qu'il est personnellement convaincu qu'au point de vue thérapeutique elle rend des services chez le petit nombre de diabétiques qui peuvent se priver de sucre; le régime des diabétiques se trouve considérablement amélioré.

M. *Worms* confirme, d'après les déclarations qu'il a reçues il y a quelques jours à Londres, de M. *Pary*, que l'usage de la saccharine détermine des troubles dyspeptiques chez bon nombre de diabétiques.

Filipuncture. — Sous ce nom M. *Verneuil* désigne l'introduction et l'abandon de corps étrangers filiformes dans le sac des anévrysmes, d'après la méthode de Moor, pour laquelle Baccelli, Lewis et Barrel ont à leur tour créé des procédés. Il établit l'historique de cette méthode, dont il se propose de démontrer les résultats désavantageux, en réponse à l'appréciation favorable qu'a portée sur elle M. Lépine dans un mémoire récent. Nous analyserons la communication de M. Verneuil lorsqu'elle sera achevée, dans la prochaine séance.

Avant M. Verneuil, M. *Bucquoy* a relaté l'observation d'un cas d'anévrysme inguinal qu'il a traité par l'introduction d'un ressort de montre dans l'intérieur du sac, suivant le procédé de Baccelli, afin d'arrêter ainsi les progrès de l'anévrysme et de calmer les douleurs intolérables éprouvées dans le membre affecté. Cette observation a été publiée dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 27 avril 1888.

Erratum. — Page 414, colonne 2, alinéa 2 du rapport sur l'emprisonnement, au lieu de: « aurait accru », lire: « *n'*aurait *pas* accru ».

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 20 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Du drainage des plaies : M. Trélat. — Inversion utérine : M. Leprévost (du Havre). M. Tillaux, rapporteur (Discussion : MM. Berger, Terrier, Bouilly, Quénu, Trélat, Championnière). — Fistule et kyste de la région sacro-coccygienne : M. Routier; rapporteur, M. Delens (Discussion : MM. Terrillon, Peyrot, Schwartz. — Trépanation du crâne : M. Championnière.

M. *Trélat* donne son opinion sur la *réunion des plaies*. Il estime qu'on doit faire toujours le moins de pansements possible. Il a d'abord pensé que l'asepsie complète, l'affrontement exact et l'écoulement des liquides étaient les trois conditions indispensables. Mais il a reconnu depuis que, si les deux premières conditions existent, on peut se passer du drainage. L'étendue de la plaie ne signifie rien; tout est dans l'affrontement. Il lui a semblé que la Société tout entière se rattachait au drainage et il croit qu'il y a là une certaine exagération. M. *Championnière* fait remarquer à M. Trélat qu'il n'a été question qu'incidemment du drainage et seulement à propos de la suture primo-secondaire des plaies.

— M. *Tillaux* fait un rapport sur une observation de M. *Leprévost* (du Havre), qui a pratiqué *la ligature élastique sur un utérus en inversion irréductible*. M. Leprévost a recherché la sensibilité de la muqueuse qu'il a trouvée sensible au contact et à la température. M. Tillaux fait remarquer l'importance de cette constatation, car il avait cru trouver là un signe capable de renseigner le chirurgien sur les limites d'un fibrome à enlever; cette tumeur étant insensible, tandis que la muqueuse utérine était susceptible de sentir une piqûre.

M. *Berger* relate des expériences qu'il a faites autrefois avec M. Ribemont et dans lesquelles il a constaté l'insensibilité de la cavité utérine. Tel n'est pas l'avis de MM. *Terrier* et *Quénu*, qui ont toujours trouvé le col sensible aux piqûres, à la cautérisation et même au cathétérisme. M. *Bouilly* est aussi de cet avis, mais avec une distinction: pour lui à l'état normal la muqueuse n'est pas sensible, elle ne le devient que dans les cas pathologiques. M. *Trélat* confirme l'opinion de M. Bouilly et estime que lorsqu'il y a endométrite, il y a toujours sensibilité. Pour M. *Championnière*, toutes les femmes ne réagiraient pas de la même façon. Enfin M. *Kirmisson* rappelle que M. Guéniot a insisté sur cette différence de sensibilité et M. Tillaux termine la discussion en disant que c'est en se basant sur le travail de M. Guéniot qu'il avait adopté cet élément de diagnostic sur lequel il voit qu'il ne doit plus compter.

— M. *Delens* lit un rapport sur une observation de *fistule et kyste de la région sacro-coccygienne* par M. *Routier*. Il s'agit d'une femme qui, après une chute, vit apparaître une petite tumeur dans le sillon interfessier. Après plusieurs abcès, une fistule se forma et M. Routier se décida à enlever le trajet. Il tomba sur une poche grande comme une pièce de 5 francs, qui fut enlevée et guérit seulement au bout de six mois. Quelle est la nature de ce kyste ? M. Routier le croit congénital. Tel n'est pas l'avis de M. *Terrillon*, qui a déjà fait une communication sur ce sujet. Il s'agit plutôt d'une inflammation d'un petit cul-de-sac qu'on rencontre chez un assez grand nombre de personnes dans le pli interfessier et qui petit à petit se dilate, s'enflamme par suite des desquamations épidermiques qui s'y accumulent. MM. *Peyrot* et *Schwartz* ont observé des cas analogues et M. *Delens* se rallie à cette opinion qui diffère peu de celle défendue par M. Routier.

— M. *Championnière* fait une communication sur vingt trépanations du crâne pratiquées par lui: cinq pour des lésions traumatiques et quinze pour des indications médicales. C'est une opération très simple quoi qu'on en dise. Les observations de trépanation pour cause traumatique n'ont rien de particulier: elles ont été faites pour des enfoncements suivant la règle classique. Les observations qui ont trait à des indications médicales sont plus curieuses. Dans six cas la douleur localisée dans un point a décidé l'opération; plusieurs malades ont subi deux trépanations, un d'eux en a subi trois. Il y a toujours eu amélioration, néanmoins les douleurs ont quelquefois reparu. M. Championnière estime que c'est parce que l'intervention est trop tardive. Dans quatre autres cas l'épilepsie vraie était en cause; dans deux autres cas l'épilepsie était symptomatique, survenue à la suite d'un traumatisme ou causée par la syphilis. Les suites de l'opération ont toujours été très simples; deux des opérés de M. Championnière fumaient leur cigarette dans le jardin au bout de quatre jours et pourtant la surface enlevée était toujours considérable. L'écoulement du liquide céphalo-rachidien n'a jamais donné d'accidents; il paraît avoir été plus abondant chez les épileptiques, d'où l'indication de desserrer le cerveau. Dans un cas le sinus longitudinal supérieur ouvert donna lieu à une hémorrhagie. M. Championnière, suivant la pratique de Lister, le bourra avec 6 mètres de catgut. Quant au pansement, il doit être fait avec soin et suivant toutes les règles de l'antisepsie pour obtenir une cicatrice fibreuse très solide. En terminant, M. Championnière fait remarquer qu'il doit y avoir là un nouveau champ ouvert à la chirurgie et sans insister fait remarquer que ses deux premières observations de trépan pour des indications médicales sont antérieures à celles de M. Horsley.

A. Broca.

SÉANCE DU 27 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Trépanation du crâne (Discussion : MM. Quénu, Reclus, Trélat, Championnière). — Effets des projectiles de petit calibre : M. Nimier (M. Chauvel, rapporteur). — Sur un mode d'irréductibilité du gros intestin : M. Peyrot (Discussion : MM. Bouilly, Championnière, Nicaise, Prengrueber et Schwartz). — Injections d'éther iodoformé : MM. Houzel, Quénu, Peyrot.

M. *Quénu* rapporte les observations de deux malades *trépanés* pour des causes traumatiques et des faits pris dans la littérature étrangère tendant à prouver l'innocuité du trépan. Pour lui, ce ne serait pas l'enfoncement qui ferait les dangers de la fracture du crâne, mais la fissure qui l'accompagne et qui laisse entrer des germes infectieux.

M. *Reclus* expose l'histoire d'une trépanation pratiquée par lui chez un épileptique. Le moindre attouchement en un point de la région fronto-pariétale suffisait pour déterminer de violentes attaques. Incision de 25 centimètres; ablation d'une première rondelle sur le frontal enfoncé, sans résultat. Application d'une seconde couronne sur le pariétal, qui présente une légère exostose; réunion de ces deux ouvertures par quatre autres. Perforation du sinus longitudinal supérieur. Réunion par première intention; disparition complète des attaques. Il ne faudrait cependant pas, dit M. Féré, dans le service duquel était ce malade, croire que seule la trépanation aurait pu guérir le malade. Une simple incision ou des pointes de feu auraient peut-être atteint le même but. M. Reclus a voulu surtout citer ce fait pour montrer l'innocuité de la trépanation.

M. *Trélat* relate l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'une chute de cheval sur la tête, fut pris de crises convulsives et réclama à tout prix l'intervention chirurgicale. Sur la trace d'une toute petite cicatrice, M. Trélat fit une incision courbe, trépana, tailla une ouverture de 3 centimètres carrés; depuis cette époque (deux ans), après une seule petite ébauche d'attaques, l'opéré paraît complètement guéri.

M. *Championnière* pense que l'enfoncement sans plaie, sans fissure, est très dangereux. Il ne croit pas comme M. Féré que de simples pointes de feu eussent pu suffire à la guérison d'un épileptique et annonce à la Société qu'il vient de recevoir des nouvelles d'un épileptique trépané, qui depuis un an n'a pas eu d'attaques, quand auparavant il en avait trois par jour. Au point de vue de la médecine opératoire, il préfère une incision en T à un lambeau curviligne. La première forme, gravée sur le périoste, fixe des points topographiques, difficiles à retrouver lors du déplacement des parties molles.

— M. *Chauvel* expose les résultats d'expériences faites par M. *Nimier* et par lui avec le fusil Lebel. Sur le crâne, à des distances de 1000 à 1500 mètres, les lésions sont considérables. Il existe aux orifices d'entrée et de sortie des fissures radiées, réunies les unes aux autres par des fissures concentriques. On remarque de plus des fissures longitudinales et transversales qui réunissent l'ouverture d'entrée à l'ouverture de sortie. Les balles sont retrouvées déformées. Cette déformation ne se produit pas dans le corps humain, mais dans la butte. Jamais le moindre fragment n'a été retrouvé sur les cadavres traversés par les projectiles. L'orifice d'entrée est taillé à l'emporte-pièce, plus étroit aux petites distances qu'aux grandes, ce qui est le contraire de ce qui se passait avec le fusil de 11 millimètres. L'ouverture de sortie est irrégulière, mais pas en rapport avec les dégâts produits dans la profondeur des tissus. Dans les muscles, les trajets perpendiculaires à la fibre sont béants; dans le sens de la fibre ils sont impossibles à retrouver. Les vaisseaux présentent des sections nettes, sans rebroussement des tuniques sur le cadavre. La moyenne des lésions vasculaires est considérable : de 30 pour 100. Les os spongieux et les os compacts sont fissurés et présentent un plus grand nombre d'esquilles qu'avec le vieux fusil. A cause de la vitesse on ne retrouve pas le moindre débris de vêtement dans les trajets.

— M. *Peyrot* attire l'attention de la Société sur une cause d'*irréductibilité des hernies*, non encore signalée il lui semble. Il s'agit des franges épiploïques hypertrophiées du gros intestin qu'il fut obligé d'inciser pour pouvoir rentrer la tumeur qui n'avait cependant point contracté d'adhérences. Il a constaté cette particularité dans deux cas.

M. *Bouilly* a rencontré cette disposition dans deux colotomies, dont l'une était pratiquée par M. Trélat.

M. *Championnière* a aussi observé cette cause d'irréductibilité, quoique ces faits ne soient pas très communs, mais il pense que dans certains cas c'est surtout le mésocôlon qui est la cause des difficultés de réduction. Tel est aussi l'avis de M. *Terrier*, surtout quand le mésentère est très gros; dans ces cas, on le tenaille, on y produit des altérations vasculaires, qui peuvent à leur suite déterminer des ulcérations intestinales et des fistules stercorales.

M. *Nicaise* ne peut pas admettre la théorie émise par M. Terrier pour la formation d'un ulcère à cause du réseau anastomotique si remarquable des vaisseaux. Il a aussi rencontré des franges épiploïques hypertrophiées dans des hernies ombilicales.

MM. *Prengrueber* et *Schwartz* citent des observations analogues et ce dernier rappelle que cette remarque a été faite en 1872 pour la première fois à la Société anatomique. Enfin M. *Peyrot* insiste sur la présence seule de ces franges épiploïques, sans aucune lésion de l'intestin, comme cause de l'étranglement.

— M. *Houzel* (de Boulogne) lit une observation d'*injection d'éther iodoformé* dans un abcès froid, suivie d'un sommeil prolongé.

M. *Quénu* a aussi observé des accidents à la suite d'une injection de 30 grammes à 1 pour 10 et M. *Peyrot* relate un fait analogue à celui de M. Houzel, qui fut suivi pendant vingt minutes d'un sommeil complet.

— M. *Delorme* présente deux opérés de résection du poignet.

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Action des injections intra-artérielles de chloral : M. Maximovitch. — Transmission des émotions à distance : M. Luys. — Sur un chien hypospade : MM. Retterer et Roger. — Action de l'oxyde de carbone sur les végétaux : M. Linossier. — Le système nerveux au point de vue phylogénétique : M. Steiner. — Sur la multiplication des noctiluques : M. Pouchet. — Lieu de formation des globules rouges chez les mollusques gastéropodes : M. Rémy Perrier. — Influence d'une lumière vive sur l'audition : M. d'Arsonval. — Altération des dents après la mort : M. Galippe.

M. *Roger* présente une note de M. *Maximovitch* sur l'action de l'hydrate de chloral injecté dans le bout périphérique de l'artère carotide chez les lapins. Il survient, sous l'influence de ces injections, de l'anesthésie de la face d'un seul côté, du côté de l'artère dans laquelle l'injection est faite; cette anesthésie peut s'étendre aux membres, mais elle reste limitée à une moitié du corps, et elle reste directe; l'auteur n'a jamais observé d'effets croisés. On observe aussi divers phénomènes tenant à la paralysie du sympathique, et même chez quelques lapins des troubles

trophiques, de l'œil particulièrement, consécutifs à cette paralysie; mais celle-ci, de même que l'anesthésie, ne se produit que d'un seul côté.

— M. *Luys* a vu que, s'il place deux sujets hypnotiques dos à dos, l'un tenant la main de l'autre, et sans qu'ils puissent se voir, s'il met le premier en état de léthargie, le second tombe lui-même dans cet état; de même pour l'état de somnambulisme; s'il réveille le premier, le second se réveille. Mais chose plus curieuse encore, M. Luys a observé les mêmes phénomènes quand il place les deux sujets à quelque distance l'un de l'autre (6 mètres) et toujours de façon qu'ils ne puissent se voir. De plus, dans ces conditions, il aurait vu se produire la transmission d'une émotion d'un sujet à un autre, sous diverses influences. L'interposition d'un large écran en carton entre les deux sujets n'empêcherait pas la production de ces phénomènes.

— M. *Retterer*, en son nom et au nom de M. *Roger*, décrit les dispositions anatomiques que présentait un chien hypospade; sauf l'arrêt de développement du canal de l'urèthre, qui s'ouvre à 1 centimètre en avant de l'anus, les corps caverneux et le reste des organes génito-urinaires sont bien conformés. Le périnée offre de chaque côté d'une gouttière médiane deux bandes de tissu érectile qui représentent le corps spongieux non réuni par le raphé inférieur.

— M. *Chauveau* rappelle les expériences de Claude Bernard sur l'action de l'oxyde de carbone sur les végétaux; Claude Bernard avait vu que l'oxyde de carbone empêche ou tout au moins ralentit beaucoup la germination des graines de cresson alénois. M. *Linossier* (de Lyon), dont M. Chauveau présente une note à ce sujet, a repris ces anciennes expériences de Bernard; et il a observé que les graines de cresson, même placées dans une atmosphère qui contient 79 pour 100 d'oxyde de carbone, ne s'en développent pas moins; la germination se fait cependant plus lentement. Au contraire, si l'oxyde de carbone est mêlé d'un peu d'acide carbonique, la germination est arrêtée. Ce dernier fait explique sans doute l'erreur commise par Cl. Bernard.

— M. *J. Steiner* (d'Heidelberg) fait hommage à la Société de la seconde partie de son livre sur les *Fonctions du système nerveux*. Les résultats auxquels il est arrivé dans cet ouvrage sont dus à l'emploi systématique d'une nouvelle méthode qui consiste à éclairer constamment la physiologie par la morphologie. Partant de cette idée, l'auteur s'est demandé où trouver les conditions les plus simples du système nerveux; évidemment chez les poissons. L'expérience lui a montré en effet que, malgré l'ablation du cerveau, les Téléostéens trouvent spontanément leur nourriture. Au contraire, si l'on fait la même opération à un Squale, il meurt de faim; mais le résultat est le même si c'est seulement le lobe olfactif qu'on enlève. Ainsi les fonctions cérébrales chez les Squales se ramènent à la fonction olfactive. Par un grand nombre d'autres expériences, conçues dans le même esprit, M. Steiner est arrivé à localiser à la base du cerveau moyen, à la partie antérieure du bulbe, un centre qui commande tous les mouvements, « centre locomoteur général », sur l'activité duquel toutes les sensations exercent une influence très grande. C'est par l'influence de ce centre, quand il s'y ajoute un centre supérieur, que M. Steiner définit le cerveau.

— M. *Pouchet*, après bien des essais, est parvenu à nourrir des noctiluques au moyen du jaune d'œuf cuit; dès lors il lui a été possible de suivre les diverses phases de la multiplication de ces êtres. Ces transformations se font très rapidement. La segmentation est accompagnée de la résorption dans l'intérieur même du protoplasma du tentacule. De diverses considérations que présente M. Pouchet sur la signification du tentacule et sur la morphologie générale des noctiluques, il résulte que ces êtres doivent sans doute être compris parmi les Péridiniens.

— M. *Perrier* dépose une note de son frère, M. *Rémy Perrier*, relative à la détermination du lieu de formation des globules du sang. Ces recherches ont été faites sur les mollusques gastéropodes. On sait que le rein de ces animaux n'est pas un organe simple. M. R. Perrier a reconnu qu'il est en réalité composé de trois glandes, dont l'une, en relation très étroite avec l'oreillette, contient dans ses trabécules une quantité considérable de globules sanguins à tous les stades de formation. Cette glande existe chez presque tous les mollusques gastéropodes carnivores; chez les herbivores, où elle n'existe pas, on constate que l'oreillette elle-même offre la constitution de cette glande.

— M. *d'Arsonval* a rapporté dans une précédente communication un fait de surdité, observé sur lui-même, survenant à la suite de la fixation pendant quelques instants d'une lumière très vive (l'arc voltaïque); cette surdité durait plusieurs jours. Il a cherché à voir si ce phénomène ne se produisait pas pour d'autres lumières; il s'est servi de la lumière Drummond, de celle fournie par un bec de gaz brûlant avec du zirconium. Les résultats ont été négatifs. En somme, pour produire cet effet, il faut une lumière électrique très intense. Si l'on excite par cette lumière un seul œil, la diminution de l'acuité auditive se produit de même des deux côtés. M. d'Arsonval pense que ce sont surtout les rayons ultra-violets qui donnent lieu à ce réflexe.

— M. *Galippe* a eu l'occasion d'examiner des dents, un long temps après la mort. Il a trouvé dans la dentine des sortes de galeries se terminant en cul-de-sac et, au fond de ceux-ci, ou dans l'intérieur même des galeries, des amas de micro-organismes qui se colorent par la méthode de Gramm. Il est probable que ces altérations de la dentine sont dues à l'action de ce micro-organisme.

SÉANCE DU 30 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DASTRE.

Développement des cellules du cartilage: M. Carrieu. — Mode de reproduction de quelques Péridiniens: M. Bovier-Lapierre. — Fistule du jabot chez le pigeon: MM. Dastre et Stammati. — Présentation d'appareils: M. d'Arsonval. — Un nouveau spectrophotomètre: M. d'Arsonval. — Sur le nœud vital: M. Loye. — Propriétés antiseptiques de l'oxycyanure de mercure: M. Chibret.

M. *Henneguy* présente une note de M. *Carrieu* (de Montpellier) sur le développement des cellules ramifiées du cartilage des céphalopodes et leurs rapports avec certains éléments des chondromes.

— M. *Brasse* dépose une note de M. *Bovier-Lapierre* relative aux divers modes de reproduction de quelques Péridiniens.

— M. *Dastre* rappelle que le jabot du pigeon sécrète, au moment de l'éclosion des petits, un liquide analogue au lait et qu'on n'a jamais bien pu étudier cette sécrétion. Avec un de ses élèves, M. *Stammati*, il croit que cette étude sera facile par l'application au jabot du procédé des fistules. A cette occasion, il présente deux pigeons auxquels une fistule du jabot a été faite dans ce but et qui se portent très bien; l'opération a été très simple et la cicatrisation de la plaie rapide.

— M. *d'Arsonval* présente deux appareils devant servir aux recherches microbiologiques, et destinés à coaguler aisément le sérum et les liquides analogues; ces deux appareils sont établis sur le principe de l'étuve d'Arsonval à température constante.

— M. *d'Arsonval* présente et décrit un nouveau spectrophotomètre, qui réalise de grands progrès sur les appareils de ce genre. Par une série de dispositifs fort simples et ingénieux, l'auteur a résolu la difficulté bien connue qu'il y a à amener les deux spectres à comparer rigoureusement au contact; puis le problème de l'éclairement des deux cuves par la même lumière. De plus, au lieu d'employer la polarisation rotatoire, qui est, on le sait, une source d'erreurs dans l'usage de ces appareils, c'est par un tout autre procédé qu'il éteint un des faisceaux lumineux; c'est en utilisant cette propriété des lentilles qui consiste en ce que l'intensité de l'image est proportionnelle à la surface de la lentille. Par un dispositif très simple on peut faire varier la surface de la lentille; par suite on peut graduer la lumière d'une façon commode.

— M. *Loye* rapproche les phénomènes qui se passent chez l'homme décapité de ceux que l'on observe sur les chiens, à la suite de la même opération. Chez le chien il se produit des mouvements du tronc et des muscles de la face, dus à l'irritation violente du système nerveux et surtout à l'asphyxie. Chez l'homme, d'après M. Loye, on n'observerait jamais de tels mouvements: c'est que sur l'homme cette section, qu'elle porte sur un endroit quelconque de la moelle cervicale ou sur le bulbe même, donne lieu à une inhibition générale et complète. Peut-on placer le chien dans des conditions telles qu'il se comporte comme l'homme décapité? En rendant son système nerveux plus excitable, au moyen de la strychnine, par exemple, on trouve toujours la même différence. Mais si l'on coupe le bulbe au niveau du nœud vital, on observe la mort immédiate et calme par inhibition, comme sur l'homme; l'animal reste immobile, le corps est inerte, la tête calme. Le nœud vital serait donc en réalité un point d'inhibition; chez l'homme, c'est toute une région qui aurait cette puissance inhibitoire.

— M. *Duclaux* dépose une note de M. *Chibret* (de Clermont-Ferrand) sur les propriétés antiseptiques de l'oxycyanure de mercure, supérieures à celles du bichlorure. L'oxycyanure présente d'ailleurs un pouvoir diffusif moins considérable, ce qui est un avantage de plus.

Société anatomique.

SÉANCE DU 15 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Lyot* montre un *rétrécissement congénital de l'intestin.*

— M. *Vignard* présente un *sarcome intra-pariétal de l'utérus.*

— M. *Tuffier* continue ses études sur les *traumatismes expérimentaux du rein.*

— M. *Boulloche* communique un cas d'*anévrysme aortique* avec suffocation.

— M. *Girode* présente un *cancer du larynx.*

SÉANCE DU 22 JUIN 1888.

M. *Sollier* présente les pièces d'un malade atteint d'*hémiparalysie agitante symptomatique, d'arthropathie ataxique et d'épithélioma de l'ombilic.*

— M. *Chrétien* montre des *kystes de l'épiploon.*

— M. *Popow* fait une communication sur les *ectopies testiculaires.*

— M. *Meunier* montre une *exostose apophysaire du fémur.*

— M. *Cornil* décrit les lésions histologiques dans un cas de *kystes multiples du col de l'utérus.*

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Du traitement des fractures de l'olécrâne, par M. le docteur F. Fraipont, assistant à l'Université. Liège, 1887. — On peut assurer parfois la coaptation par l'immobilisation en extension et en abaissant le fragment supérieur à l'aide de bandelettes agglutinatives. Mais cela échoue quand il y a beaucoup d'hémarthrose et lorsque l'épanchement est résorbé (huitième ou dixième jour) il est trop tard pour que la consolidation puisse s'effectuer. Aussi Lauenstein (*Centr. f. chir.*, 1885, n° 33) conseille la ponction, à laquelle il doit deux succès. Mais cela nécessite une intervention à peu près immédiate, car en quelques heures (comme pour les fractures de la rotule) le sang est coagulé. Aussi dans le cas rapporté par Fraipont, M. Von Winiwarter a-t-il pratiqué l'arthrotomie, le lavage antiseptique de la jointure et la suture osseuse. Il a ainsi obtenu une consolidation osseuse. Massage consécutif et mouvements méthodiques. (*Annales de la Soc. méd. chir. de Liège.*)

Du tamponnement de l'utérus par la gaze iodoformée comme moyen hémostatique, par M. le docteur F. Fraipont, assistant à l'Université. Liège, 1887. — Il s'agit d'hémorrhagies après la délivrance, dues à l'inertie utérine. D'après Dührssen (*Centr. f. gynæk.*, 1887, n° 35) et Fraipont, il faut faire alors le lavage intra-utérin à l'eau très chaude. Le sang s'arrête, mais pour repartir au bout d'un quart d'heure environ, ce que l'on évite par un tamponnement à la gaze iodoformée. Il suffit de mettre au col un tampon serré d'ouate pour éviter le tamponnement vaginal, toujours pénible. (*Annales de la Soc. méd. chir. de Liège.*)

Deux cas d'étranglement interne traités par la laparotomie, par M. le docteur F. Fraipont. Liège, 1888. — Après avoir montré toute l'obscurité de la question et avoir analysé les discussions du Congrès allemand et de la Société de chirurgie en 1887, l'auteur conclut qu'actuellement le diagnostic est impuissant à préciser les indications thérapeutiques. Il faut surtout tenir compte de l'état général et faire la laparotomie si le collapsus n'est pas trop avancé. En tout cas, ne pas trop s'attarder au traitement médical. Cette étude se fonde sur deux opérations pratiquées l'une par M. Von Winiwarter, l'autre par l'auteur. Dans ce dernier cas, M. Fraipont n'a pas été sûr d'avoir pu bien lever l'obstacle (torsion) et il fit par prudence un anus contre nature. L'opération est encore récente et l'on ne sait ce que deviendra cet anus. (*Annales de la Soc. méd. chir. de Liège.*)

De las fracturas del craneo y de la trepanacion, par M. D. Enrique de Areilza. Barcelone, 1887. — L'auteur est chirurgien de l'hôpital de Triano, dans la région minière de Vizcaya. Aussi a-t-il eu l'occasion d'observer d'assez nombreux traumatismes crâniens. Il rapporte 27 observations avec 17 guérisons. Il s'agit en général de fractures compliquées avec enfoncement; quelques cas de compression par hémorrhagie de la méningée. A la suite de ces faits cliniques, M. de Areilza fait une étude théorique où il résume: 1° les faits connus de localisation; 2° les indications de la trépanation. Il étudie les phénomènes dus d'une part à la compression, d'autre part à l'irritation tardive. Il termine par un résumé des doctrines actuelles sur le mécanisme des fractures du crâne. (Extrait de la *Revista de ciencias medicas de Barcetona.*)

Fracture de la cavité du crâne, trépanation, guérison, par M. le docteur Joseph Boyé, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Béziers. — Homme de vingt-huit ans trouvé dans le fourgon d'un train de chemin de fer avec une large plaie de la région pariétale gauche. Fracture avec enfoncement, hémiplégie, pas d'aphasie, intelligence assez nette. Relèvement et ablation

des esquilles. Guérison opératoire. Le malade put assez vite reprendre son service d'homme d'équipe. (Extrait du *Montpellier médical*, 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'albuminurie et du mal de Bright, par MM. E. Lécorché et Ch. Talamon. In-8° de 774 pages. Paris, 1888. — O. Doin.

Depuis un certain nombre d'années déjà nous assistons à une phase nouvelle de la question du mal de Bright, et l'ouvrage de MM. Lécorché et Talamon marque un pas de plus dans la voie où se sont engagés les pathologistes et qui tend à ramener en partie aux vues premières de Bright sur l'albuminurie et les altérations rénales. Les recherches anatomo-pathologiques semblaient nous en avoir éloignés, et la dichotomie de la néphrite albumineuse en néphrite interstitielle et néphrite parenchymateuse avait rallié presque tous les suffrages; mais l'observation plus minutieuse et plus prolongée des faits avait eu bientôt pour conséquence d'imposer la notion des néphrites mixtes, mal dénommées à coup sûr, mais dont l'existence réclamait une interprétation nouvelle. Les travaux des auteurs contemporains se sont multipliés sur ce sujet si intéressant, et MM. Lécorché et Talamon présentent aujourd'hui au public médical une remarquable étude d'ensemble de la question.

Nous signalerons, tout d'abord, les chapitres consacrés à la chimie biologique, aux diverses variétés d'albumine, à leurs réactifs, aux procédés de dosage; ces pages sont d'un intérêt scientifique très réel, mais nous ne saurions y insister davantage, désirant retenir plus particulièrement l'attention sur les questions de pathologie traitées dans la seconde partie de l'ouvrage.

Après avoir passé en revue les diverses conditions chimiques, physiques ou mécaniques, et organiques qui président à l'albuminurie expérimentale, les auteurs établissent, sur des preuves d'ordres divers, que le glomérule est le point où se fait la filtration de l'albumine, que la glomérulite aiguë desquamative « représente le véritable substratum anatomique, la condition *sine qua non* de toute albuminurie ». Mais, si l'albuminurie d'origine glomérulaire est « seule démontrée expérimentalement », il leur semble juste d'admettre cependant que, dans les altérations profondes et anciennes du rein, dans les néphrites diffuses, « le filtre rénal désorganisé laisse passer l'albumine par tous ses pores, par les tubuli aussi bien que par les glomérules ».

Quant à l'albuminurie dite physiologique ou normale, dont l'idée première se trouve émise dans les travaux même de Bright et de son collaborateur Bostock, et qui, après des vicissitudes diverses, a trouvé récemment encore des défenseurs ardents dans la personne de Klengden et de Senator, elle n'est pour les auteurs rien moins qu'établie sur des preuves irréfutables. Certes on peut trouver de l'albumine dans l'urine d'un certain nombre d'individus sains en *apparence*, mais rien ne démontre qu'il n'existe pas chez eux quelque altération du filtre rénal, et d'autre part on ne saurait affirmer que l'on puisse déceler la présence de traces d'albumine dans toute urine normale. Au point de vue chimique aussi bien que physiologique, l'albuminurie normale demeure à l'état de problème non résolu.

Si l'on passe en revue et soumet à une judicieuse critique l'influence pathogénique des différentes conditions physiologiques (alimentation, exercice, âge, etc.) et des conditions morbides si diverses (affections parasitaires, intoxications, irritation cutanée, affections gastro-intestinales, hépatiques, cardiaques, nerveuses, etc.) au point de vue de la production de l'albuminurie, on reconnaît que toutes les causes capables de déterminer l'altération indispensable du filtre glomérulaire peuvent se ranger sous deux rubriques: modifications du plasma sanguin, modifications de la circulation sanguine. En d'autres termes, « toute altération du filtre rénal produisant l'albuminurie, reconnaît pour cause première une altération qualitative ou quantitative du liquide filtrant ».

Cette façon si juste d'envisager la pathogénie de l'albuminurie paraîtrait peut-être, à certains égards, moins éloignée des idées défendues par Semmola sur l'influence des altérations initiales des albuminoïdes du sang que les auteurs eux-mêmes ne veulent l'admettre. Que la théorie du médecin italien s'appuie sur un certain nombre d'hypothèses non encore démontrées, qu'elle soit sans doute trop exclusive, nous n'en disconvenons pas; mais elle nous a paru recevoir de MM. Lécorché et Talamon une condamnation quelque peu sévère.

Quoi qu'il en soit, nous avons hâte d'arriver à la partie vraiment originale de l'ouvrage, et de résumer en quelques lignes la façon dont les auteurs comprennent l'évolution anatomique des lésions rénales qui constituent le mal de Bright.

Nous ne saurions analyser ici les très intéressantes pages consacrées à l'historique de la question et aux modifications successives qu'elle a subies, c'est un chapitre auquel nous renvoyons le lecteur. Mais il paraît impossible à MM. Lécorché et Talamon de maintenir la division ancienne, et d'opposer histologiquement la néphrite parenchymateuse à la néphrite interstitielle: toute néphrite, à son origine et à toutes ses phases, est à la fois interstitielle et épithéliale, les lésions portent constamment à la fois sur les deux ordres d'éléments. Comment, dès lors, interpréter les différentes formes anatomiques observées dans le mal de Bright, et que l'on peut classer en quatre grandes variétés: gros rein blanc; petit rein blanc; petit rein rouge contracté; enfin, rein bigarré de gris et de rouge, tantôt gros, tantôt en voie d'atrophie?

« Les trois premières variétés sont évidemment des termes extrêmes et ultimes », la dernière n'est qu'une forme de transition. Mais le processus initial est constamment le même, c'est la glomérulo-néphrite qui tantôt se montre aiguë et diffuse ou disséminée, tantôt chronique et partielle. A ces modes de début différents correspondent nécessairement des conséquences ultérieures différentes: si la mort n'est pas le résultat immédiat des lésions aiguës plus ou moins généralisées, si la guérison n'est pas rapide, mais que la maladie évolue pendant au moins six à huit semaines, elle aboutit au gros rein mou bigarré. Si elle se prolonge davantage, son évolution demeurant naturelle, elle arrive au rein bigarré, de volume moyen en voie d'atrophie, qui peut être également le résultat d'une glomérulo-néphrite initiale, chronique et partielle. Enfin, si la survie se prolonge, l'évolution normale du processus pathologique consistant dans la tendance à l'atrophie, on arrive au petit rein rouge granuleux, « terme final commun aux trois modes de début ».

Qu'est-ce donc alors que le gros rein blanc et le petit rein blanc? Ce sont des néphrites arrêtées dans leur évolution, l'une à une période encore rapprochée de son début, l'autre à une période plus tardive. La dégénérescence graisseuse des reins blancs et l'infiltration amyloïde ne sont donc pas les conséquences directes du processus primitif, ce sont des lésions surajoutées du fait de la tendance générale à la dégénérescence graisseuse, créée par l'état cachectique du sujet. Mais il faut bien savoir que le gros rein blanc, comme le petit rein blanc ou rouge, sont les derniers termes d'un processus mortel, l'expression définitive d'une inflammation rénale qui a évolué dans deux sens différents. Le gros rein blanc ne peut pas plus se transformer en petit rein blanc ou rouge que « la pneumonie caséeuse généralisée ne peut aboutir à la phthisie fibroïde à la sclérose

pulmonaire ». Son existence même exclut toute idée de transformation ultérieure, puisqu'elle est incompatible avec la vie.

En résumé, pour les auteurs, le mal de Bright est « un ensemble homogène de symptômes et de lésions résultant de l'action sur le rein de causes multiples, qui, suivant des modes différents, mais par un processus essentiel unique, conduisent à la destruction de cet organe et à la suppression de ses fonctions ».

Mais à côté des lésions rénales existent, au cours des néphrites, d'autres lésions contingentes dont les conséquences sont parfois des plus importantes et dont l'étude, à coup sûr, est des plus dignes d'intérêt. Parmi ces lésions, nous nous arrêterons seulement à celles qui ont pour siège le système cardio-vasculaire. Sans vouloir rappeler les diverses théories émises pour interpréter les altérations cardio-artérielles dans la néphrite scléreuse, et le rapport qui les relie à la lésion rénale, nous devons poser les termes du problème: la lésion cardio-vasculaire est-elle primitive, ou consécutive à la lésion rénale, ou simultanée? Les auteurs consacrent à cette question une discussion fort intéressante, et arrivent à conclure que l'artérite rénale n'est pas primitive, mais semble concomitante, et proportionnelle à la lésion scléreuse du rein; que les lésions disséminées sur l'étendue du système artério-capillaire sont secondaires au fonctionnement défectueux du filtre rénal et reconnaissent la même pathogénie que l'hypertrophie du cœur. Or, l'hypertrophie cardiaque est, pour eux, le résultat de l'augmentation de tension artérielle par rétention de l'eau dans le sérum sanguin: cette hypertension artérielle détermine la dilatation cardiaque, et celle-ci entraîne nécessairement l'hypertrophie si la survie est assez longue et si l'état général du sujet lui permet d'en faire les frais. Ces facteurs de l'hypertrophie cardiaque se rencontrent dans toutes les formes du mal de Bright, et si l'on trouve plus souvent le cœur volumineux avec le petit rein rouge, c'est que l'évolution de celui-ci a été plus longue et a permis au myocarde, d'abord dilaté, de subir l'hypertrophie.

Telle est la théorie adoptée par les auteurs; elle n'entraîne pas, à notre avis, la conviction complète, et serait, il nous semble, passible de quelques objections. L'étude de l'hypertension artérielle, entreprise en particulier par M. Potain, avec le sphygmo-manomètre, tendrait, en effet, à établir que ce phénomène n'existe pas ou fort peu dans les formes du mal de Bright dites parenchymateuses; d'autre part, l'hypertrophie myocardique n'est pas toujours un phénomène tardif dans le petit rein rouge. et la dilatation cardiaque terminale (avec ou sans athérome des coronaires) est peut-être plus nettement établie que celle qui précéderait l'hypertrophie. Nous croyons que le dernier mot n'est pas dit encore sur ce sujet.

Enfin, MM. Lécorché et Talamon ont donné une remarquable étude de la symptomatologie du mal de Bright, envisagé dans son ensemble et dans son évolution clinique; les symptômes fondamentaux, albuminurie, œdèmes, urémie, inflammations et hémorrhagies, sont l'objet de descriptions complètes et précises; les formes cliniques, type continu latent, et type commun à poussées successives, composent un tableau aussi juste qu'intéressant de la marche des accidents chez les brightiques. On ne peut résumer des chapitres de cette allure, il faut les lire dans le texte.

Quand nous aurons ajouté que la partie consacrée à l'hygiène et au traitement de la maladie et du malade, présente une étendue et des développements en rapport avec son importance, nous aurons fait apprécier, nous l'espérons du moins, tout l'intérêt qui s'attache à la lecture du livre de MM. Lécorché et Talamon; les noms seuls des auteurs étaient de sûrs garants de la valeur de l'œuvre.

André PETIT.

DES MANIFESTATIONS UTÉRINES DU PALUDISME, par M. le docteur Lardier. — Rambervillers, 1888, Ch. Méjeat.

Consciencieuse étude des localisations utérines du paludisme survenant soit en dehors de la gestation, soit pendant la grossesse, soit pendant la période puerpérale. En dehors de la gestation, les accidents utérins, d'ordre congestif, consistent en troubles menstruels, fréquence plus grande des règles, ou véritables métrorrhagies. Durant la grossesse, c'est seulement pendant les premiers mois que l'on observe des accidents palustres et d'une façon générale ils sont rares chez la femme enceinte. Jamais l'intoxication palustre, au moins dans les régions où a observé l'auteur, ne provoque l'avortement ou l'accouchement prématuré. La période puerpérale constitue, au contraire, un véritable état d'opportunité pour les manifestations paludiques, accès fébriles ou hémorrhagies utérines. On peut admettre enfin que, pendant l'allaitement, les manifestations de l'intoxication palustre ne présentent aucun caractère spécial. Les phénomènes morbides dont l'utérus est le siège, s'accompagnent généralement d'autres accidents paludiques, fébriles ou névralgiques, et sont facilement et rapidement justiciables du sulfate de quinine. L'auteur a joint à l'appui de son travail sept observations recueillies dans sa pratique personnelle.

DES TROUBLES VISCÉRAUX D'ORIGINE MENSTRUELLE, par M. le docteur P. Grattery, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1888. G. Steinheil.

Dans cette intéressante monographie l'auteur passe en revue les phénomènes morbides, d'intensité variable, qui se montrent au niveau des divers organes sous l'influence des troubles de la menstruation, que celle-ci s'établisse difficilement ou qu'elle soit brusquement suspendue. Parfois aussi, c'est à l'occasion du travail ovulaire, sans qu'il soit même modifié dans ses manifestations extérieures, que les accidents viscéraux éloignés font leur apparition. L'appareil digestif et ses annexes, l'appareil respiratoire, l'appareil urinaire, le système nerveux, peuvent en être le siège: autant de chapitres soigneusement étudiés. Il s'agit, le plus souvent, de simples congestions localisées, dont la marche est en rapport avec l'état de la menstruation, et dont la disparition est commandée par l'établissement du flux cataménial; le pronostic ne comporte de réelle gravité que si l'organe intéressé présente des lésions plus ou moins étendues, antérieures au trouble congestif et lui ayant servi de point d'appel dans certains cas. Parfois, surtout lorsque l'écoulement menstruel manque complètement, la congestion se présente avec tous les caractères d'une phlegmasie franche: l'erreur d'interprétation est à peu près fatale si l'on ne songe toujours à rechercher l'état de la menstruation. D'ailleurs les accidents disparaissent rapidement avec l'établissement de l'écoulement sanguin, et c'est vers ce but que doivent tendre les efforts de la thérapeutique lorsque la notion pathogénique n'a pas été reconnue. Les phénomènes morbides simulent parfois, en pareil cas, une fièvre typhoïde, une méningite, etc.; la situation peut paraître alarmante, mais tout disparaît au bout de peu de jours si les règles se montrent soit spontanément, soit sous l'influence du traitement institué. Il est évident qu'après avoir combattu par les calmants, les révulsifs et les emménagogues les accidents immédiats, on devra s'occuper de régulariser la fonction menstruelle, afin de prévenir le retour de manifestations morbides de même nature.

DE L'OZÈNE TRACHÉAL, par M. le docteur Luc, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1888, G. Steinheil.

Il s'agit d'une variété de trachéite en concomitance avec l'ozène nasal, mais qui peut, une fois établie, évoluer indépendamment de lui: les sécrétions trachéales sont fétides, et il existe des croûtes autochtones, se reformant après expulsion, et au niveau desquelles le microscope révèle les mêmes micro-organismes constatés dans l'ozène nasal. Cette affection se caractérise par l'expectoration, surtout le matin, de crachats verdâtres, visqueux, épais, exhalant l'odeur *sui generis* de l'ozène: cette fétidité persiste après le lavage des fosses nasales et l'on constate que l'air expiré est aussi fétide par la bouche que par le nez. Le diagnostic sera confirmé par l'examen laryngoscopique qui montre les croûtes trachéales. Il est évident que cet ozène trachéal aggrave le pronostic de l'ozène nasal, la fétidité de l'haleine persistant en dépit des lavages naso-pharyngiens; d'ailleurs, si l'on obtient

le ramollissement et l'expulsion des croûtes au moyen des inhalations de vapeurs ou de liquides pulvérisés, on les voit se reformer pour peu que le traitement soit suspendu.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE MÉDICALE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE TRAITÉE PAR LES INHALATIONS D'ACIDE SULFUREUX, par M. le docteur René Coppin. — Thèse inaug. Paris, 1888. Ollier Henry.

De l'étude entreprise par l'auteur il semble résulter que l'acide sulfureux n'est pas un médicament spécifique de la tuberculose pulmonaire, c'est-à-dire amenant une guérison radicale. Les expérimentations entreprises à l'hôpital maritime de Cherbourg et à l'hôpital Cochin, à Paris, demandent à être, d'ailleurs, revisées, le mode d'administration des inhalations sulfureuses ayant été défectueux à divers égards. Quoi qu'il en soit, et bien que la guérison complète n'ait été obtenue dans aucun cas, les inhalations d'anhydride sulfureux ont produit un notable amendement dans la plupart des symptômes de la phthisie : l'état général s'est beaucoup amélioré; la toux a presque complètement disparu; la dyspnée et l'expectoration ont diminué d'une façon très appréciable, les crachats sont devenus moins visqueux, plus aérés, les vomissements très rares. Les sueurs ont presque entièrement disparu, en même temps que les malades offraient une augmentation de poids importante. Un léger mouvement fébrile, ou quelques hémoptysies au cours du traitement n'impliquent pas la cessation de son emploi : d'une façon générale les hémoptysies sont plutôt arrêtées que provoquées par les inhalations sulfureuses.

VARIÉTÉS

Les annonces de cours publics et les renseignements divers concernant les Facultés et Écoles de médecine sont à la deuxième page de la couverture.

CONSEILS ACADÉMIQUES. — A la suite des élections et des nominations faites par le ministre, les médecins ou pharmaciens, dont les noms suivent, font partie des Conseils académiques ci-après désignés :

Paris. — MM. Brouardel, Henrot, Luton, Jaccoud, Milne-Edwards, Planchon.
Aix. — MM. Chapplain, Gourret et Livon.
Besançon. — MM. Bruchon et Saillard.
Bordeaux. — MM. Moussons, Perrens et Pitres.
Caen. — MM. Bourienne, Duménil et Pennetier.
Clermond-Ferrand. — MM. Gagnon et Ledru.
Dijon. — MM. Gautrelet et Maillard.
Douai. — MM. Lenoël, Mollien, Paquet et Wannebrouck.
Grenoble. — MM. Allard et Berger.
Lyon. — MM. Gailleton et Lortet.
Montpellier. — MM. Bertin-Sans, Castan, Diacon et Souheyrau.
Nancy. — MM. Bleicher, Coze et Tourdes.
Poitiers. — MM. Chédevergne, Danner, Raymondaud et Robert.
Rennes. — MM. Delacour, Laennec, Lefeuvre et Meleux.
Toulouse. — MM. Basset et Caubet.

BUREAU CENTRAL. — MM. Marie, Netter et Gilbart sont nommés médecins des hôpitaux de Paris.

MM. Michaux et Chaput sont nommés chirurgiens des hôpitaux de Paris.

COMITÉ D'HYGIÈNE. — Aux termes d'un arrêté du ministre du commerce et de l'industrie, en date du 2 juillet 1888, M. le docteur Du Mesnil, médecin de l'asile national de Vincennes, auditeur près le Comité consultatif d'hygiène publique de France, a été nommé secrétaire de ce Comité, en remplacement de M. le docteur Vallin, démissionnaire.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — A été promu :

Au grade de médecin de deuxième classe : M. Lesquendieu, aide-médecin, docteur en médecine.

EXCURSION HYDROLOGIQUE. — En présence du succès de la caravane hydrologique qu'elle avait organisée sous son patronage en 1887, la Société française d'hygiène vient d'organiser une nouvelle excursion, qui permettra de visiter dans les mêmes conditions les stations climatériques et thermo-minérales de la Suisse et des Vosges. L'excursion aura lieu du 15 au 31 août prochain.

L'itinéraire suivant a été adopté : Lucerne, Zurich, Pfæffers, Baden, Schinznach, Rheinfelden, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, Bussang, Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne et Sermaize.

La Compagnie des chemins de fer de l'Est a bien voulu accorder une réduction de 50 pour 100 en faveur des excursionnistes qui prendront part à la caravane. Des prix spéciaux sont assurés dans les hôtels.

Dans les stations qui doivent être visitées, des fêtes sont préparées pour recevoir la caravane, de concert avec les municipalités, le Corps médical et les Sociétés locales.

Cette excursion présentera un grand intérêt au point de vue scientifique. Des conférences seront faites dans chaque station par les médecins les plus compétents. Ceux qui désirent y prendre part doivent s'adresser, pour les renseignements complémentaires, à M. Joltrain, secrétaire de la Société française d'hygiène, 49, avenue Wagram, à Paris. Les listes d'adhésion seront closes le 31 juillet.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. le docteur Paul Loye, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission à l'effet d'étudier l'organisation de l'enseignement médico-légal en Allemagne et en Autriche.

M. le docteur Raymond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission en Russie, pour y étudier les questions d'enseignemnt médical relatives aux maladies nerveuses.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 13 juillet). — *Ordre du jour:* M. Hayem: Sur l'hémoglobinurie. — M. Troisier : Communication sur un cas d'angine de poitrine (Présentation de pièces anatomiques). — M. Huchard : Angine de poitrine et autopsie.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs Nadaud (de Bourges); Berthe (de Marseille); Buisson (d'Evreux), et de M. Javillard, externe à l'hôpital Bichat.

MORTALITÉ A PARIS (25e semaine, du 17 au 23 juin 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 6. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 18. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 159. — Autres tuberculoses, 34. — Tumeurs : cancéreuses, 52 ; autres, 9. — Méningite, 42. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 35. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 35. — Bronchite aiguë, 13. — Bronchite chronique, 22. — Bronchopneumonie, 13. — Pneumonie, 32. — Gastro-entérite : sein, 16; biberon, 36; autres, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 25. — Suicides, 20. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 157. — Causes inconnues, 8. — Total : 833.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Conférences cliniques sur les maladies des femmes, par M. G. Bernutz, membre de l'Académie de médecine. 1 fort vol. grand in-8° de près de 800 pages. Paris, G. Masson. 12 fr.

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par M. Daniel Mollière, chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu. 1 vol. in-8°. Paris, G. Masson. 8 fr.

Bulletin de la phthisie pulmonaire, revue trimestrielle des recherches expérimentales cliniques et thérapeutiques de la tuberculose, par MM. les docteurs A. Filleau et L. Petit. 2e année, n° 3, novembre 1887. 1 vol. in-8° de 80 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.
3e année, n° 4, mars 1888. 1 vol. in-8° de 60 pages. 2 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

15363. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 11 juillet 1888.

Académie de médecine : **Plâtrage des vins. — La saccharine. — Traitement du cancer de l'estomac. — La filipuncture. — Récompense nationale décernée à M. Maillot. — La rage.**

L'Académie de médecine a été unanime pour voter les conclusions du rapport de M. Marty sur le plâtrage des vins et pour remercier, par ses chaleureux applaudissements, le savant chimiste qui a si consciencieusement élucidé cette question d'hygiène. En vain les représentants de la Société centrale d'agriculture de l'Hérault ont-ils encore essayé de protester en affirmant l'innocuité du sulfate de potasse dans le vin, à la dose de 4 grammes par litre. Le rapport de M. Marty démontre jusqu'à l'évidence les accidents que peut déterminer l'usage du vin plâtré. Les faits qui lui ont été communiqués par M. Andouard et par M. Hugounenq, joints à ceux que M. Marty a observés sur lui-même, répondent victorieusement aux assertions de MM. de Girard et Cot. Aussi la Commission académique s'est-elle considérée comme suffisamment éclairée et a-t-elle persisté dans ses conclusions premières.

Celles-ci, on ne l'a pas oublié, affirment que le plâtrage exagéré exerce sur la santé publique une influence fâcheuse et qu'il importe dès lors de le condamner. Tous les consommateurs auraient été sans doute heureux de voir cette seule conclusion mettre fin à des pratiques éminemment malsaines, et qui, s'il faut en croire quelques viticulteurs, pourraient sans grands inconvénients être interdites. Malheureusement, de nombreuses protestations ont engagé M. Marty à admettre encore quelques tempéraments ; reconnaissant que le plâtrage conserve les petits vins, de crus médiocres, qui, sans être excellents, sont cependant préférables aux piquettes de raisins secs, le rapporteur de la Commission académique admet, comme tolérance, l'utilité économique d'un plâtrage modéré. Mais il ajoute que la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, *qu'elle qu'en soit l'origine*, ne doit être tolérée que *jusqu'à la limite de deux grammes par litre.* Enfin, la Commission exprime le vœu que la circulaire de M. le garde des sceaux, ministre de la justice, en date du 27 juillet 1880,

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

La question de la nomination des médecins de cercle au Landtag de Prague. — Nouvel épisode de la rivalité des Tchèques et des Allemands en Bohême. — Situation précaire des médecins de cercle autrichiens. — Améliorations proposées. — Fondation de l'hospice marin Marie-Thérèse à San-Pelagio. — Les étudiants à la Faculté de médecine de Vienne. — Leur diminution. — Augmentation dans les Facultés provinciales. — Souvenir de guerres d'autrefois. — L'organisation du service de santé de l'armée autrichienne au temps du prince Eugène de Savoie.

Celui qui pourrait prévoir aujourd'hui les résultats de la lutte des races et des nationalités dans l'empire d'Autriche serait plus habile que tous les devins de l'antiquité réunis, y compris Musaeus et le grand Aristandros de Telmesse ; il ne se passe pas un jour, pas une heure, sans que l'antagonisme des Tchèques et des Allemands se manifeste. Prague a deux Facultés, deux Sociétés de médecine ennemies; nous les avons vues naguère se disputer les deniers officiels, les bâtiments, jusqu'aux services hospitaliers; il s'en faut de beaucoup que leurs luttes soient finies ou près de finir. Au commencement du dix-huitième siècle on eût pu regarder avec quelque apparence de raison la germanisation de la Bohême comme accomplie; les souvenirs de la guerre des Hussites étaient trop lointains pour être bien vifs dans l'esprit des masses populaires. Les Empereurs s'étaient adjoints pour la pacification et la transformation du pays, des auxiliaires habiles, actifs, insinuants, qui ne perdent jamais de vue leur but, même lorsqu'ils semblent s'en éloigner: les Jésuites. Ils firent une guerre impitoyable aux coutumes anciennes, les proscrivirent comme des superstitions païennes, s'efforcèrent de détruire une à une les légendes nationales, de substituer à l'Etat slave du moyen âge une Bohême assez attachée à l'orthodoxie catholique pour que jamais voix d'hérésiarque n'eût chance d'y trouver un

reçoive une application effective. Citer cette date, montrer que depuis huit années, malgré les protestations les plus autorisées de tous les hygiénistes, malgré les avis répétés de l'Académie, du Comité consultatif et des Conseils d'hygiène, les ministres qui se sont succédé à la justice et au commerce, n'ont pas osé résister aux injonctions intéressées de certains électeurs; rappeler que tous les ans un arrêté ministériel annonce que de sévères mesures seront prises pour empêcher la fraude, et qu'un arrêté nouveau vient, quelques jours plus tard, rectifier le premier, n'est-ce pas démontrer combien il est aujourd'hui difficile de faire prévaloir les intérêts de la santé et de la moralité publiques?

Espérons que la protestation unanime de l'Académie sera enfin entendue et qu'il se trouvera bientôt un ministre assez courageux pour faire son devoir.

— Après avoir montré les inconvénients de la saccharine et les dangers que peut faire courir à la santé publique l'introduction de ce produit pharmaceutique dans les produits alimentaires les plus variés, il n'est que juste de signaler les avantages de ce nouveau *médicament*. M. C. Paul, qui en a étudié avec soin les propriétés antiseptiques et antiputrides, démontre que la saccharine arrête le développement de certains microbes et peut, en conséquence, être utilisée dans la composition des liquides antiseptiques. Il conseille donc de s'en servir dans les dentifrices, dans les liquides employés pour le lavage de l'estomac, pour le lavage de la vessie, etc. Il y a là toute une série de recherches nouvelles à entreprendre pour rechercher si la saccharine est supérieure ou égale à l'acide borique, si utile dans tous les cas de ce genre.

— Les réserves que nous avions cru devoir faire en entendant notre distingué confrère M. Kirmisson vanter l'emploi de la sonde à demeure dans le traitement des cancers de l'œsophage viennent d'être confirmées par les observations de M. Nicaise. La gastrostomie qui lui a donné un succès relatif lui semble préférable au cathétérisme, aussi bien qu'à l'établissement d'une sonde à demeure. Sans doute cette opération ne donnera jamais les succès relatifs que l'on obtient en pratiquant un anus artificiel dans les cas de cancer du rectum. Elle aura du moins sur le cathétérisme œsophagien l'avantage de ne pas irriter le carcinome et dès lors de ne point hâter l'évolution de la maladie.

— Nous résumerons dans un prochain numéro, lorsque M. Verneuil aura terminé sa communication à l'Académie, l'étude critique, si approfondie et si complète, que notre éminent maître a faite de ce qu'il appelle la *filipuncture*.

— Sur la proposition de M. A. Letellier, la Chambre des députés vient de voter un projet de loi ayant pour objet d'accorder à titre de récompense nationale une pension de 6000 francs à M. le docteur Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées.

Nous tenons à être parmi les premiers de ceux qui applaudiront à cet acte de justice. Notre vénéré confrère a rendu à la science et à la profession médicales des services que connaissent depuis bien longtemps les lecteurs de ce journal et sur l'étendue desquels il nous paraît inutile d'insister. Qu'il nous soit permis de rappeler toutefois que c'est le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* qui, le premier, éleva la voix en 1877 — il y a plus de dix ans — pour rendre à M. Maillot la justice qui lui est due. « Il est nécessaire de le dire ici, car on semble l'oublier trop souvent, écrivions-nous dans l'article FIÈVRES, p. 219, c'est à M. Maillot que l'on doit l'immense progrès qui abaissa, dans des proportions singulières, la mortalité par fièvres pernicieuses. Si l'on songe qu'en 1833 à l'hôpital militaire de Bône il mourait 1 malade sur 3 et qu'en 1834 et 1835 on n'en perdait plus que 1 sur 20; si l'on réfléchit que M. Maillot durant ces deux années a eu 836 malades de plus que les deux années précédentes et 1137 morts en moins, si l'on calcule, d'après ces chiffres, ce que devait être jadis la mortalité de nos soldats, on ne fera que rendre justice à M. Maillot en affirmant qu'il a fait faire les plus grands progrès à la thérapeutique des fièvres intermittentes... » Depuis, M. le professeur Verneuil au Congrès d'Alger et notre regretté confrère Liouville au Parlement se sont fait l'écho de ces témoignages de gratitude et de respect dus à l'un des plus dignes d'estime parmi les anciens médecins de l'armée. L'heure de la justice a été tardive, mais ce n'est qu'avec plus de joie qu'il faut accueillir la décision prise en faveur de M. le docteur Maillot.

La rage à Paris.

A la dernière séance du Conseil d'hygiène du département de la Seine, M. Pasteur a fait remarquer que les mesures récemment prises par M. le Préfet de police contre

---

écho; on expropria Jean Huss au profit de Jean Népomucène; à quoi tous ces efforts ont-ils abouti? Il a suffi que des nécessités politiques obligeassent l'autorité centrale à compter avec les vœux des populations pour que ce peuple qu'on croyait enseveli à jamais dans les limbes de l'histoire se réveillât, affirmât son existence par des actes absolument légaux, mais aussi clairs et plus effectifs qu'une tentative d'insurrection. La majorité du Landtag de Prague est tchèque; elle est animée envers la minorité représentant la fraction allemande de sentiments peu amicaux; elle en donne la preuve à chaque instant. Il y a quelques mois le Ministre de l'intérieur soumettait aux Assemblées provinciales un projet de loi modifiant les conditions actuelles de recrutement, et d'exercice des médecins de cercle. Lorsqu'elles auraient formulé leurs vœux, le gouvernement devait rédiger un texte définitif pour le soumettre au Parlement.

Le Conseil général de Prague libella à peu près dans les termes suivants, l'article relatif à la nomination de médecins : « Dans les communes ou districts, habitées par des personnes de langues différentes, nul ne pourra l'être s'il ne parle et écrit correctement ces langues. » Exprimée ainsi, la disposition paraît inoffensive et basée sur la justice même; la Société centrale allemande de médecine n'a pas jugé les choses de cette manière. Ce texte, malgré son apparence bénigne, aurait pour conséquence de fermer la porte aux praticiens de langue allemande. Supposons qu'une commune de 2000 âmes compte 500 Tchèques et 1500 Allemands; le texte formel de la loi ne permettra de nommer à des fonctions médicales qu'un docteur instruit dans les deux langues, c'est-à-dire neuf fois sur dix un Tchèque. Tous les jeunes gens de cette nation qui se destinent aux carrières libérales ont appris l'allemand au gymnase; il y a dix ans c'était encore la seule langue officielle de l'enseignement, mais la réciproque n'est pas vraie, ceux qui n'appartiennent

les chiens errants commencent à manifester leur influence d'une manière très appréciable, puisque le nombre des personnes habitant ce département, traitées à l'Institut Pasteur, a diminué dans le mois dernier d'une façon très sensible. De 57 en mars, 56 en avril, 67 en mai, il est descendu à 46 en juin. Aussi le Conseil a-t-il émis l'avis, avec M. Pasteur, « que M. le Préfet de police continue à faire abattre tous les chiens suspects de rage et à appliquer rigoureusement la loi sur la police sanitaire des animaux, surtout à l'égard des chiens errants; c'est le seul moyen de faire disparaître la rage canine. » Il y a deux jours, le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est également occupé de cette question, sur le rapport de M. Chauveau.

L'énergie montrée depuis plusieurs semaines à l'égard des chiens et les résultats déjà obtenus témoignent de nouveau de la vérité de cette constatation si souvent faite jusqu'ici, à savoir que le nombre des cas de rage s'accroît lorsque les prescriptions légales édictées pour diminuer le nombre des chiens et les empêcher de nuire sur la voie publique sont inexécutées. N'est-il pas humiliant, suivant l'expression si justifiée de M. Chauveau, de voir que la France possède une législation qui lui permet d'assurer complètement la prophylaxie de la rage et que ce soit à l'étranger seulement que l'application de mesures semblables soit parvenue, en un petit nombre d'années, à supprimer complètement cette terrible maladie. Le musèlement des chiens n'est pas encore ordonné en France pour les chiens; s'est-on même décidé, d'après les vœux de l'Académie de médecine, sur la proposition de M. Leblanc il y a quatre ans, et des diverses commissions consultées, à décréter le « port obligatoire pour tous les chiens, d'une médaille délivrée en même temps que la quittance constatant l'acquittement de la taxe, médaille dont le modèle varierait chaque année »? Espérons aussi que la Commission du budget songera à réaliser, par un simple article ajouté à la loi de finances, l'augmentation de la quotité de la taxe des chiens, ce qui serait un excellent moyen d'en diminuer le nombre. Cet impôt est, dans notre pays, purement communal; à Paris, les chiens dits de luxe, ne sont taxés qu'à raison de 10 francs et les autres chiens 5 francs; mais le nombre des non-valeurs, des dégrèvements et des cotes irrécouvrables s'élève toujours à plus de 7 pour 100, ce qui fait que l'impôt produit annuellement 500000 francs en moyenne; il pourrait être augmenté, pour les chiens de la première catégorie, sans inconvénients. Et cet accroissement pourrait tout au moins permettre de réaliser l'organisation nécessaire, en personnel et en matériel, pour assurer rigoureusement, dans de bonnes conditions, la saisie de tous les chiens qui tombent sous le coup de l'article 52 du décret du 22 juin 1882 et pour instituer, en nombre suffisant, des vétérinaires chargés de délivrer des certificats de santé pour les chiens ayant fait acte d'agression sur la voie publique, contre les personnes ou les animaux.

La délivrance de ces certificats soulève la difficile question du choix des moyens d'appréciation permettant de distinguer entre les animaux suspects et ceux qui ne sont que douteux. Pour M. Chauveau, 1° « sont réputés suspects, tous les chiens et chats qui ont été mordus ou seulement roulés par des animaux enragés; ils doivent être immédiatement abattus, aux termes de la loi de police sanitaire; 2° sont réputés douteux tous les chiens et chats qui, sans provocation, mordent les personnes ou les animaux; on peut n'abattre ces derniers que lorsqu'il a été constaté qu'ils sont réellement enragés. » Dans ce dernier cas, la séquestration du chien s'impose. Les vétérinaires estiment qu'un délai de vingt-quatre ou quarante-huit heures est suffisant pour s'assurer qu'un chien ou chat se trouvant dans ce dernier cas, est ou non enragé. C'est pourquoi il suffirait de placer l'animal, pendant ce laps de temps, « soit à la fourrière générale, soit dans des fourrières spéciales, soit, si l'occasion s'y prête, au domicile du chien, chez le propriétaire lui-même ». Il va de soi que le choix du lieu de séquestration varie avec les conditions locales et que le nombre des villes ou communes où existe une fourrière est assez restreint. C'est pourquoi certaines personnes pensent que tout chien mordeur devrait être immédiatement abattu, comme s'il était suspect de rage; on y gagnerait de détruire sûrement tous les chiens enragés et on ne risquerait, en tuant quelques innocents, que de supprimer des animaux dont le caractère agressif les rend tout au moins dangereux pour ceux qui les approchent. Mais ces dernières raisons peuvent être sujettes à contestation, tandis que les premières sont admises par tout le monde. Il est urgent que leur application devienne permanente, comme la loi le permet et l'exige. Ainsi, les avantages déjà obtenus à Paris par le Préfet de police se généraliseront et s'affirmeront de plus en plus.

---

point à des familles slaves, et n'ont pas dès l'enfance parlé l'idiome de Bohême, ne l'étudient guère. Pour eux c'est un simple patois, dont on balbutie quelques mots si c'est indispensable, mais dont la connaissance approfondie n'intéresse que les philologues ou les commis voyageurs. Des membres de la Société allemande de médecine ont pris la parole au Landtag pour combattre les tendances qui avaient dicté l'article et montrer leurs conséquences, pour supplier la majorité de respecter les droits de la minorité; ils en ont été pour leur peine, de telle sorte qu'aujourd'hui les intéressés ont dû recourir à l'unique ressource qui leur reste, la pétition au Ministre et au Reichsrath. Seront-ils entendus? Pour répondre, il faudrait connaître la répartition exacte des partis dans cette assemblée. Elle a souvent à s'occuper de questions analogues. L'organisation de la médecine publique vaut mieux en Autriche que dans bien d'autres pays; pourtant la loi de 1871, toujours en vigueur, est loin de représenter la perfection. A l'une des séances de la Société d'hygiène, M. Witlacil insistait sur des lacunes qu'on n'a rien fait jusqu'ici pour combler. Il faudrait, suivant lui, donner une place plus importante aux médecins que celle qu'ils occupent dans les Conseils d'hygiène; il faudrait créer pour eux des Chambres professionnelles dont on prendrait l'avis à propos des questions de salubrité, et dont les délibérations couvriraient leur responsabilité; il faudrait vulgariser par l'enseignement dans les écoles populaires les notions d'hygiène publique et privée dont l'application est indispensable. Actuellement on demande beaucoup aux médecins de cercle et on leur fait une situation si précaire qu'elle est à peine tolérable. Ils sont divisés en dix classes, l'avancement n'est point basé sur la capacité et les services rendus; pourtant on n'entre dans l'administration qu'après un stage fort long; il faut faire un service de quatre ans dans les hôpitaux civils, rester médecin assistant plusieurs années et après cela seulement, on est nommé lorsqu'une

CLINIQUE MÉDICALE

Des manifestations morbides du surmenage physique.

Si tous les médecins placent la fatigue, les excès, au premier rang des causes morbides prédisposantes ou occasionnelles, il est de notion beaucoup moins répandue que le surmenage physique peut à lui seul, en dehors de tout autre état diathésique ou dyscrasique, donner lieu à des syndromes cliniques très variés qu'on est porté d'habitude à classer sous de fausses rubriques. Ce chapitre de pathologie est encore à écrire, bien que les données réellement scientifiques ne fassent plus défaut à qui voudrait assumer cette tâche. C'est surtout la physiologie pathologique du surmenage qui commence à être bien connue. Depuis l'époque (1878) où Carrieu rédigeait sa thèse d'agrégation, si consciencieuse, sur la fatigue et son influence pathogénique, maintes hypothèses ont passé à l'état de faits définitivement acquis; maints travaux, ceux par exemple de Gautier, de Bouchard et de ses élèves, sur les auto-intoxications, ont trouvé dans l'histoire du surmenage une de leurs plus fécondes applications. Ainsi en quelque sorte a été ouverte la voie aux recherches de M. Lagrange, qui, dans un mémoire tout récent (*Physiologie des exercices du corps*, Paris, 1888), nous a donné une étude intéressante, particulièrement au point de vue physiologique, du surmenage.

En montrant que celui-ci réalise en quelque sorte le type de l'auto-intoxication et qu'il peut se traduire par des syndromes cliniques bien définis, M. Lagrange n'a fait d'ailleurs que corroborer les idées émises dès 1880 par M. Révilliod dans son remarquable mémoire sur *la Fatigue*, lu à la Société médicale de Genève et trop peu connu en France, et surtout la doctrine de l'autotyphisation que M. le professeur Peter défend depuis de longues années dans son enseignement à l'École de Paris.

I

Les acquisitions nouvelles dans le domaine de la nutrition intime des tissus sont si bien devenues monnaie courante dans la science, qu'il nous sera permis de glisser rapidement sur la physiologie pathologique du surmenage, qui en est en quelque sorte le corollaire. Nul n'ignore en effet que la désassimilation des éléments organiques donne naissance à divers composés éminemment toxiques, matières extractives et alcaloïdes. Que sous une influence quelconque il se fasse une production exagérée de ces déchets de la nutrition, les émonctoires devenant momentanément impuissants à éliminer ces principes nocifs, ceux-ci s'accumulent dans l'économie; d'où une auto-intoxication, créatinémie de Jaccoud, extractihémie de Révilliod. Cette disproportion entre la formation de substances toxiques et le pouvoir éliminateur de l'organisme, nul processus ne la réalise à un plus haut degré que le surmenage, résultat d'un travail musculaire exagéré.

Mais quels sont les composés qu'il faut incriminer ? les renseignements que nous possédons sur la composition et la toxicité des urines chez les surmenés sont peu explicites à cet égard. Cependant divers auteurs comme Révilliod et Rendon ont constaté une véritable débâcle d'urée le jour où s'atténuaient les symptômes du surmenage. Cette crise, parfois très accusée, 126 grammes (Revilliod), 100 grammes (Gubler), 70 grammes (Rendon), témoigne évidemment du rôle pathogénique des substances extractives, matières premières de l'urée. D'autre part, d'après Lagrange, ce seraient surtout les urates qu'il faudrait mettre en cause. Chaque fois, dit cet auteur, qu'il se produit de la courbature, les urines louchissent au bout d'un certain temps et renferment une grande quantité d'urates alcalins et ammoniacaux, *sédiments uratiques* de Neubauer. A en juger par ces caractères des urines, l'état de la nutrition chez le surmené serait comparable à ce qu'il est chez le goutteux : fait à rapprocher des analogies cliniques que le surmenage présente si souvent avec diverses manifestations de l'arthritisme.

Enfin, depuis que M. Gautier a démontré que parmi les produits du travail musculaire il se forme des alcaloïdes aussi toxiques que les ptomaïnes, il est permis d'attribuer au moins en partie les accidents infectieux du surmenage à ces alcaloïdes, connus sous le nom de leucomaïnes.

Mais, en dehors de l'auto-intoxication, il existe dans le surmenage un autre élément pathogénétique. Ce sont les altérations dynamiques et organiques, qui, sous l'influence du travail musculaire exagéré, se produisent du côté de l'appareil locomoteur. Aussi, dans les formes les plus légères du surmenage, les lésions demeurent-elles presque exclusivement localisées aux muscles et aux articulations. Que la matière peccante abonde dans le sang, l'altération humorale amènera nécessairement une altération des solides débutant par l'appareil cardio-vasculaire et à mesure

---

vacance se présente, à la dixième classe de son emploi. En Basse-Autriche le plus jeune des médecins de cercle a trente-huit ans et presque tous les assistants ont dépassé la trentaine. On s'explique la lenteur de l'avancement; beaucoup de médecins ne franchissent jamais les limites de la neuvième classe ; la promotion à la huitième représente l'exception; quant à l'arrivée aux classes supérieures, c'est une éventualité si rare qu'on ne peut compter sur elle. Le traitement reste insuffisant pour toute la carrière; à cet égard les médecins sont dans un état d'infériorité choquante par rapport aux autres fonctionnaires. Certains de ceux-ci, qui sont d'anciens sous-officiers, n'ayant ni une instruction générale, ni une instruction technique bien élevées, sont placés par leurs émoluments dans la même catégorie que les médecins de cercle de seconde classe. Ces derniers ont un avantage, ils augmentent leurs revenus par le produit quelquefois sérieux d'une clientèle personnelle. Beau moyen d'avoir de bons fonctionnaires! Faire entrer en lutte l'intérêt public et l'intérêt privé c'est s'exposer, comme l'a fait remarquer M. Witlacil, à la défaite presque infaillible du premier. Ces considérations sont justes, les anomalies sautent aux yeux; on les déplore, on ne fait que cela. Le docteur Roar, député, qui assistait à la séance de la Société d'hygiène dans laquelle la question fut posée, a donné la raison réelle de cette inertie. Les améliorations réclamées seraient avantageuses pour tout le monde, pour les médecins, dont la situation serait plus digne et mieux assurée, pour l'administration, qui pourrait compter davantage sur leur zèle, pour le public, dont la santé serait plus sûrement protégée, mais on ne peut les mettre en vigueur qu'avec des dépenses assez fortes; et ni le gouvernement, ni les Chambres, ne veulent donner un florin. C'est l'écueil contre lequel viennent échouer dans tous les pays quantité de mesures utiles que l'opinion publique n'impose pas.

La ville de Vienne possède aujourd'hui un établissement

que l'imprégnation de l'économie par les principes nocifs sera plus accusée, on verra se produire des lésions organiques analogues à celles qui caractérisent les processus infectieux. Aussi trouve-t-on chez les animaux surmenés, non seulement des altérations musculaires et articulaires, mais encore une dégénérescence du myocarde, des thromboses, des suffusions hémorrhagiques, une décomposition des organes qui décèlent une intoxication profonde de l'économie.

II

Les développements où nous venons d'entrer font comprendre qu'au point de vue clinique le surmenage puisse revêtir des aspects très divers. Malheureusement aucun auteur, que je sache, n'a fait une description d'ensemble de ces manifestations morbides.

Si on laisse de côté sa forme la plus légère, la courbature, sa forme foudroyante par sidération du système nerveux, et enfin ces phénomènes aigus du cœur qui, sous le nom de cœur forcé, ont donné lieu à tant de controverses, le surmenage se présente sous deux modalités qui, pour entrer souvent en combinaison, n'en peuvent pas moins être distinguées. Dans l'une, *type rhumatoïde*, ce sont les phénomènes du côté des articulations et subsidiairement tous ceux qu'on rapporte d'habitude à l'arthritisme qui dominent la scène morbide, laissant au second plan les symptômes généraux; dans l'autre au contraire, *type typhoïde*, la note d'infection est plus ou moins accusée, pour donner lieu à des syndromes qui vont du simple embarras gastrique à l'état typhoïde le mieux dessiné, pendant que les troubles du côté de l'appareil locomoteur sont nuls ou peu prononcés.

C'est à coup sûr le type rhumatoïde qu'on rencontre le plus fréquemment; comme nous le disions déjà dans ce journal (1885, p. 172), c'est au surmènement qu'il faut attribuer un grand nombre de faits étiquetés rhumatisme subaigu. « Le rôle du surmenage ne se borne pas seulement, comme dans les cas qui ont fourni à Mathieu le sujet d'un excellent travail (*Arch. génér. de méd.*, juillet 1884), à réveiller la diathèse rhumatismale; il peut, à lui seul, en dehors de toute influence diathésique produire un syndrome morbide qui, à un examen superficiel, ressemble aux formes atténuées du rhumatisme, mais en diffère par la prédominance des manifestations saburrales, l'extrême rareté des complications viscérales et l'inefficacité des préparations salicylées. »

Telle est du reste aussi l'opinion de M. Besnier, qui, dans son remarquable article Rhumatisme du *Dictionnaire encyclopédique*, expose qu'on confond souvent avec le rhumatisme subaigu certaines formes d'irritation spinale succédant à des excès fonctionnels.

Dans le même ordre d'idées, on peut également signaler une intéressante leçon d'Albert Robin (*Leçon de clinique et de thérapeutique médicales*, 1887, p. 33), consacré au *pseudo-rhumatisme de surmenage*. Albert Robin montre que celui-ci reconnaît comme conditions productrices d'une part une viciation des échanges généraux, d'autre part une altération locale de la nutrition articulaire créant un lieu de moindre résistance dans les articles surmenés.

L'analyse séméiologique vient, de son côté, justifier la différenciation de cette forme clinique. Douleurs peu intenses au niveau des articulations, mais sensibilité plus ou moins vive des masses musculaires, endolorissement de tous les membres, dépression des forces, état saburral accusé, enduit blanchâtre et parfois sécheresse de la langue, pouls faible et rapide, urines troubles et parfois légèrement albumineuses, tels sont les caractères du pseudo-rhumatisme de surmenage. Qui ne reconnaît à ce tableau un complexus clinique qu'on a décrit sous le nom de pseudo-rhumatisme infectieux? Tout porte à croire en effet, selon nous, que bien des faits, auxquels on a donné cette désignation si vague, relèvent en réalité du surmenage.

Ajoutons que le repos amène une atténuation rapide des phénomènes douloureux avec persistance, pendant plusieurs jours parfois, de troubles digestifs et d'un certain abattement.

Le processus peut-il atteindre le poumon ou le cœur? Pour mon compte, je n'ai point observé de faits de ce genre; cependant, dans l'observation qui a servi de base à la leçon de Robin, le cœur parut légèrement touché. Par contre on rencontre souvent dans ce pseudo-rhumatisme des manifestations cutanées, notamment l'érythème noueux et le purpura.. Comme nous le disions dans l'article précédemment cité, l'érythème polymorphe peut provenir aussi bien de l'auto-intoxication produite par le surmenage que d'une infection.

Ces analogies cliniques entre l'arthritisme et le surmenage n'ont rien qui doive surprendre si l'on songe que ces deux états morbides tirent leur origine, l'un comme l'autre, d'une viciation des échanges nutritifs. Nous admettrions même volontiers qu'au surmenage incombe une série d'acci-

---

analogue à celui de Berck-sur-Mer. L'hospice Marie-Thérèse, ouvert récemment à San-Pelagio, près de Roveigno sur l'Adriatique, pourra recevoir cent enfants scrofuleux ou rachitiques; il est situé à dix-sept heures de chemin de fer de la capitale dans une position avantageuse; la partie du littoral qu'il occupe, jouit toute l'année d'un climat doux et remarquablement égal, puisqu'elle est protégée contre les vents froids du nord-est et de l'est par de hautes montagnes.

Dans le cours du dernier semestre la Faculté de médecine de l'Université de Vienne a compté 2287 étudiants ordinaires et 836 auditeurs libres. Ces étudiants se répartissent de la manière suivante d'après leur pays : 305 étaient originaires de la Basse-Autriche, 549 de la Hongrie, 322 de la Galicie, 248 de la Bohême; il n'y a pas eu d'étudiants de Styrie, tous les jeunes gens de cette région sont restés dans les écoles locales. Les chiffres que nous venons de donner sont sensiblement inférieurs à ceux de la période correspondante de l'année précédente.

Cette diminution de la population scolaire a provoqué une certaine émotion; à la Chambre des députés M. Zeithammer a adressé une interpellation au ministre de l'instruction publique M. Gautsch; celui-ci a répondu qu'il n'y avait nullement lieu de regretter un pareil fait : les améliorations des Facultés provinciales, de celles d'Innsbrück et de Gratz en particulier, la fondation d'Instituts médico-pratiques, ont appelé près d'elles beaucoup d'étudiants qui seraient venus à Vienne; cette tendance à la décentralisation ne peut qu'être favorable à la prospérité de l'enseignement et aux progrès des élèves.

Le docteur Kirchenberger a publié dans un journal spécial de médecine militaire (*Der militärarzt*, supplément à la *Wiener med. Wochenschr.*) des extraits des mémoires du prince Eugène de Savoie, intéressants au point de vue de l'organisation du service de santé dans

dents morbides, éruptions, acné, épistaxis répétées qu'on observe souvent chez des individus fatigués, épuisés par des excès de tout genre, et où l'on veut trouver la signature de l'arthritisme. A scruter soigneusement les antécédents de chaque malade il en est bien peu dont le dossier reste vierge de tout épisode de ce genre. Aussi ne manque-t-il pas de praticiens qui voient la tare arthritique partout ou presque partout; ne serait-ce pas plutôt que le nombre est petit de ceux qui n'ont pas eu leur heure de surmènement? D'ailleurs, abstraction faite de la note infectieuse qui n'est prononcée que dans les formes aiguës, intenses, y a-t-il une grande différence entre la dyscrasie qui cause les manifestations réputées arthritiques et celles qu'engendrent les fatigues répétées?

III

Si pour la description du pseudo-rhumatisme de surmenage nous n'avons pu guère utiliser que nos souvenirs personnels, en ce qui concerne la forme typhoïde au contraire, nous possédons en dehors de l'opuscule de M. Révilliod, un document de grand intérêt : c'est la thèse récente de Rendon (Paris, 1888) sur les *Fièvres de surmenage*, écrite sous l'inspiration de son maître Peter.

Quelque variables que puissent paraître au premier abord les faits cliniques porteurs de cette étiquette, ils présentent un caractère commun : c'est la dépression des forces, l'adynamie allant souvent jusqu'à l'apparence typhoïde. L'autotyphisation, pour se servir de cette expression qui dépasse parfois la note juste, offre une intensité très variable. Aussi peut-on, avec Rendon, distinguer trois formes ou mieux trois degrés dans le processus : 1° état typhoïde sans fièvre; 2° état typhoïde avec fièvre mais sans lésions; 3° état typhoïde avec lésions passagères ou permanentes.

Prenons comme type de description la forme d'intensité moyenne, celle qui présente le plus de difficultés au point de vue du diagnostic et qui souvent a dû passer méconnue.

A la suite de fatigues, d'excès de tout genre, un individu ressent une lassitude générale : bientôt il est forcé de s'aliter. Son attitude indique un grand abattement: couché sur le dos, il se plaint d'un endolorissement de tous les membres, souvent d'une rachialgie intense, toujours d'une fatigue extrême; parfois il y a de la somnolence et une torpeur qui va jusqu'à l'hébétude.

L'appareil digestif est atteint; la langue est blanche, saburrale, l'haleine fétide, l'anorexie absolue. D'habitude il existe de la diarrhée avec selles fétides et gargouillement iléo-cæcal, rarement au contraire de la constipation.

La fièvre, quelquefois nulle, peut aussi être élevée, atteindre 39, 40 degrés; le pouls est rapide, dépressible.

D'après Rendon on pourrait observer de l'hypermégalie splénique, des taches purpuriques et des épistaxis ; en général, il n'y a pas de troubles appréciables du côté de l'appareil respiratoire.

On ne saurait se dissimuler que ce tableau présente une grande analogie avec celui de la dothiénentérie, surtout abortive, et des états morbides similaires, tels que la grippe abdominale, la granulie à forme typhoïde, et l'on conçoit que la véritable nature de la maladie puisse être méconnue, alors surtout que la contagion paraît évidente, comme lorsqu'un individu est frappé après avoir prodigué ses soins à l'un des siens atteint de fièvre typhoïde. C'est surtout la marche de la maladie qui doit guider le diagnostic; dans la fièvre de surmenage, en effet, le début est plus brusque, l'adynamie plus précoce, l'évolution plus rapide que dans les autres affections typhiques. En outre, pour ne parler que du diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde, l'absence de taches rosées, de phénomènes bronchitiques sont des signes négatifs précieux; enfin une détente habituellement rapide, accompagnée souvent d'une crise urinaire, vient lever tous les doutes.

Dans l'immense majorité des cas la guérison est rapide; très exceptionnels sont ceux où les phénomènes ataxo-adynamiques ne cèdent pas à quelques jours de repos et même vont en s'aggravant. C'est qu'alors le myocarde est touché : palpitations, souffle systolique, affaiblissement et éloignement des bruits du cœur, douleur précordiale, dyspnée, irrégularité du pouls, tels sont les caractères de cette myocardite qui, elle aussi, est susceptible de guérison. Comme complications plus rares, on a observé des myosites suppurées, des thromboses veineuses (Révilliod), la gangrène des extrémités (Le Fort), enfin des hémorrhagies multiples. Dans ces cas la terminaison est le plus souvent fatale.

Comme thérapeutique, voici la ligne de conduite que Rendon, à l'instigation de M. Peter, recommande. D'abord et par-dessus tout le repos absolu; puis les diurétiques, pour favoriser l'élimination des déchets organiques et précipiter la crise urinaire. Les toxiques ne sont indiqués qu'au moment où la défervescence, la diurèse avec débâcle

---

l'armée autrichienne à la fin du dix-septième et au commencement du dix-huitième siècle. Les troupes dirigées en 1697, en Hongrie, contre les Turcs, comprenaient, outre les forces impériales proprement dites, des contingents fournis par le Danemark et les électeurs de l'Empire. En les envoyant à leur suzerain les princes vassaux avaient eu soin d'établir dans des stipulations minutieuses, les mesures qu'on devrait prendre relativement aux services d'entretien et de santé. Celle de l'électeur de Brandebourg portait que « les médicaments nécessaires seraient envoyés de Vienne sur demande ou fournis par la pharmacie de campagne de Hongrie, sur production d'un état visé par un médecin militaire impérial ou autre. L'évacuation des malades devra se faire par bateau des localités où se trouvera l'armée jusqu'aux hôpitaux de campagne, les mariniers seront payés par le commissariat dont seront pourvues les troupes électorales. Les malades seront traités, autant que possible, dans des localité rapprochées du Danube et ils toucheront comme les troupes impériales des vivres contre acquits réguliers. » Lorsque tout fut prêt, le commandement fut confié à l'électeur de Saxe Frédéric-Auguste, qui devint plus tard roi de Pologne ; il ne le conserva que peu de temps, et le prince Eugène servant d'abord sous ses ordres devint général en chef. Il disposait de trois médecins seulement : les docteurs Aichhorn, Houlin, Corsi et deux barbiers. Le 11 novembre 1692 a lieu la sanglante bataille de Zenta à la suite de laquelle les Turcs sont obligés de battre en retraite sur Temesvar. L'armée victorieuse avait tellement souffert qu'elle ne put enterrer immédiatement ses morts; des milliers de cadavres restèrent exposés à l'air, la Theiss en charria pendant plusieurs jours; une odeur tellement infecte se répandait aux environs que le prince dut abandonner, le 14 septembre, les positions si chèrement conquises et transporter son camp au nord entre Zenta et Kis-Kamisza. Quant à poursuivre l'ennemi, on n'y pouvait songer. Le

d'urée témoignent que l'économie est débarrassée des produits toxiques. Dans les cas graves on pourrait recourir aux inhalations d'oxygène et à l'essence de térébenthine, qui, d'après Keim, augmente les oxydations et active le jeu des émonctoires.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Phlegmon infectieux sus-hyoïdien. Contribution a l'étude des septicémies d'origine buccale, par M. le docteur Lejars, prosecteur à la Faculté.

Tout foyer traumatique ou phlegmoneux qui communique avec le tube digestif est mieux placé que tout autre pour donner prise aux accidents septiques. Cela est vrai surtout de la bouche. Depuis longtemps, on sait quelle gravité toute spéciale revêtent les fractures du maxillaire inférieur, où la muqueuse est largement déchirée. Sous le titre « d'Intoxication putride qui complique certaines fractures dites simples du maxillaire inférieur », M. le professeur Richet étudiait, en 1865, tout un complexus morbide, qu'on ne peut rapporter « ni à l'infection purulente proprement dite, ni à la fièvre typhoïde : c'est une sorte de septicémie et d'intoxication putride que j'appellerais volontiers aiguë, pour la différencier de ce qu'on appelait autrefois la fièvre hectique ». « Le danger résultait, ajoutait-il, de la déglutition des matériaux putrides. » Déjà, dans son traité de la suppuration, Chassaignac avait décrit cette « cachexie buccale purulente », et il en avait élargi le cadre, en y faisant rentrer certaines formes d'ostéo-périostites des maxillaires. « L'intoxication putride, à la suite des fractures des os maxillaires, aussi bien qu'à la suite des caries et des nécroses de ces os..., se présente à l'état aigu et à l'état subaigu, ou chronique. Non seulement cet empoisonnement putride s'observe dans les altérations chroniques des os maxillaires telles que la carie ou la nécrose, mais il peut résulter d'une inflammation aiguë, souvent d'origine traumatique, donnant lieu à des abcès sous-périostiques aigus ou même à une infiltration purulente ayant son point de départ dans une fracture de l'os maxillaire, fracture qui peut dépendre soit de ce que l'alvéole éclate sous l'action des instruments du dentiste, soit de ce que la fracture a été produite par toute autre cause agissant directement à travers la peau contre l'os maxillaire inférieur. » La pathogénie, il la concevait comme M. Richet; c'était « le pus mêlé à la salive, aux aliments avalés, qui était la cause de l'atteinte profonde portée à l'organisme ». En somme, il s'agissait d'un empoisonnement par les voies digestives. Avec les données actuelles, n'est-ce pas plutôt à l'infection directe qu'il faut tout attribuer, à l'épanchement, à la stagnation, à l'inoculation dans les espaces celluleux péri-maxillaires, des liquides buccaux, du virus buccal, si l'on peut ainsi dire. Et ce mot de virus buccal devient un terme propre, aujourd'hui que Vignal a découvert et isolé dans la bouche, à l'état de pleine santé, jusqu'à 19 espèces de micro-organismes. — Dès que la barrière muqueuse est rompue, l'envahissement microbien a libre cours, et la septicémie peut éclater, locale et générale. — L'observation qui suit en est un remarquable exemple.

Obs. — Noémi G..., couturière, est apportée le 14 septembre 1886, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Le Fort, suppléé par M. le docteur P. Segond.

C'est une jeune femme de vingt-six ans, de belle et vigoureuse apparence, et qui paraîtrait robuste encore, n'était l'aspect de son visage amaigri, très pâle, marbré de violet aux pommettes et au pourtour des yeux. Des croûtes sanguinolentes obstruent l'entrée des narines, et un peu de sang noir coule encore sur la lèvre supérieure; les mâchoires sont serrées par le trismus et s'écartent d'un centimètre à peine, pour laisser échapper une salive fétide, roussâtre, mêlée de blocs sanguins. La voix est sourde et presque inarticulée. Aussi est-il impossible d'obtenir des renseignements précis: tout ce qu'on peut apprendre, c'est qu'il y a huit jours (le 9 septembre) la malade était encore en pleine santé; que ce jour-là elle se fit enlever la dent de sagesse inférieure gauche; que dès le lendemain, la région maxillaire se tuméfiait, que ces jours derniers enfin se sont produits d'abondantes épistaxis et des crachements de sang.

Sur le côté gauche du cou, un énorme gonflement occupe toute la région sus-hyoïdienne, et fuse au delà de ses limites jusqu'au-dessus du maxillaire en haut, au delà de la ligne médiane, à droite, et en bas, jusqu'à la hauteur du cartilage thyroïde. Tendue et lisse, la peau est ecchymotique au centre, et d'un rouge foncé plus loin; à la main, ce n'est pas une fluctuation franche que l'on perçoit, mais une sensation de résistance, et en plusieurs points, une crépitation gazeuse très nette; le gonflement est sonore, par places, au choc d'un doigt.

Toute exploration buccale est impraticable; à peine peut-on apercevoir, en écartant la joue, la muqueuse gingivale largement ulcérée autour des dernières molaires inférieures.

La douleur semble peu intense; la déglutition est fort gênée; le décubitus dorsal entraîne vite la dyspnée. — Temp., 40 degrés; peau très chaude, sèche; nulle trace d'éruption; urines rares, foncées, sans albumine ni sucre. Rien de net à l'auscultation cardio-pulmonaire.

Il fallait avant tout ouvrir et désinfecter ce foyer sus-hyoïdien. M. Segond pratique sur la ligne médiane une ponction au bistouri : il sort des gaz fétides, du sang noir, du liquide roussâtre, quelques grumeaux de pus mal lié. On élargit l'ouverture par une incision verticale de 5 à 6 centimètres; on en fait une autre en arrière, au-dessous de l'angle du maxillaire; c'est toujours la même sanie noirâtre qui s'écoule, et le foyer se vide. Sous la

---

conseil de guerre auquel la question fut soumise se prononça à l'unanimité pour la négative. Entreprendre une expédition d'automne dans une contrée basse, stérile, marécageuse, incapable de nourrir une armée, c'était s'exposer à un échec, peut-être à la destruction. Malgré les précautions prises, il y eut en six semaines 1200 malades.

En 1701 éclate la guerre de la succession d'Espagne, l'Empereur attaque Louis XIV sur le Rhin et en Lombardie; le prince Eugène chargé de la direction des opérations en Italie avait sous ses ordres près de 40000 hommes répartis de la manière suivante : Impériaux : 79734 fantassins; 12648 cavaliers.

Contingent danois : 3994 fantassins, 352 cavaliers.

Le service de santé était assuré par deux médecins, deux chirurgiens et un pharmacien. Les médicaments comprenaient une petite pharmacie portée sur deux voitures de bagages. Cette organisation défectueuse fit sentir ses effets dans tout le cours de la campagne. Dans sa correspondance avec le Conseil central le prince Eugène revient à chaque instant sur l'insuffisance des médecins, de l'approvisionnement en médicaments; par surcroît de malheur, le directeur du service, Wagenhofer, se confine à l'hôpital, ne s'occupe point des troupes en marche, se montre en un mot au-dessous de sa tâche. Il supplie qu'on lui envoie Houlin qu'il a vu à l'œuvre pendant la guerre précédente. Le Conseil fait la sourde oreille, suppose que le général exagère, et au lieu de lui adresser ce qu'il réclame, on lui envoie un Commissaire muni de pleins pouvoirs pour vérifier l'exactitude de ses assertions. Pendant ce temps la malaria produit ses effets, les troupes campées aux environs de Mantoue sont éprouvées par elle. « Je suis obligé de répéter ce que j'ai déjà dit bien des fois, écrivait le prince. Les Danois peu habitués à ce climat en souffrent cruellement; de tous ceux que j'avais au début de la campagne, c'est à peine si je pourrais en mettre 1900 en ligne ; il me reste 140 dragons à peu près,

peau décollée, le doigt pénètre alors dans une large cavité, qu'on suit en haut jusque sur la face interne de la branche montante. On passe un drain d'une incision à l'autre, et l'on fait d'abondants lavages à la solution phéniquée forte.

Trois fois, dans le courant de la journée, ces lavages sont répétés. Lavages buccaux à l'acide borique.

La malade semble un peu soulagée, mais la gêne de la déglutition et la salivation fétide persistent ; vers le soir, des nausées surviennent à plusieurs reprises ; dans la nuit, le délire éclate, délire bruyant qui ne cède qu'au jour.

15 septembre. Il reste encore un peu d'excitation ce matin ; les yeux sont hagards ; les lèvres et la langue sont sèches ; la température est à 40 degrés. Il ne sort pas de pus par le drain, mais toujours le même liquide sanieux qui imbibe tout le pansement ; la surface des deux plaies d'incision est noirâtre, sèche, un peu encroûtée de sang. La dyspnée ne s'accuse pas davantage ; il y a quelques râles humides aux deux bases.

Le 16, le 17, la situation est la même ; le 18, on fait sortir du drain, en pressant sur la branche montante du maxillaire, une petite quantité de pus ; le lavage entraîne des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.

Cependant la fièvre s'était atténuée un peu (39 degrés, 38°,5); toujours livide, toujours agitée la nuit, la malade semblait pourtant un peu mieux ; le foyer gangreneux montrait quelque tendance à se déterger quand, le 21 septembre, survint un accident qui devait précipiter le cours du mal.

Le matin, à huit heures et demie, l'élève chargé du pansement s'aperçoit qu'un peu de sang coule en nappe par l'incision postérieure ; on installe aussitôt la compression avec la tarlatane mouillée et l'ouate. A midi, au moment où l'on faisait un lavage boriqué, un flot de sang rouge s'échappe soudain de la bouche ; très vite le pansement est traversé et rougit. On le coupe et l'enlève ; gros jet de sang artériel par la plaie postérieure. M. Segond plonge son pouce dans la bouche, au fond, et son index dans la plaie, et comprime ; le sang s'arrête. On prépare ce qu'il faut pour une ligature. M. Segond, tenant toujours son index gauche dans la plaie, fait une incision de trois travers de doigt le long du bord inférieur du maxillaire ; sous la peau, le bistouri traverse une masse grisâtre, pulpeuse et fétide ; en arrière, on voit à nu, encerclé de bourgeons fongueux, l'angle du maxillaire, largement nécrosé. On dissèque encore : du sang jaillit en arrière, on met une pince, on cesse lentement de comprimer ; l'hémostase est faite. Il ne reste plus qu'à lier le vaisseau pincé, que l'on reconnaît nettement pour l'artère faciale, à peu de distance de son passage au-devant du masséter, son bout supérieur est seul pris ; on ne retrouve pas l'inférieur. Lavages phéniqués ; la plaie est bourrée avec la gaze iodoformée et un pansement compressif appliqué par-dessus.

Il n'y a pas eu de syncope ; mais la malade est très affaissée, le pouls très petit.

Dans la journée, l'hémorrhagie ne se reproduit pas ; la fièvre et le subdelirium continuent.

On laisse deux jours la compression en place, et le 23, on défaisait pour la première fois le pansement ; la plaie, presque sèche, s'était couverte d'un enduit grisâtre et sanieux, moins fétide pourtant.

La fièvre prit, dès lors, des allures fort irrégulières. Il n'y avait pas de frissons, pas d'éruption, pas de douleurs articulaires. La dyspnée s'était accentuée ; à l'auscultation on distinguait mal, par suite du gargouillement buccal, des râles humides en bouffées diffuses des deux côtés. Rien au cœur. Albumine en petite quantité dans les urines.

Le 28 au soir, la température était à 41°,6, pour tomber à 37°,6 le lendemain et remonter le soir même. Le délire était presque continuel.

Enfin, le 30, la malade tombait dans le coma, les pupilles étaient largement dilatées, la face rouge et bouffie, la respiration stertoreuse. Dans la nuit elle mourait.

Autopsie, trente-six heures après la mort.

On découvre largement la région sus-hyoïdienne par une incision longeant le maxillaire inférieur. En arrière, on trouve une cavité anfractueuse, tapissée d'une membrane grisâtre et putride, du fond de laquelle émerge à nu l'angle du maxillaire, et qui se prolonge en avant jusqu'à la partie moyenne seulement de la région sous-maxillaire ; plus en avant, la peau est presque totalement recollée, et les lèvres de l'incision antérieure sont déjà en voie d'agglutination. En bas, le foyer gangreneux ne descend pas au-dessous de la grande corne hyoïdienne, mais par en haut il entoure la branche horizontale du maxillaire en se prolongeant sur ses deux faces, sur la branche montante, jusqu'au milieu de sa hauteur, où le masséter, noirâtre et pulpeux, est infiltré de pus, en dedans, jusqu'au plancher de la bouche. C'est là, près des dernières molaires, que la muqueuse, déchirée et ulcérée, crée une large communication entre la cavité buccale et le foyer sus-hyoïdien ; là aussi, l'arcade alvéolaire est dénudée, érodée et détruite en partie ; la dernière molaire manque ; la nécrose s'étend à l'angle du maxillaire, au tiers postérieur de sa branche horizontale et aux deux tiers inférieurs de sa branche montante ; sur toute cette surface, le périoste est décollé, l'os est sonore, grisâtre, strié et comme vermoulu.

Dans sa portion cervicale, le foyer est entièrement sous-cutané ; la glande sous-maxillaire forme la paroi profonde de la loge, mais elle est intacte et saine dans toute son épaisseur ; au-dessus on trouve rangés le long de la branche du maxillaire quatre ou cinq ganglions aussi intacts.

On retrouve le vaisseau qui avait été lié lors de l'hémorrhagie ; la dissection permet de constater qu'il s'agit bien de l'artère faciale, la ligature porte sur son bout supérieur, un peu au-dessous du point où elle croise le maxillaire ; on ne trouve pas l'autre bout. La veine jugulaire externe est intacte sous la peau.

Nulle part on ne trouve d'autre vestige de suppuration ; il n'y a pas de liquide dans les articulations ; il n'y a pas de noyaux métastatiques dans les viscères.

Les poumons sont le siège, à leurs bases, de lésions diffuses de broncho-pneumonie ; ils ont, surtout le droit, une coloration d'un violet foncé, et sont parsemés d'élevures arrondies, saillantes à leur surface ; sur ces bosselures, la coupe laisse écouler une grande quantité de sang spumeux et montre des orifices bronchiques sectionnés en travers et pleins de pus.

Le péricarde et les orifices du cœur sont sains, mais le muscle cardiaque est mince, flasque et jaunâtre par places.

La rate est énorme, elle pèse 560 grammes ; elle est d'un

---

parmi eux, 100 au plus sont propres au service actif. » Découragé des difficultés et de l'inertie qu'il rencontrait, Eugène de Savoie résigna son commandement et entra au Conseil, espérant qu'il pourrait y rendre plus de services qu'à la tête de l'armée.

Son successeur, le comte de Stahrenberg, se plaignit en termes également amers de l'état des subsistances et du service de santé : « Partout, dit-il, la misère et le dénuement absolus ! Nous sommes sans argent, sans vivres, nous manquons de tout ; beaucoup de soldats n'ont ni bas ni souliers, la moitié d'entre eux à peine sont capables de faire un service sérieux. Les malades et les blessés sont entassés dans de misérables cabanes. En maint endroit elles n'ont même plus de toiture ; les régiments n'ont ni tente ni baraques. Plus de 500 hommes sont contrefaits, malades, paralysés des bras ou des jambes ; les autres attendent toujours leur solde. » Ce tableau singulièrement sombre, montre avec quelles souffrances devait compter une armée même victorieuse. Il est probable que ces vices d'organisation n'étaient point propres à l'Autriche et qu'on les rencontrait un peu partout à cette époque.

Dr L. THOMAS.

MORTALITÉ A PARIS (26e semaine, du 24 au 30 juin 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 1. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 24. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs : cancéreuses, 49 ; autres, 6. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 40. — Paralysie, 1. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 45. — Bronchite aiguë, 9. — Bronchite chronique, 28. — Broncho-pneumonie, 15. — Pneumonie, 41. — Gastro-entérite : sein, 12 ; biberon, 41 ; autres, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 9. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 22. — Suicides, 9. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 176. — Causes inconnues, 10. — Total : 841.

rouge foncé, molle sans être diffluente, et ne contient nulle trace d'infarctus. Le foie, de volume normal, est légèrement graisseux. Les reins ne présentent à signaler, à l'œil nu, qu'une teinte spéciale, pâle et comme lavée, de leur substance corticale, qui, un peu épaissie, donne un peu l'aspect de la néphrite épithéliale au début.

Rien dans les centres nerveux ni dans les autres viscères.

Phlegmon gangreneux, nécrose étendue et rapide du maxillaire, ulcération de l'artère faciale, courbe thermique élevée et irrégulière, épistaxis, spléno-mégalie énorme; il y avait là tous les traits d'un processus infectieux. Le point d'inoculation, c'était la déchirure de la muqueuse au niveau de la dent extraite ; c'était par là que la sanie buccale s'infiltrait aisément dans le foyer sous-maxillaire. Survenant dès le début, le trismus avait été cause aggravante par la stagnation qu'il avait forcément déterminée; et certainement aussi, il restait aussi une part à faire aux conditions de terrain, qui avaient permis d'aussi terribles désordres, à la suite d'un traumatisme en somme assez minime. L'imminence de tels dangers n'en demeure pas moins démontrée, et aussi l'urgence de la plus rigoureuse antisepsie dans toute plaie ou toute cavité d'abcès ouverte sur le plancher buccal.

Clinique médicale

NOTE SUR UN CAS DE FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC NÉCROSE SYMÉTRIQUE DES DEUX CARTILAGES ARYTÉNOÏDES ET ABCÈS DU POUMON, par M. I. BRUHL, interne des hôpitaux.

L'histoire des infections secondaires au cours des processus d'origine parasitaire, de la fièvre typhoïde en particulier, constitue un des problèmes les plus complexes qui se posent aujourd'hui. C'est à ce titre surtout qu'est intéressante l'observation suivante recueillie dans le service de notre excellent maître M. Dreyfus-Brisac.

OBS. — Le 21 décembre 1887, entrait à l'hôpital Tenon, salle Bichat, n° 6, le nommé A..., âgé de vingt-trois ans, qui présentait tous les signes d'une fièvre typhoïde au huitième jour, à type adynamique, de moyenne intensité. Au bout de quelques jours, le malade accusa de la gêne respiratoire avec douleur au niveau du larynx et raucité de la voix; peu à peu la dyspnée s'accentua, bien que les phénomènes pulmonaires fussent très peu prononcés et dans les derniers jours de décembre le malade rendit un fragment de cartilage nécrosé que l'on reconnut être un des aryténoïdes.

Le 2 janvier, l'asphyxie étant imminente, on se décida à la trachéotomie, qui fut pratiquée par M. le docteur Blum. L'opération fut faite rapidement sans perte de sang; une détente très accusée se produisit alors, tous les phénomènes typhoïdiques s'amendèrent et lorsque le 12 janvier la température fut revenue à 37 degrés, on put croire que le malade entrait en convalescence; mais dès le surlendemain la fièvre reprit et s'éleva progressivement et il se produisit une rechute plus grave que la première atteinte avec phénomènes adynamiques et suppurations dans divers points du corps. Les symptômes pulmonaires étaient toujours peu prononcés, la respiration assez facile et la plaie trachéale semblait se cicatriser peu à peu. Cette rechute dura jusqu'au 30 janvier; ce jour-là, la température était devenue normale et le malade commença à s'alimenter.

Mais dès les premiers jours de février se déclara une toux quinteuse avec expectoration franchement purulente, à odeur fade, parfois fétide, mais moins fétide que celle de l'air expiré.

En même temps, on notait dans les trois quarts inférieurs de la poitrine du côté gauche, en arrière, une ampliation assez prononcée avec matité presque absolue. A ce niveau, la respiration offrait un timbre plus rude que du côté opposé, un peu soufflant même; l'auscultation était rendue d'ailleurs très difficile par le bruit de l'air passant à travers la canule. Plusieurs tentatives de ponction exploratrice étant restées sans résultat, on conclut à l'existence d'une altération du poumon : abcès ou gangrène.

L'état général, malgré des élévations thermiques irrégulières ne dépassant guère 38 degrés, restait relativement satisfaisant et la plaie trachéale paraissait en bonne voie; vers le 15 février on commença à déshabituer le malade de sa canule; on put même la supprimer à la fin du mois bien qu'il restât une petite fistule; la voix était revenue dans une certaine mesure, rauque, mais intelligible. Les phénomènes stéthoscopiques n'avaient pas sensiblement varié.

Dans les premiers jours de mars la fièvre avait entièrement disparu; quoique le malade fût toujours faible, un peu dyspnéique et qu'il s'alimentât mal, on pouvait espérer un dénouement favorable, lorque dans la nuit du 4 au 5 mars survint un accès de suffocation qui amena la mort du malade en quelques instants.

Autopsie (6 mars). — Les lésions typhoïdiques de l'intestin sont à peu près réparées. En dehors de l'appareil respiratoire, aucune altération viscérale digne d'être notée ; pas de pus dans les séreuses ni dans les articulations.

Larynx. En ouvrant le larynx par sa partie postérieure et en sectionnant le muscle ary-aryténoïdien, on aperçoit de chaque côté, à l'endroit occupé par les cartilages aryténoïdes, une cavité remplie de pus. Avec une pince on va à la recherche des cartilages aryténoïdes. D'un côté, on ne retrouve que quelques débris informes de cartilage nécrosé. De l'autre on retrouve un cartilage aryténoïde encore reconnaissable à sa forme, dépourvu totalement de périchondre, presque libre dans la cavité purulente, qui l'entourait de toutes parts, et facile à en extraire. D'une couleur grisâtre, il était très léger et extrêmement friable. D'ailleurs d'autres débris plus petits de cartilage ont été rencontrés à côté du fragment principal.

L'intérieur du larynx se trouvait donc considérablement modifié dans son aspect : effacement des cordes vocales dans leur partie postérieure, diminution notable des ventricules.

Intégrité des autres cartilages ainsi que de l'épiglotte. Pas trace d'infiltration ni séreuse, ni purulente du côté des replis aryténo-épiglottiques.

Trachée. On retrouve l'ouverture qu'on avait pratiquée pour la trachéotomie, sans trace de cicatrisation. Cette absence de cicatrisation explique sans doute la réapparition de la fistule cutanée.

Poumons. A l'ouverture de la cage thoracique, pas de liquide dans les plèvres : quelques adhérences éparses seulement.

Les grosses bronches sont encombrées de mucosités; la muqueuse bronchique est fortement congestionnée. Pas trace de tubercules appréciables à la palpation des poumons.

Le *poumon droit* présente à la coupe tous les caractères d'une congestion vulgaire.

Le *poumon gauche* était dans son lobe inférieur le siège d'une congestion extrême; le parenchyme pulmonaire était friable et le doigt s'y frayait aisément un passage.

Quant au lobe supérieur, il se présentait au premier abord sous l'aspect d'un bloc pneumonique; à la coupe effectivement, on constate une véritable hépatisation grise; le poumon très dense plongeait au fond d'un vase rempli d'eau. Mais cette hépatisation n'était pas uniforme; elle était surtout prononcée dans la partie inférieure de ce lobe. En pratiquant une série de coupes à ce niveau, on trouva trois cavités voisines les unes des autres; deux présentaient les dimensions d'une grosse noix; la troisième était un peu moins volumineuse. Ces excavations étaient remplies d'un pus vert phlegmoneux. La paroi, à l'œil nu, paraissait épaisse, formant une véritable coque à cette poche purulente, lisse, nullement tomenteuse. Autour de chacune de ces cavités on voyait du tissu pulmonaire induré, d'une coloration foncée, sans doute sclérosé.

Nulle part, on n'a pu déceler à l'œil nu le moindre tubercule.

L'examen histologique et microbiologique du poumon a été fait par notre ami M. le docteur Dubief dont on connaît la compétence en pareille matière. Voici, en résumé, ce qu'il a bien voulu nous communiquer à ce sujet.

Les cavernes sont de véritables collections purulentes, entourées d'une épaisse coque, formée de tissu conjonctif, riche en noyaux et en néo-vaisseaux. Absence de membrane pyogénique.

Le parenchyme pulmonaire, sans offrir les lésions d'une broncho-pneumonie, était infiltré partout d'une quantité énorme de globules blancs; cette infiltration semble se faire surtout autour des bronches, et avoir pour point de départ la muqueuse bronchique.

L'examen microbiologique a permis de reconnaître différents

microbes de la suppuration, appartenant au genre staphylococcus; comme on pouvait s'y attendre, il a été impossible d'y trouver le bacille typhique ni d'ailleurs celui de Koch.

En résumé, voici quelle a été la succession des phénomènes pathologiques; dans le second septénaire d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne se produisent des accidents laryngés à marche aiguë qui nécessitent bientôt la trachéotomie, puis il survient une rechute grave après laquelle seulement apparaissent les phénomènes pulmonaires; ceux-ci évoluent à bas bruit, sans grande réaction, et la mort ayant été amenée par un accès de suffocation inattendu, on trouve à l'autopsie, d'une part, un vaste foyer de gangrène laryngée et d'autre part des abcès du poumon.

Deux points surtout sont à relever au point de vue clinique: c'est d'un côté, l'apparition précoce et la marche très rapide du laryngo-typhus; c'est, de l'autre, l'évolution pour ainsi dire silencieuse au point de vue des phénomènes généraux d'une aussi grave lésion pulmonaire. N'était l'odeur des crachats et de l'haleine, on n'aurait pu soupçonner l'existence d'un processus destructeur du poumon.

Enfin se pose une question intéressante de pathogénie: comment faut-il interpréter la production de ces abcès pulmonaires? Faut-il les attribuer à l'action du bacille typhique? Cette interprétation nous paraît peu plausible, étant donné que les phénomènes pulmonaires au cours de la la fièvre typhoïde avaient été très peu accentués et que les premières manifestations de cet ordre n'avaient apparu qu'après la rechute. De même on ne pourrait songer à une infection purulente, le malade n'ayant eu aucun symptôme de pyoémie et n'ayant pas présenté la courbe thermique propre à cette affection; d'ailleurs à l'autopsie on n'a trouvé de pus dans aucun organe autre que le poumon et dans aucune séreuse.

Ce qui semble le plus rationnel, c'est d'attribuer les abcès du poumon à une infection parasitaire d'origine laryngée. Les microbes de la suppuration venus du larynx profondément altéré ont pu s'introduire dans le poumon en suivant les canaux aériens. Ils ont trouvé dans cet organe qui venait de subir l'infection typhique un terrain favorable à leur pullulation, d'où la formation de ces abcès. S'il ne s'est pas produit d'autre foyer de suppuration, cela est dû vraisemblablement à la formation de la coque fibreuse qui entourait l'abcès pulmonaire et qui a dû opposer une barrière à la marche envahissante des microbes pyogènes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 2 JUILLET 1888.

Contribution a l'étude des moyens proposés pour l'assainissement des villes. Note de MM. *P. Chastaing* et *E. Barillot*. — Plus que jamais les pouvoirs publics s'occupant d'assurer l'hygiène des villes, MM. Chastaing et Barillot se sont livrés, à Bruxelles, à l'analyse comparative des eaux du tout à l'égout, prises les unes à la sortie des collecteurs, les autres purifiées, à l'effet d'en déterminer 1° la composition, 2° les modifications apportées à cette composition par un traitement chimique destiné à les purifier.

Les résultats qu'ils ont obtenus leur permettent d'établir que: 1° l'épuration des eaux d'égout par la méthode chimique a une efficacité véritable; 2° elle peut être appliquée sans interruptions et sans émanations insalubres; 3° l'utilisation en agriculture de l'azote, de la potasse et de l'acide phosphorique contenus dans les eaux d'égouts traitées par cette méthode, sera facilement réalisable.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Sur la durée de la vie; les centenaires en France. Note de M. *Levasseur*. — Les centenaires sont rares, plus rares même que l'opinion populaire le ferait supposer, car les vieillards ont parfois la vanité de se vieillir comme les jeunes femmes ont celle de se rajeunir.

En 1871, le recensement de la population de la Bavière portait 37 centenaires. Après vérification faite sur les registres de l'état civil, il se trouva qu'il n'y avait qu'une femme qui avait passé cent ans.

Au Canada, sur 82 personnes qui passaient pour être mortes centenaires, l'administration, curieuse de chercher la vérité, trouva que 9 seulement étaient mortes à plus de cent ans.

Récemment le ministre du commerce et de l'industrie a fait procéder par le bureau de la statistique générale de France à une enquête du même genre à propos du recensement de 1886. Les états départementaux envoyés au ministère portaient au total 184 centenaires. Les préfets reçurent l'ordre de faire faire, et dans leurs bureaux et par le soin des maires, des recherches en vue de s'assurer si les personnes inscrites comme centenaires l'avaient été légitimement. Il s'est trouvé que 101 l'avaient été indûment, soit qu'ayant déjà un grand âge, elles passassent pour centenaires sans l'être réellement, soit qu'elles eussent fait sciemment une fausse déclaration, étant loin de la centaine, soit que les recenseurs eussent commis une erreur d'inscription ou d'addition.

Sur les 83 personnes admises comme centenaires, 67 l'ont été sur la déclaration de leurs proches sans qu'on ait pu fournir de pièces authentiques à l'appui. Le ministère n'a reçu de pièces justificatives que pour 16 centenaires. Parmi eux était un vieillard, né en Espagne, baptisé en 1770, ayant par conséquent plus de cent seize ans en mai 1886: il vivait encore au commencement de juin 1888.

Parmi les centenaires les femmes sont en majorité (52 femmes et 31 hommes); les veufs et surtout les veuves dominent. C'est dans le sud-ouest de la France et principalement au pied des Pyrénées qu'on rencontre le plus de centenaires. Les décès de centenaires relevés annuellement sur les registres d'état civil correspondent à peu près avec le recensement. M. Levasseur pense que défalcation faite des exagérations, il doit y avoir au moins une cinquantaine de centenaires en Fance; d'où en calculant sur les naissances de 1771 à 1779, la génération qui a traversé le dix-neuvième siècle aurait eu 1 chance sur 18000 d'arriver à l'âge de cent ans.

La surdité paradoxale et son opération. Note de M. *Boucheron*. — Dans la *surdité paradoxale* ou *paracousie de Willis*, le patient est sourd pour la parole dans une chambre isolée, dans le silence; et cependant *il entend la même parole dans le bruit*, en voiture, en chemin de fer, dans la rue, et en général dans les milieux où s'entrecoupent pendant un temps assez prolongé des ondes sonores multiples.

M. Boucheron résume ainsi ses recherches sur la *pathogénie* et le *traitement opératoire* de cette singulière surdité, déjà signalée autrefois par Willis.

La *surdité paradoxale*, qui est grave, progressive et quelquefois héréditaire, est une *surdité par compression du labyrinthe*, une des forme de l'otopiésis, de οὖς, ὠτός, oreille; πίεσις, compression, et *une demi-surdité pour les harmoniques de la parole*.

En effet, si l'on procède à la *décompression du labyrinthe*, par l'*opération de la mobilisation de l'étrier*, décrite récemment par M. Boucheron (Acad. des sciences, 23 avr. 1888), le patient recommence à entendre dans les milieux silencieux autant que dans les milieux bruyants.

Les moyens ordinaires et moins puissants de décompression labyrinthique (insufflations d'air dans la caisse tympanique, etc.) sont, au contraire, inefficaces, et même parfois ils augmentent la compression et la surdité, car tout est paradoxal dans cette affection, parce qu'ils sont *impuissants pour mobiliser l'étrier*, déjà fixé dans la *position de compression*.

Sur cinquante-deux opérations de mobilisation de l'étrier, pour les différentes formes de surdité par otopiésis, M. Boucheron a pratiqué neuf fois l'opération pour la *surdité paradoxale*, avec de bons résultats dans les neuf cas, ce qui était à prévoir théoriquement.

Comme le patient entend les *harmoniques de la parole* dans une circonstance particulière (milieux bruyants), c'est que les éléments anatomiques qui servent à la perception de ces harmoniques existent encore, ils sont seulement comprimés, gênés dans leur fonctionnement, au début du moins. Mais aussitôt qu'ils sont décomprimés, ils recommencent à fonctionner, et le malade réentend la parole dans les milieux silencieux comme il l'entendait dans les milieux bruyants.

Le *point de départ de cette surdité* se trouve être, dans la majorité des cas, le *catarrhe naso* ou *pharyngo-tubaire*, soit infectieux, soit arthritique, *a frigore*, syphilitique, etc., avec l'obstruction intermittente des trompes, le *vide* de la caisse tympanique par résorption de l'air y contenu, la compression de la membrane tympanique par l'atmosphère sans contrepoids, *compression transmise* par les osselets et l'étrier, au liquide labyrinthique et aux nerfs acoustiques, d'où la destruction progressive des nerfs. *Aussi la décompression ne ramène l'audition qu'en proportion de ce qui reste du nerf acoustique lors de l'opération.*

Les moyens simples de décompression labyrinthique (insufflations d'air, etc.) sont presque toujours sans résultat (cette surdité est restée presque toujours incurable) parce que le malade est trompé au début par sa demi-audition (dans le bruit) et ne se convainc que tardivement de la diminution réelle et progressive de l'ouïe. Lorsqu'une intervention est réclamée, l'étrier est, en général, déjà fixé assez solidement dans la fenêtre ovale, pour ne plus être mobilisable que par l'opération.

Quant à la *nature de cette surdité*, elle se trouve précisée par des remarques antérieures sur les *surdités dissociées*. L'auteur a montré (Acad. des sciences, 26 mars 1888) que certains malades ont une *surdité dissociée*, portant, pour les uns, seulement sur les sons fondamentaux, pour d'autres, *sur les harmoniques de la parole* surtout, et pour d'autres sur tous les sons. — Dans la surdité paradoxale, la parole est entendue dans le bruit : c'est donc une *demi-surdité* pour les *harmoniques de la parole* dans les milieux silencieux.

Ces surdités par compression sont justiciables, à une certaine période, de l'*opération de la mobilisation de l'étrier* qui, avec des résultats en rapport avec l'état du nerf acoustique, n'a encore produit aucun accident sérieux sur cinquante-deux cas.

ÉLECTION D'UN VICE-PRÉSIDENT. — L'Académie procède à l'élection d'un vice-président en remplacement de M. Hervé-Mangon, décédé. Sur 44 votants, M. *Des Cloizeaux* a été élu par 40 voix, contre 3 à M. de Lacaze-Duthiers. Il y a eu un bulletin blanc.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD

M. le docteur *Eude*, médecin-major de première classe, envoie un mémoire manuscrit sur *la rougeole et les oreillons* dans le 90e régiment d'infanterie à Châteauroux pendant l'hiver de 1887-1888.

M. *Brouardel* présente un mémoire manuscrit de M. le docteur *Sicard*, médecin des hôpitaux de Béziers, sur une *épidémie de fièvre typhoïde* à Saint-Chinion (Hérault) en 1887-1888.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose : 1° une note manuscrite de M *Rifat* (de Salonique) sur *le traitement de la paramétrite puerpérale par le raclage de l'utérus;* 2° un *insecte* qui, administré à l'état de poudre, guérirait la rage, à Erzeroum.

M. *Léon Labbé* offre un *Traité des fibromes de la paroi abdominale* qu'il vient de publier en collaboration avec M. *Rémy*.

M. *Guéniot* présente une *Observation d'opération césarienne, suivie de succès*, adressée par M. le docteur *Delassus* (de Lille).

SACCHARINE. — Pour M. *Constantin Paul*, la saccharine ne doit pas être considérée comme un aliment, mais seulement comme un médicament. Sous ce rapport, elle jouit de propriétés antiseptiques spéciales, utilisables pour le traitement antiseptique des maladies de la bouche, de l'estomac et peut-être des voies urinaires. Ce médicament en effet n'est ni toxique, ni caustique, ni odorant; il est incolore et présente une saveur agréable, impossible souvent à distinguer du sucre de canne ou de betterave; son pouvoir antiseptique est considérable. Il résulte des recherches auxquelles s'est livré M. Constantin Paul avec l'aide de M. *Marfan*, que la saccharine à 1/200 est susceptible d'empêcher la fermentation ammoniacale de l'urine, de même que le développement du *Bacterium termo*, du *Staphylococcus pyogenes aureus;* par contre, elle retarde et entrave, mais n'empêche pas le développement du *Streptococcus* de la fièvre puerpérale et elle est sans aucune action sur le bacille de la fièvre typhoïde.

Quant à sa toxicité, plusieurs observateurs ont montré non seulement qu'elle était nulle, mais qu'aux doses habituelles qui ne dépassent pas 0gr,20, on ne constate aucun trouble de la nutrition; l'urée, l'acide phosphorique, les sels n'éprouvent pas de changement dans leur quantité. Les troubles de la digestion qu'on lui attribue sont, d'ailleurs, limités et ne se produisent pas chez tous les diabétiques qui en ingèrent; des expériences faites par M. *Kügler*, sous la direction de M. Constantin Paul, montrent qu'additionnée dans la proportion de 2 pour 1000, cette substance entrave d'une façon très appréciable l'action de la pepsine sur la fibrine de porc et sur le blanc d'œuf et l'action de la diastase sur l'amidon, sans les arrêter tout à fait.

PLATRAGE DES VINS. — M. *Marty* donne lecture d'un rapport complémentaire de celui qu'il a lu les 5 et 12 juin sur le plâtrage des vins. Ce nouveau travail a pour but de répondre à des observations présentées depuis cette époque par la Société d'agriculture de l'Hérault. Après les avoir réfutées, M. Marty démontre de nouveau les dangers, au point de vue alimentaire, des vins trop fortements plâtrés, et il apporte de nombreuses preuves confirmant que la proportion du sulfate de potasse contenu dans les vins purs n'est pas supérieure à 0gr,60 par litre; en portant ce chiffre à 0gr,80 on tiendrait compte dans une large mesure des usages du commerce, c'est-à-dire du sulfitage des foudres et du vin lui-même, lorsque ce dernier est fait dans des conditions loyales. Aussi l'Académie s'empresse-t-elle d'adopter *à l'unanimité* les conclusions du rapport, suivant lesquelles « la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, quelle qu'en soit l'origine, ne doit être tolérée que jusqu'à la limite maxima de 2 grammes par litre. L'Académie exprime, en outre, le vœu que la circulaire de M. le garde des sceaux, ministre de la justice, en date du 27 juillet 1880, reçoive une application effective ».

FILIPUNCTURE. — M. *Verneuil* continue l'historique, commencé mardi dernier, de la filipuncture ou introduction et abandon des corps étrangers filiformes dans le sac des anévrysmes, suivant la méthode tout d'abord imaginée par Moore. C'est en 1873 que Baccelli, après l'avoir modifiée, l'appliqua trois fois et que, malgré les revers qu'elle donnait de divers côtés, on l'étendit aux anévrysmes de la

sous-clavière, du tronc brachio-céphalique, de la fémoro-iliaque, de la poplitée, voire de la brachiale. Ses partisans affirmaient que pour des anévrysmes dont le pronostic était constamment mortel, il valait encore mieux l'essayer que de ne rien faire; mais il faut observer que la rupture du sac est rarement menaçante et que la douleur n'est pas toujours si grande pendant la maladie qu'elle nécessite une telle opération. On a d'ailleurs singulièrement exagéré l'impuissance du traitement médical en pareil cas; M. Verneuil cite à ce sujet deux observations dans lesquelles il a, depuis dix ans dans l'une et depuis quatre ans dans l'autre, institué la médication par l'iodure de potassium pour un volumineux anévrysme de la crosse de l'aorte et pour un anévrysme abdominal; les malades sont aujourd'hui dans un état très satisfaisant. Lorsqu'on parcourt les observations d'anévrysme, on est frappé de ce que les médecins ne font pas assez le traitement médical ou le font mal. Quant aux autres méthodes chirurgicales, proposées et mises en usage avant 1864, si les résultats fournis par l'acupuncture, l'électropuncture et même la méthode de Brasdor ne sont pas très brillants, ils sont, à coup sûr, au double point de vue de la bénignité et de l'efficacité, très supérieurs à ceux de la filipuncture; aussi, dans l'état actuel des choses, il semble au moins injuste de condamner ces méthodes pour en vanter une qui ne compte encore qu'un succès, qu'on eût obtenu d'ailleurs sans peine par bien d'autres moyens.

Cette opinion est confirmée par l'examen critique auquel M. Verneuil soumet les trente-quatre observations de filipuncture publiées jusqu'ici; plusieurs de ces observations manquent, du reste, des détails les plus essentiels, tels que les résultats de l'autopsie; les faits constatés sont difficilement comparables; si bien que, sans pouvoir établir de catégories, vu leur petit nombre, il y a lieu d'examiner leurs résultats définitifs. Or, ceux-ci se chiffrent par un succès, trop facile pour être glorieux, contre trente-trois défaites. La méthode a, d'autre part, subi depuis vingt-quatre ans, de très nombreuses modifications; elle compte aujourd'hui une douzaine de procédés distincts, au point de vue de la nature et de la longueur des fils introduits dans le sac anévrysmal, depuis les fils de fer ou d'argent, les ressorts de montre jusqu'au crin de Florence et au catgut, depuis une longueur de 25 centimètres de fil jusqu'à une longueur de 67 mètres, en un ou plusieurs fragments. Aucune règle ne préside à la division du temps de l'opération, à l'introduction du fil, à l'ouverture de la peau. On y a ajouté la compression, la ligature, l'emploi de médicaments divers, tels que le furfurol, des injections intraveineuses d'eau salée, la saignée, etc. Son application a été maintes fois plus fantaisiste que raisonnée et ses indications et contre-indications auraient besoin d'être précisées davantage. M. Verneuil se propose de le faire en continuant, dans huit jours, sa communication.

GASTROSTOMIE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT CANCÉREUX DE L'ŒSOPHAGE.— L'observation que résume M. le docteur Nicaise est celle d'un homme de soixante-quinze ans, atteint de cancer de l'œsophage, qui entra dans son service dans un état d'affaiblissement et d'amaigrissement extrêmes; il ne pesait que 42 kilogrammes; le début du cancer paraissait remonter à dix-huit mois. Le cathétérisme de l'œsophage ne put être fait, la sonde était arrêtée à 33 centimètres au-dessus du cardia; l'alimentation était devenue tout à fait impossible. La gastrostomie fut pratiquée le 22 mars. Le septième jour, les forces étaient déjà en partie revenues et la sensation de la faim avait reparu. L'amélioration a continué et le malade a augmenté de 4 kilogrammes. Cependant il s'est affaibli pendant le mois de juillet et a succombé le 1er septembre, cinq mois et dix jours après l'opération.

M. Nicaise insiste sur l'utilité de la gastrostomie dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Le cathétérisme présente en effet des inconvénients et des dangers; l'opération est souvent douloureuse et mal supportée; les exemples de fausses routes ne sont pas rares et la mort en est parfois la conséquence, tandis que la gastrostomie, dans les cas de rétrécissement cicatriciel, donne d'excellents résultats; pour en obtenir de semblables dans les cas de rétrécissement organique, il ne faut pas attendre la cachexie cancéreuse. Il convient donc de ne pas juger la gastrostomie d'après les statistiques actuelles, mais d'après la marche générale des opérations faites sur l'abdomen. De plus, après la gastrostomie, le cancer, ayant cessé d'être irrité par le passage des aliments et de la sonde, s'améliore quelquefois et prend une marche moins rapide, comme cela se passe pour le rectum. Tant que le malade peut ingérer quotidiennement la quantité de nourriture qui lui est nécessaire, il n'y a pas lieu d'intervenir; mais, dès que l'obstacle mécanique empêche l'ingestion des aliments, on devrait alors procéder à l'opération, puisqu'il n'y a pas d'espoir de voir revenir la déglutition normale.— (Le mémoire de M. Nicaise est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *Péan*, *Léon Labbé* et *Léon Le Fort*.)

ÉRYSIPÈLE INFECTIEUX.— Au cours d'une épidémie grave d'érysipèle chez des vieillards, dans laquelle trois personnes moururent sur quatre atteintes, M. le docteur Cerné (de Rouen) constata quatre cas de pneumonie infectieuse, ne pouvant pas, d'après l'observation clinique, reconnaître d'autre cause que la contagion érysipélateuse. Comme tous les malades avaient présenté de l'albuminurie, il fit des cultures avec le rein et obtint des colonies de microorganismes présentant les caractères morphologiques du streptocoque de l'érysipèle. Des inoculations sur des animaux corroborèrent le diagnostic clinique et donnèrent des lésions absolument semblables à celles de l'érysipèle. D'où M. Cerné en déduit cette donnée importante au point de vue de la pathologie générale, à savoir que: 1° l'érysipèle infectieux est produit par des déterminations viscérales résultant de la diffusion microbienne dans le sang et les viscères; 2° l'érysipèle peut affecter d'emblée le poumon, qui devenant par lui-même une porte d'entrée favorable à la diffusion, est affecté localement d'une inflammation bronchopneumonique, et devient facilement le point de départ d'une maladie infectieuse, qui n'est autre qu'un érysipèle généralisé dans l'économie. — (Le travail de M. Cerné est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *A. Guérin*, *Cornil* et *Siredey*.)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Trépanation : M. Monod. — Injection d'éther iodoformé : M. Verneuil. — Myome utérin : M. Le Fort. — Abcès rétro-utérin et hémorrhoïdes : M. Schwartz. — Kyste du corps thyroïde : M. Tillaux. — Entrée de l'air dans les veines : M. Reynier (Discussion : MM. Nicaise, Terrier).

M. *Monod* rapporte un cas de *trépanation* heureuse pour enfoncement du frontal. Deux heures après le coma avait cessé.

— M. *Verneuil* explique les accidents observés par M. Houzel dans une *injection d'éther iodoformé* par la trop grande quantité du liquide injecté et le titre de la solution à 10 pour 100. A 5 pour 100 on a de bons résultats.

— M. *Kirmisson* fait un rapport sur plusieurs observations de M. Ledru (de Clermont-Ferrand):

1° *Épithélioma du nez;* ablation; guérison.
2° *Polype naso-pharyngien;* résection du maxillaire supérieur.
3° *Polype fibreux de l'utérus;* hémorrhagies guéries par le raclage.
4° *Résection du coude* avec retour des mouvements.
5° *Abcès lointains consécutifs à des furoncles.*
6° *Trépanation du crâne.* Il s'agissait de troubles aphasiques et de fourmillements dans le membre supérieur droit consécutifs à un traumatisme ancien du crâne. Le sujet a bien guéri.

— M. *L. Le Fort* a enlevé un *myome pédiculé du col utérin* s'étant insinué dans la paroi vésico-vaginale et y formant une tumeur qui, datant de quatorze ans, ressemblait au premier abord à une rectocèle. Elle était creusée d'une petite cavité purulente, ouverte dans le vagin par une fistulette. L'ablation a été facile.

— M. *Schwartz* relate une observation d'*abcès rétro-utérin* ouvert dans le rectum depuis neuf ans et accompagné d'une vraie grappe d'*hémorrhoïdes saignantes.* Il pense qu'il y a là une relation de cause à effet, non encore signalée. Il a pu porter le diagnostic *de visu* grâce au spéculum de Trélat.

M. *Trélat* insiste à ce propos sur l'emploi de ce spéculum et son utilité pour le diagnostic précoce des maladies du rectum.

— M. *Tillaux* présente un volumineux *kyste sanguin du corps thyroïde* traité avec succès par l'ablation. On avait fait auparavant de nombreuses injections interstitielles. Mais en pareille circonstance l'ablation est le seul traitement efficace. M. *Trélat* appuie ces conclusions.

— M. *Nicaise* présente un *calcul vésical* probablement développé autour d'une excroissance villeuse.

— M. *Reynier* communique un fait d'*entrée de l'air dans les veines.* Au moment de l'opération il y a eu un sifflement, mais le malade s'est bien remis. Puis au troisième jour, nouveau sifflement et mort subite : il y avait une perforation de la jugulaire interne. MM. *Nicaise* et *Terrier* font des réserves sur ces explications pathogéniques.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

Structure des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire : M. Curtis. — Effets de la compression sur la multiplication cellulaire : M. Chabry. — Des injections sous-cutanées d'huile : M. Bouchard. — Sur le développement de la rate : M. Laguesse. — Rapport entre l'excitation de la rétine et les contractions des muscles de l'œil : M. Charpentier. — Perception des lumières instantanées de différentes surfaces : M. Charpentier. — Sur la mort par décapitation : M. Laborde. — Des lésions nécrosiques causées par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles : M. Balzer et Mlle Klumpke. — Nouvelle nasse pour la pêche au fond de la mer : M. le prince héréditaire de Monaco. — Procédé pour éclairer les engins de pêche au fond de la mer : M. Regnard. — Reproduction du silphe opaque : M. Giard.

M. *Pouchet* dépose une note de M. *Curtis* (de Lille) sur la structure des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire et la vascularité de la tunique moyenne des gros vaisseaux.

— M. *Pouchet* présente une note de M. *Chabry* relative à la segmentation des œufs d'ascidie. M. Chabry a vu qu'en comprimant sur un point une de ces cellules, on empêche la division cellulaire de se poursuivre ; cependant la division du noyau se produit, c'est la cellule qui ne se divise pas à son tour. Ces phénomènes ont lieu, même quand le sillon de segmentation existe déjà.

— M. *Bouchard* montre le train postérieur d'un lapin dans lequel il avait injecté une grande quantité d'huile. Il s'était formé un kyste permanent et, lorsqu'on a ouvert ce kyste, on a trouvé l'huile complètement émulsionnée.

— M. *Laguesse*, étudiant le développement de la rate au point de vue histologique, a vu sur des embryons de truite que tout au début la rate apparaît comme une petite bande de tissu embryonnaire sous la veine sous-intestinale. La structure devient bientôt celle d'une masse spongieuse avec des alvéoles qui communiquent plus ou moins entre elles : et on voit de petites veinules qui partent de la veine sous-intestinale et se rendent aux cavités de l'organe ; rien ne paraît différencier les alvéoles de ces veinules ; l'endothélium de la veine se continue sur les veinules, puis sur les travées de l'organe. A ce moment la rate est donc une sorte de peloton veineux, dépendant de la veine intestinale, un réseau vaso-formatif en peloton, au lieu d'être en étendue, comme le grand épiploon.

— M. *Charpentier* (de Nancy) envoie deux notes : l'une sur l'influence de l'excitation de la rétine sur les contractions des muscles de l'œil ; l'autre relative à la perception des lumières instantanées de différentes surfaces.

— M. *Laborde*, à propos de la communication de M. Loye faite dans la dernière séance, remarque qu'il n'est nullement démontré que chez l'homme décapité il ne se produise pas de mouvements du tronc et de la face, dans les moments qui suivent la décapitation ; au contraire, dans un certain nombre de cas il en a été observé. De plus, la notion du centre respiratoire ne doit pas être remplacée par celle de centre inhibitoire : il est incontestable que, quand on détruit ce point du bulbe, les mouvements respiratoires ne reparaissent jamais ; il y a donc bien là un centre fonctionnel. D'ailleurs l'inhibition ne peut être qu'un mécanisme et n'a point de signification fonctionnelle.

— M. *Balzer* a étudié avec Mlle *Klumpke* les lésions qui surviennent à la suite des injections sous-cutanées de préparations mercurielles insolubles, suivant la méthode de Scaranzio et de Smirnoff. Sur des cobayes et des lapins, une injection de 0,01 d'oxyde jaune amène des lésions qui sont toujours les mêmes : il se forme un petit foyer de nécrose ankysté dans l'intérieur duquel on trouve du mercure réduit en fines granulations ; au centre du foyer, il y a toujours des vaisseaux oblitérés. Cette oblitération concourt évidemment à la dégénérescence et ainsi vient s'ajouter à l'action caustique du mercure. En résumé les phénomènes sont les suivants : réduction du calomel ; nécrose par coagulation et oblitération vasculaire ; dégénérescence graisseuse des éléments du foyer ; hémorrhagies et collection liquide, mais non purulente ; jamais il n'a été trouvé de microbes.

— M. *Regnard* présente, de la part de M. *le prince héréditaire de Monaco*, une note décrivant une nouvelle nasse pour la pêche au fond de la mer.

— M. *Regnard* décrit le dispositif très ingénieux et fort simple qu'il a imaginé pour éclairer les engins de pêche aux plus grandes profondeurs.

— M. *Giard* a étudié la reproduction du silphe opaque (parasite de la betterave) ; les générations se succèdent très rapidement. Il note à ce sujet une coïncidence curieuse entre le nombre de silphes et les taches du soleil : les années où il y a un minimum de taches sont les années où le silphe est très abondant. Le même rapport existe d'ailleurs entre le minimum des taches du soleil et le nombre des sauterelles.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 27 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Pulvérisations de chlorure de méthyle sur le rachis. — Traitement des ulcérations du tube digestif par l'iodoforme : M. Huchard (Discussion : MM. E. Labbée, C. Paul, Dujardin-Beaumetz). — Congrès de thérapeutique.

M. *Huchard* rappelle que les pulvérisations d'ether sur le rachis pour combattre la chorée, ont été préconisées par Lubersky (de Varsovie); il a, de son côté, expérimenté de la même façon et dans le même but le chlorure de méthyle. Il s'agissait d'une chorée hystérique, avec mutisme; tous les accidents disparurent peu d'heures après une pulvérisation de quelques secondes le long de la colonne vertébrale. Il faut, d'ailleurs, faire de sages réserves, car chez une hystérique on pourrait invoquer l'élément suggestif pour expliquer cette rapide disparition du mutisme et des accidents spasmodiques qui lui faisaient cortège. M. Huchard a également employé ces pulvérisations contre une affection douloureuse, rebelle, de nature mal déterminée, et qui produit des névralgies multiples irrégulièrement distribuées : en un mot l'irritation spinale. S'agit-il dans cette affection, niée même par quelques-uns, d'une congestion, d'une ischémie de la moelle? est-elle de nature rhumatismale? M. Huchard la considère comme une hyperesthésie spinale, une *névralgie* de la moelle. Quoi qu'il en soit, les pulvérisations de chlorure de méthyle ont amené une cessation assez rapide des accidents, ce qui est d'autant plus remarquable que la plupart des médications échouent en pareil cas. Peut-être pourrait-on employer le même moyen contre certaines névroses bulbo-médullaires, telles que le goitre exophthalmique?

D'autre part, M. Huchard communique les résultats qu'il a obtenus en traitant les ulcérations du tube digestif par l'iodoforme. Chez un phthisique à la seconde période, présentant des hémorrhagies intestinales à répétition, d'une durée moyenne de six semaines environ, après avoir inutilement employé le perchlorure de fer, l'ergot de seigle, l'ergotine en injection, l'eau de Rabel, etc., il prescrivit l'iodoforme dont l'action topique sur les lésions intestinales a été bien établie par Renault (de Lyon) dans la dothiénentérie. Le malade ingéra chaque jour de cinq à six cachets, renfermant chacun 5 centigrammes d'iodoforme. Dès le troisième jour l'hémorrhagie intestinale diminua d'abondance, pour se suspendre complètement au bout de cinq à six jours. Peut-être voudra-t-on supposer que l'hémorrhagie a cessé parce qu'elle était sur le point de disparaître spontanément, mais la moindre durée de cette dernière crise en relation manifeste avec l'administration de l'iodoforme semble établir nettement l'efficacité de ce mode de traitement. Ce n'est pas, d'ailleurs, le seul cas observé par M. Huchard; il a constaté les heureux effets de l'iodoforme, associé au régime lacté, dans le traitement de l'ulcère de l'estomac. Ce fait viendrait, semble-t-il, à l'appui de la nature parasitaire infectieuse de certains ulcères gastriques, récemment encore défendue par M. Letulle.

M. *E. Labbée* demande à M. Huchard de préciser ce qu'il entend par irritation spinale. Est-ce une maladie, ou seulement un symptôme?

M. *Huchard* regarde l'irritation spinale comme une maladie spéciale, parfois isolée, parfois associée à d'autres affections, l'hystérie en particulier. C'est elle que Valleix désignait sous le nom de névralgie généralisée; elle a été remarquablement décrite par M. Potain dans une leçon clinique, et fait l'objet, dans sa forme cérébro-spinale, d'un excellent chapitre du *Traité de pathologie* de Jaccoud. C'est une hyperesthésie médullaire donnant lieu à des névralgies multiples, diversement distribuées suivant que c'est la région cervicale, dorsale, ou lombaire de la moelle qui entre en jeu.

M. *C. Paul* fait observer qu'il importe de ne pas confondre l'hyperesthésie spinale et l'irritation spinale. L'hyperesthésie, avec douleurs névralgiques multiples, existe dans la neurasthénie, l'hystérie, l'irritation spinale. Celle-ci est une maladie propre, une affection essentiellement chronique, caractérisée, comme l'a si bien dit Jaccoud, plus encore par l'impotence musculaire que par les névralgies; les individus qui en sont atteints sont comme engourdis, indolents, incapables d'un effort : ce sont des condensateurs qu'on ne peut pas charger. Les fonctions digestives sont normales, mais les malades ont une insomnie rebelle. M. C. Paul en a observé trois cas depuis une dizaine d'années et, comme toujours en pareille circonstance, a tenté sans succès tous les modes de traitement. Une seule malade a paru un peu améliorée par une pseudo-hydrothérapie. Mais c'est là une affection des plus rebelles à la thérapeutique; on agit sur les phénomènes d'hyperesthésie, sur les névralgies, mais non sur la maladie elle-même. Aussi, ne faut-il pas dire : guérison de l'irritation spinale, mais de l'hyperesthésie qui l'accompagne.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que l'application du chlorure de méthyle est surtout pratique depuis la communication de M. Bailly relative au stypage : ce mode d'emploi du chlorure de méthyle a tous les avantages de la pulvérisation sans en avoir les inconvénients. Quant à la question de l'irritation spinale, elle est loin d'être encore résolue; mais on peut dire que, si l'on guérit les douleurs qui en sont un des symptômes, on ne guérit pas l'affection elle-même.

M. *Huchard* n'a eu en vue que le traitement des névralgies symptomatiques de l'irritation spinale. Il ne sait que trop la résistance désespérante de cette affection à toute thérapeutique. Ayant constaté chez quelques malades qui en sont atteints des antécédents rhumatismaux, il a essayé le salicylate de soude, l'antipyrine; mais il a échoué comme avec tous les autres modes de traitement.

M. *Dujardin-Beaumetz* ne partage pas la bonne opinion de M. Huchard à l'égard de l'iodoforme. Tous les médecins qui l'ont vanté, même M. Bouchard, en sont arrivés à l'abandonner. Il détermine toujours, lorsque son usage est prolongé, même à faible dose, des douleurs gastriques très pénibles et donne aux malades des renvois extrêmement désagréables. Il paraît donc offrir de sérieux inconvénients dans les affections gastro-intestinales.

M. *C. Paul.* Il existe, paraît-il, un moyen d'obtenir l'iodoforme privé de son odeur désagréable; il ne s'agit pas de lui ajouter un corps déodorisant mais de le préparer dans un état moléculaire où il est, sans doute, moins volatil et inodore. Quant à son pouvoir antiseptique, il serait indispensable d'établir à l'égard de quel microbe, puisqu'il paraît démontré aujourd'hui qu'il peut servir de milieu de culture au bacille de Koch.

M. *Dujardin-Beaumetz* a essayé bien des moyens de déodoriser l'iodoforme mais sans y parvenir; en effet, si le produit n'a plus d'odeur désagréable à la température ordinaire, *in vitro*, lorsqu'il est porté à la température du corps humain il recouvre aussitôt son odeur pénétrante et caractéristique. Peut-être en rendant l'iodoforme moins volatil arriverait-on à supprimer cet inconvénient; mais alors ne modifierait-on pas ses propriétés?

M. *Huchard* pense que M. Dujardin-Beaumetz se montre bien sévère à l'égard de l'iodoforme. Jamais les malades auxquels il l'a prescrit ne se sont plaints de troubles gastriques; il est vrai que, dans ces cas, l'usage n'en a pas été prolongé au delà de huit jours : la dose quotidienne maxima s'élevant seulement à 30 centigrammes.

— Après discussion, la Société de thérapeutique vote à l'unanimité la nomination d'une commission d'initiative chargée de s'occuper de la préparation d'un Congrès de thérapeutique siégeant, l'an prochain, dans les locaux de l'Exposition universelle.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique pour les travaux de micrographie. par MM. G. Beauregard et V. Galippe. 2e édition, in-8° de 809 pages. — Paris, 1888, G. Masson.

Il y a huit ans que nous avons signalé la première édition de ce livre, dont le succès a été remarqué. Dans cette nouvelle édition les auteurs ont profité non seulement des acquisitions importantes faites en micrographie, mais aussi de l'expérience qu'une pratique étendue leur a donné. Ils ont modifié un grand nombre de chapitres, et dans la disposition même de leur exposé, ils ont apporté des améliorations importantes. C'est ainsi qu'au point de vue technique ils ont, avec raison, multiplié les renseignements intitulés *Sujets d'étude*.

L'analyse histologique élémentaire des cellules, du protoplasma, du développement et de la multiplication des noyaux a été dans ces dernières années l'objet de recherches fort intéressantes dont les résultats sont exposés dans les premiers chapitres de micrographie végétale, mais l'addition la plus considérable comprend un exposé succinct de la bactériologie. Cette étude des bactéries, de leur classification, de leur mode de culture et de leurs caractères distinctifs forme un chapitre fort intéressant, des plus utiles, et renfermant les notions les plus essentielles pour apprécier l'importance de cette science nouvelle.

Pour en terminer avec la botanique nous indiquerons les procédés de l'analyse des fibres textiles, et l'étude des pigments colorés.

L'*Histologie animale* a reçu également des développements nouveaux; tel est le chapitre consacré à la technique de l'histologie des tissus. Le sang, l'urine, le sperme, sont étudiés avec un grand soin et un véritable luxe de figures. Les sédiments urinaires en particulier sont représentés avec grands détails et dans leurs diverses formes, montrant à côté des cristallisations habituelles les variétés rares ou exceptionnelles; cet avantage de la multiplicité des dessins est fort important dans un livre qui doit servir de manuel.

L'histoire des parasites qui se rencontrent dans les diverses humeurs, salive, sang, ou dans les produits d'excrétion, bile, matières fécales, matières vomies, dans les tissus, dans le système pileux, ne peut plus rester ignorée des pathologistes au moins dans ses grands traits; c'est pourquoi une large place lui a été réservée et c'est du reste une qualité de ce manuel, fort apprécié, que cette réunion de sujets de recherches qu'on trouve rarement réunis dans un même volume. C'est ainsi qu'après nous avoir initiés à l'aéroscopie et nous avoir montré l'importance de la recherche des corpuscules et miasmes de l'air les auteurs nous font connaître les microorganismes des eaux, les sulfuraires, les zooglées de la barégine, ce qui constitue encore une branche nouvelle de la microbiologie. Entre objets si divers il n'y a pas de transition facile, mais il y a ce lien naturel que le micrographe peut avoir à les envisager les uns après les autres comme biologiste, comme hygiéniste, et enfin même au point de vue de la médecine légale. Les indications médico-légales fournies par l'analyse micrographique sont en effet des plus nombreuses, quelquefois des plus inattendues, mais elles doivent reposer sur des examens d'une certitude absolue, et l'on ne saurait s'étonner de la multiplicité des documents nécessaires; il suffirait d'ailleurs de lire les 86 pages consacrées à l'examen des cheveux et des poils pour être édifié sur l'utilité de ces minutieuses et consciencieuses constatations.

A. H.

VARIÉTÉS

RAPPORT OFFICIEL SUR LA MALADIE DE L'EMPEREUR D'ALLEMAGNE.

L'imprimerie impériale de Berlin vient de publier un long rapport sur les diverses phases de la maladie de l'empereur Frédéric III. Ce rapport est signé par les professeurs Bardleben, Bergmann, Gerhardt, Tobold, Waldeyer, les docteurs Bramann et Landgraf (de Berlin), le professeur Kussmaul (de Strasbourg), le docteur Schmitz (de Francfort) et le professeur Schrœtter (de Vienne). Nous analyserons et nous apprécierons dans notre prochain numéro ce document si curieux. Disons seulement que nos confrères d'Allemagne critiquent avec la plus grande violence la conduite scientifique et professionnelle du docteur Morell Mackensie qui s'empressera, sans doute, de répondre à ce réquisitoire.

Service de santé en Tunisie. — Le *Journal officiel tunisien* nous apporte le décret suivant:

Article 1er. — A dater du 15 juillet de l'année 1888, nul ne pourra se livrer dans toute l'étendue du territoire de la Régence, à la pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'art des accouchements, s'il n'est possesseur d'un titre lui donnant droit à cette pratique dans le pays où il lui a été concédé.

Art. 2. — Les médecins, chirurgiens et sages-femmes qui voudront exercer leur profession sur le territoire de la Régence seront tenus, dans le délai d'un mois à partir du jour où ils ont fixé leur domicile, d'en faire la déclaration par écrit au contrôleur civil de leur circonscription et de déposer entre ses mains, contre récépissé, le titre dont ils sont porteurs.

Ce titre sera ensuite vérifié par le secrétariat général du gouvernement tunisien. S'il a été reconnu valable, il sera enregistré et retourné au titulaire avec une déclaration constatant le droit à l'exercice. L'omission de ces formalités constitue une contravention passible d'une amende de 16 à 200 francs. Dans les circonscriptions où il n'existe pas de contrôleur civil, les déclarations seront envoyées directement au secrétariat général du gouvernement tunisien.

Art. 3. — Les personnes auxquelles aura été délivrée la déclaration constatant le droit à l'exercice pourront se livrer à la pratique de leur art dans toute l'étendue du territoire de la Régence. Dans le cas où elles viendraient à changer de résidence, elles seront tenues, dans le délai d'un mois, de faire enregistrer leur titre par le contrôleur civil de leur nouvelle circonscription. L'omission de cette formalité constitue également une contravention passible d'une amende de 5 à 15 francs.

Art. 4. — Les noms des médecins, chirurgiens et sages-femmes pourvus d'un titre conférant le droit à l'exercice, seront portés au commencement de chaque année à la connaissance du public par la voie du *Journal officiel tunisien*.

Art. 5. — Les personnes munies d'un titre valable ne pourront se livrer à l'exercice de leur profession que dans les limites établies par le diplôme qu'elles possèdent. Les sages-femmes ne pourront exercer que l'art des accouchements sans qu'il leur soit permis, sauf le cas de force majeure, de pratiquer aucune opération ou d'ordonner des médicaments sans l'assistance d'un médecin ou chirurgien pourvu d'un titre lui donnant le droit d'exercer.

Toute infraction aux prescriptions du présent article sera considérée comme un acte d'exercice illégal.

Art. 6. — L'exercice simultané de la profession de médecin et de la profession de pharmacien est interdit même dans le cas de possession des deux diplômes conférant le droit d'exercer ces professions.

Tout médecin diplômé pourra cependant vendre des médicaments s'il réside dans une localité où il n'existe aucun pharmacien autorisé.

Les contrevenants seront passibles d'une amende de 50 à 200 francs.

Art. 7. — Est réputé se livrer à l'exercice illégal de la médecine toute personne qui, sans être munie d'un titre valable, a l'habitude ou fait profession, moyennant salaire ou gratuitement, de conseiller un mode de traitement, l'usage d'un médicament ou d'une substance quelconque qu'elle représente comme capable de guérir, se livre à des manœuvres ou opérations ayant le même but, ou pratique l'art des accouchements.

Art. 8. — Toute personne qui se livrera à l'exercice illégal de la médecine sera traduite devant les tribunaux compétents et passible d'une amende variant de 50 à 500 francs. Si le délit d'exercice illégal est accompagné d'usurpation de titre, l'amende sera de 100 à 1000 francs. L'amende sera double en cas de récidive, et les délinquants pourront en outre être condamnés à un emprisonnement qui n'excédera pas trois mois. Les poursuites auront lieu soit d'office, soit à la requête des personnes pourvues d'un titre leur donnant le droit à l'exercice, ou d'une association médicale, lesquelles auront le droit, même si la poursuite a lieu d'office, de se porter parties civiles et de réclamer des dommages intérêts pour le préjudice qui leur aura été causé.

Art. 9. — Le fait de s'être servi, pour obtenir le permis d'exercer, d'un titre faux ou falsifié ou d'avoir fait usage d'un titre appartenant à une autre personne sera assimilé à un faux et poursuivi par les tribunaux, conformément aux lois.

Dispositions transitoires. Art. 10. — Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la tolérance de l'exercice pourra être accordée : 1° aux personnes qui, exerçant la médecine depuis cinq ans au moins, à la date du présent décret, dans la Régence de Tunis, seront en mesure de prouver qu'elles ont fait des études médicales pendant au moins trois ans dans une école, faculté, université ou hôpital-école.

Chaque année d'étude en plus tiendra lieu d'une année d'exercice en Tunisie; 2° aux indigènes âgés de soixante ans au moins et pratiquant la médecine depuis une période de vingt ans, ainsi qu'à ceux qui sont actuellement pourvus d'un amra beylical; 3° aux indigènes qui exercent dans les localités, villes, villages ou tribus, où il n'existe pas de médecins possédant un titre qui donne droit à l'exercice.

Art. 11. — Les personnes mentionnées ci-dessus, à l'exception de celles qui sont désignées au paragraphe 3, adresseront dans le délai de deux mois, à partir de la promulgation du présent décret, une demande avec pièces à l'appui au contrôleur civil de leur circonscription, qui la fera parvenir au secrétariat général chargé d'en assurer la vérification. Le résultat de cette vérification sera communiqué aux intéressés.

Art. 12. — Les personnes ci-dessus mentionnées ne pourront pratiquer aucune opération, si ce n'est celles de la petite chirurgie, sous peine de poursuites devant la juridiction compétente pour exercice illégal. Elles ne pourront pas être appelées comme experts devant les tribunaux, les certificats délivrés par elles seront considérés comme nuls et de nul effet devant les autorités judiciaires et administratives. Il leur est interdit, sous peine d'une amende de 50 à 500 francs, de prendre le titre de docteur ou un titre de nature à faire croire à la possession d'un diplôme donnant droit à l'exercice.

Art. 13. — La tolérance dont jouissent les personnes mentionnées ci-dessus pourra leur être retirée pour cause grave, et sera de droit révoquée si elles ont encouru une condamnation pour exercice illégal.

Art. 14. — La pratique de l'art des accouchements pourra être tolérée de la part des femmes qui s'y livrent actuellement.

Les femmes qui voudront obtenir cette tolérance seront tenues d'en faire la demande par écrit dans le délai de deux mois, à l'autorité administrative du lieu de leur résidence. Passé ce délai, aucune tolérance du même genre ne pourra plus être accordée qu'aux femmes indigènes.

Les femmes auxquelles cette tolérance sera accordée ne pourront, en aucun cas, pratiquer des manœuvres ou prescrire des médicaments. Toutes les fois qu'elles auront à pratiquer un accouchement difficile ou qui se prolongera au delà de douze heures, elles seront tenues de faire appeler soit un médecin, soit une sage-femme diplômée. Toute infraction à ces prescriptions sera considérée comme un acte d'exercice illégal de la médecine et poursuivie conformément à la loi.

CONCOURS POUR LE CLINICAT ET LE PROSECTORAT. — Le concours du clinicat chirurgical s'est terminé par la nomination de MM. Ricard (Pitié), Walther (Charité), Rochard (Hôtel-Dieu), comme chefs de clinique titulaires; de MM. Boiffin et Hache, comme chefs de clinique adjoints.

CLINICAT MÉDICAL. — A la suite du concours ouvert le 25 juin dernier à la Faculté de médecine de Paris pour le clinicat médical et celui des maladies cutanées, ont été nommés :

Hôpital de la Charité. — Chef de clinique : docteur Fonbert; chef de clinique adjoint: docteur Hishmann.

Hôpital de la Pitié. — Chef de clinique : docteur Dulloeq ; chef de clinique adjoint : docteur Ménétrier.

Hôpital Saint-Louis. — Chef de clinique: docteur Feulard : chef de clinique adjoint: docteur Cayla.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Debierre, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus ou nommés :

Au grade de commandeur. — MM. les docteurs Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine à Toulon; Dauvé, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Auffret et Allanic, médecins en chef de la marine; Arnaud et Molinier, médecins principaux de première classe; Durand, médecin principal de deuxième classe; Malabard, Combier et Daguenet, médecins-majors de première classe; Duchaussoy, fondateur et secrétaire général de l'Association des dames françaises.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Mahéo, Kermorvant, Le Texier, Vantalon, Giraud, Vergniaud et Clavel, médecins de première classe de la marine; Mariotte (de Sampigny), Pouget (de Laroquebron), Mergant (de Bayon), médecins de la gendarmerie; Bros, Gabriel, Pau de Saint-Martin, Charrier, Moine, Bourdon, Moty, médecins-majors de première classe; Folie-Desjardins et Bernard, médecins-majors de deuxième classe.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. l'aide-médecin Malespine, docteur en médecine, a été promu au grade de médecin de deuxième classe.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Solmon (de Troyes) ; M. le docteur Blondel (de Raismes); M. le docteur Gaudin (de Chauvigny) ; M. le docteur Guillier (de Charonne); M. le docteur Noelas (de Roanne); M. le docteur Torchet (de Paris); M. Delamare, médecin de la marine à Saint-Pierre-de-Miquelon.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Les maladies de l'esprit, délire des persécutions, délire des grandeurs, paralysie générale, épilepsie, dégénérescence, délires alcooliques et toxiques, morphinomanie, éthéromanie, absinthisme, chloralisme, études cliniques et médico-légales, par M. le docteur G. Pichon. 1 vol. in-8° de 400 pages. Paris, O. Doin. 7 fr.

Conférences de thérapeutique de l'hôpital Cochin en 1886-1887 : L'hygiène thérapeutique, gymnastique, massage, hydrothérapie, aérothérapie, climatothérapie, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz. 1 vol. grand in-8° de 250 pages, avec figures et une planche en chromo hors texte. Paris, O. Doin. Broché. 6 fr.
Cartonné tête dorée. 7 fr.

Électricité médicale, études électrophysiologiques et cliniques, par M. le docteur Bondet de Paris. 1 vol. in-8° de 300 pages et 97 figures. Paris, O. Doin. 6 fr.

Étude clinique sur le massage appliqué au traitement des fractures juxta-articulaires, par M. le docteur Rafin. 1 vol. grand in-8° de 46 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 50

Traitement de la dyspnée par les inhalations d'acide carbonique, par M. le docteur René Chabannes. 1 vol. grand in-8° de 72 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

15184. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 11 juillet 1888.

La maladie de l'empereur Frédéric III, d'après les renseignements fournis par les docteurs Bardleben, Bergmann, Bramann, Gerhardt, Kussmaul, Landgraf, M. Schmidt, Schrœtter, Tobold et Waldeyer (1).

C'est en nous plaçant à un point de vue exclusivement médical, que nous voulons apprécier ici les singuliers documents dont le gouvernement impérial d'Allemagne vient d'ordonner la publication. Il ne nous appartient pas de revenir sur les appréciations que devait inspirer à la presse de tous les pays civilisés un acte politique aussi inopportun que cruel. Toutefois, si nous ne voulons point rechercher pourquoi l'on a cru devoir faire connaître à toute l'Europe les misérables querelles des médecins appelés à soigner l'empereur d'Allemagne, nous avons le droit d'examiner non seulement au point de vue exclusivement scientifique, mais encore au point de vue professionnel, les rapports médicaux que nous avons sous les yeux. Assez souvent, en effet, d'illustres malades ont eu à réunir, pour leur demander un avis autorisé, des médecins appartenant à diverses nationalités, ayant fait leurs études à des écoles différentes. Nous ne croyons pas qu'à aucune époque et dans aucun pays on ait vu les médecins consultants mettre autant d'âpreté dans leurs dissentiments, et, après la mort de leur client, se complaire non pas à écrire l'histoire scientifique de sa maladie, mais à faire le récit des disputes qu'ils ont eues avec un confrère étranger et l'exposé des fautes lourdes dont ils l'accusent.

Pour bien faire connaître cette lamentable histoire, nous croyons devoir, sans nous attacher à apprécier, rapport par rapport, les documents officiels relatifs à la maladie de l'empereur Frédéric III, résumer fidèlement, et par ordre de date, ce qu'ils contiennent d'essentiel.

C'est le 6 mars 1887 que, pour la première fois, le professeur Gerhardt, l'un des plus habiles parmi les laryngologistes de l'Allemagne, fut appelé par le médecin général Wegner à examiner le prince impérial. Depuis le mois de janvier, celui-ci souffrait d'un enrouement persistant et progressif. On avait pu croire, au début, à une laryngite catarrhale sans gravité réelle. Après un examen sérieux et approfondi, Gerhardt reconnaît, au contraire, l'existence d'une excroissance polypiforme longue de 4 millimètres, large de 2 millimètres, développée sur la corde vocale gauche. La petite tumeur n'empêchait pas les mouvements des cordes vocales. Elle n'apparaissait qu'au moment où celles-ci venaient à s'écarter. Son aspect extérieur ne permettait pas encore de poser un diagnostic précis. L'indication paraissait être de la détruire. Après avoir préparé le malade à l'introduction d'appareils destinés à pratiquer cette ablation, Gerhardt essaye d'enlever la tumeur. Il ne parvient à en extraire qu'une petite parcelle; mais cette première opération lui permit déjà de recueillir quelques signes importants, tels que l'induration de l'excroissance, l'étroitesse de l'entrée du larynx, les douleurs éprouvées par le malade lorsqu'il venait à tirer la langue. Le chirurgien s'assura qu'il lui était impossible d'extraire la tumeur à l'aide d'une anse galvanique. Il voulut cependant s'efforcer de la détruire sur place. Le 14, à l'aide d'un fil de platine chauffé au rouge, il la cautérise profondément. Le 16 et le 18, il recommence cette opération et s'assure que chaque fois l'enrouement diminue pendant quelques heures. Les fêtes destinées à célébrer l'anniversaire de la naissance de l'empereur Guillaume interrompent, du 18 au 26, ces séances de cautérisation. Elles sont reprises le 26, le 27, le 29, puis *tous les jours* jusqu'au 7 août, et, à l'aide d'un cautère plat, on détruit tout ce que l'on peut rencontrer d'anormal, de manière à ne laisser sur la corde vocale gauche qu'une surface granuleuse rougeâtre. Une amélioration réelle paraît succéder à ces opérations successives. Le malade se considère comme guéri. Bien que toujours un peu voilée, la voix est meilleure, surtout le matin. On ne constate ni toux, ni expectoration. En somme, le professeur Gerhardt, qui ne pouvait encore, au début d'une maladie relativement rare et de diagnostic difficile, affirmer s'il s'agissait d'une

(1) On remarquera que les docteurs Senator, Schrader, Leyden, Krause, Virchow et Wegner n'ont pas signé ce document.

tumeur bénigne ou d'un néoplasme de mauvaise nature, s'était cru en droit d'essayer, par tous les moyens possibles, de détruire l'excroissance qui s'offrait à sa vue. On peut lui reprocher peut-être d'avoir trop multiplié les cautérisations, de les avoir pratiquées à des intervalles trop rapprochés les uns des autres. Si l'on avait pu à ce moment déjà soupçonner l'existence d'un épithéliome, il eût fallu se garder d'irriter la surface malade par des manœuvres opératoires; mais le diagnostic n'était pas certain, et l'on pouvait espérer détruire à tout jamais un simple papillome.

Comme le fait très justement remarquer Gerhardt, tout avait été tenté à ce moment en vue de guérir radicalement le prince impérial d'Allemagne, dans le cas où la maladie dont il souffrait n'aurait été due qu'au développement d'une tumeur bénigne (polype, fibrome, adénome, papillome, etc.). Si, malgré ces nombreuses cautérisations, la tumeur se reproduisait, il était à craindre qu'elle ne fût de nature maligne. Si elle réapparaissait plus volumineuse au bout de peu de temps, et surtout si, après sa régénération, la corde vocale gauche, alors mobile, arrivait à ne plus se mouvoir, le diagnostic devenait d'autant plus certain que déjà le siège de la tumeur, sa consistance, son épaisseur, son extension dans le sens de la largeur pouvaient faire naître de légitimes appréhensions. Autant donc pour préciser le diagnostic que dans le but de laisser reposer un malade qui devait être très fatigué de ces trop nombreuses cautérisations, Gerhardt accéda au désir qui lui était manifesté par le docteur Wegner et conseilla une cure à Ems. Le prince impérial d'Allemagne se rendit à cette station hydro-minérale. Il n'y trouva pas l'amélioration qu'espéraient ses médecins, et, dès son retour, manifesta l'intention de faire appeler un spécialiste, c'est-à-dire un médecin exclusivement adonné à l'étude des maladies du larynx. A cette proposition, Gerhardt affirme avoir répondu en termes aussi explicites que précis. « Qu'on appelle, disait-il alors, tous les spécialistes que l'on voudra, je ne m'y oppose nullement; mais, si la tumeur s'est reproduite et surtout si, après sa réapparition, la corde vocale est devenue et reste immobile, ce n'est pas un laryngologiste, c'est un chirurgien qu'il faudra appeler en consultation, car il faudra alors pratiquer une opération sérieuse et non plus se borner à une cure palliative. » Avec un grand sens clinique, Gerhardt discute, dans son rapport, les diverses hypothèses que l'on pourrait émettre, et il conclut que l'on doit avoir affaire à un polype ou à un cancer.

Le 15 mai, le prince impérial arrive à Potsdam. La voix est plus voilée qu'à son départ. La tumeur est plus volumineuse. On discute l'opportunité d'une consultation avec un laryngologiste. Plusieurs noms sont proposés par le professeur Bergmann. On se met d'accord, sur la proposition du docteur Wegner, pour demander, en cas de nécessité, l'avis du docteur Morell Mackensie. Mais auparavant, sur la demande de l'empereur Guillaume et sous la présidence de son médecin ordinaire, le docteur Lauer, une grande consultation à laquelle prennent part Tobold, Wegner, Schrœder, Bergmann et Gerhardt, vient affirmer, après un examen nouveau, fait par Tobold, que la maladie du prince impérial est bien un cancer. Les motifs donnés à l'appui de leur opinion unanime, par les médecins consultants, sont des plus probants : 1° la tumeur s'est reproduite avec une grande rapidité; 2° elle est dure et inégale; 3° il n'y a pas de cicatrisation au niveau de sa face interne; 4° la corde vocale est immobile; 5° il est certain qu'il n'existe ni tuberculose ni aucune autre maladie infectieuse pouvant expliquer la genèse de cette tumeur; 6° enfin, l'âge du malade, le siège de la tumeur, son apparence extérieure, etc., contribuent à démontrer que l'on ne peut avoir affaire qu'à un cancer.

Le traitement institué par le docteur Gerhardt ayant été absolument inefficace, on conclut que l'ablation par les voies naturelles de cette tumeur maligne ne doit plus être tentée. Ses dimensions et son extension s'y opposent. La seule opération possible, au dire des médecins allemands, est donc la laryngotomie. Gerhardt ajoute que cette opération ne présente aucune gravité, qu'on la pratique journellement pour des tumeurs bénignes(?), que la santé générale du malade la rend particulièrement favorable; enfin, que le diagnostic ayant été relativement précoce tout permet d'espérer une longue survie. Dans son rapport qui suit celui de Gerhardt, le professeur Bergmann insiste plus encore sur la grande bénignité de la laryngo-fissure. Elle est, dit-il, aussi peu dangereuse qu'une simple trachéotomie (?). Il prétend que dans les quatre dernières années, sur quinze opérations, il n'y a eu qu'un seul décès (?); qu'il en a fait lui-même sept qui ont été suivies de succès. Gerhardt avoue que la nécessité d'enlever une partie de la corde vocale compromettra longtemps, sinon toujours, la voix du malade. « Mais qu'est, dit-il, la voix en comparaison de la vie? » Bergmann est plus optimiste encore. « La voix, dit-il, ne sera pas complètement perdue; elle ne sera que modifiée dans son timbre. » On expose toutes ces raisons au malade. Il répond : « La tumeur doit, dans tous les cas, être enlevée. Si vous ne pouvez la faire disparaître, il vous faudra l'enlever par une opération. » Tout est donc préparé, le 20 mai 1887, pour pratiquer le lendemain soir une laryngotomie. On fera la section du larynx en prenant toutes les précautions qu'exige aujourd'hui la chirurgie antiseptique. Si l'on ne trouve qu'une tumeur bénigne, on en fera l'ablation, et le malade sera guéri. Si le diagnostic se trouve confirmé et si l'on constate l'existence d'un cancer, on en fera la cure radicale en enlevant aussi loin que possible les parties malades. A aucun moment, affirment aujourd'hui les médecins allemands, il n'a été question d'extirpation totale ou partielle du larynx. Tout ce qui a été dit à ce sujet par les journaux inspirés par Mackensie, est, disent-ils, absolument contraire à la vérité.

Pourquoi donc l'opération qui, aux dires de Gerhardt et de Bergmann, devait sauver le prince impérial d'Allemagne, n'a-t-elle pas été pratiquée à un moment où elle paraissait indiquée, où elle pouvait être suivie d'un succès presque immédiat? Les rapports que nous avons sous les yeux en donnent l'explication suivante : Le docteur M. Mackensie arrive le 20 mai au soir. Une nouvelle consultation a lieu. Mackensie examine la gorge du prince impérial. Il conteste le diagnostic posé, affirme qu'il ne saurait être question d'une tumeur maligne, déclare inutile et dangereuse l'opération proposée par les médecins allemands, promet une guérison définitive et relativement prochaine si on l'autorise à extraire la tumeur par les voies naturelles. Les médecins allemands consentent à ce que Mackensie enlève un fragment du néoplasme dans le but de soumettre celui-ci à l'examen du professeur Virchow. Cet examen ne pouvait donner aucun résultat définitif et il est assez bizarre de voir avec quel luxe d'arguments Bergmann s'efforce, après l'issue fatale de la maladie, de bien démontrer que l'analyse histologique de ces fragments, enlevés à l'aide d'une pince coupante, à la surface d'un néoplasme laryngé, ne doit donner le plus souvent que des conclusions peu

probantes. Virchow, en effet, dans les deux rapports qu'il a adressés, n'éclaire nullement le diagnostic, et c'est bien à tort que certains journaux ont alors prétendu s'appuyer sur les constatations microscopiques qu'il a faites pour affirmer la nature bénigne de la maladie du prince impérial d'Allemagne. Quoi qu'il en soit, l'avis de Mackensie fut prépondérant. Il affirmait qu'il parviendrait à détruire la tumeur par des sections pratiquées à l'aide d'une pince tranchante et des cautérisations faites avec le thermocautère. Il déclarait d'ailleurs que si les progrès du mal devenaient inquiétants ou si une nouvelle analyse histologique démontrait la nature cancéreuse du mal, il ne se refuserait pas à laisser faire la laryngotomie. Malgré l'opposition de Bergmann, Toboldt et Gerhardt, le prince impérial accepta de suivre Mackensie en Angleterre, et dès lors commencèrent une série de traitements que l'avenir a démontrés aussi inefficaces que dangereux, puisqu'ils ont certainement hâté l'évolution de la maladie et la mort de l'empereur d'Allemagne.

Depuis le mois de juin jusqu'au 9 novembre, jour où eut lieu à San-Remo une consultation à laquelle, sur l'ordre de l'empereur Guillaume, furent appelés les docteurs Schrœtter (de Vienne) et Krause (de Berlin), le traitement du prince impérial d'Allemagne fut exclusivement dirigé par le docteur Mackensie. Les médecins allemands, dans le but de contrôler les actes de leur confrère anglais (??), avaient demandé qu'un des leurs accompagnât le prince impérial afin de l'examiner journellement, de s'assurer si l'on envoyait bien à Virchow tous les fragments extraits de la gorge du malade, enfin de jeter un cri d'alarme dans le cas où la laryngotomie serait jugée nécessaire. Mais le professeur Gerhardt, qui s'était présenté pour cette mission, vit ses offres déclinées. On lui préféra un jeune médecin, le docteur Landgraf, qui, on le conçoit, fut tenu très à l'écart par Mackensie et dont le rapport n'a, au point de vue qui nous occupe en ce moment, qu'une importance secondaire. Le 9 novembre, à San-Remo, Mackensie reconnaît enfin la nature du mal. Il était trop tard. Schrœtter, dans sa consultation, déclare que deux modes de traitement sont seuls à conseiller : 1° la trachéotomie qui, pratiquée le plus bas possible, aurait pour seul résultat de prolonger quelque temps la vie du malade; 2° l'extirpation du larynx, opération grave, dont les résultats immédiats ou lointains étaient difficiles à prévoir. Le professeur Schrœtter déclara formellement que l'ablation de nouvelles parcelles du néoplasme ne pouvait que hâter l'évolution de la maladie. Une consultation avec le docteur Schmidt ne fit que confirmer le sombre pronostic du médecin viennois. Mais la princesse impériale ne voulut pas appeler un nouveau chirurgien allemand et le prince impérial, dont la fermeté et le courage ne se sont jamais démentis, refusa de se laisser faire l'opération grave dont avait parlé le docteur Schrœtter. Il fut donc convenu que l'on se bornerait à faire pratiquer la trachéotomie par un chirurgien allemand. Le docteur Schmidt appelé à Berlin communiqua à l'empereur d'Allemagne le procès-verbal de la consultation de San-Remo. Il fut décidé que le professeur Bergmann serait appelé à faire la trachéotomie; par ordre de l'empereur, on lui adjoignit le docteur Bramann. Celui-ci arriva à San-Remo le 26 novembre. Mais dès le retour de Mackensie il ne put obtenir que l'on rappelât Bergmann. On sait comment la trachéotomie dut être pratiquée d'urgence par le docteur Bramann. On connaît aussi les dernières phases de l'agonie de l'empereur Frédéric III. Les diverses constatations faites soit par Kussmaul, soit par Waldeyer, n'ont donc aucun intérêt.

Nous avons résumé aussi fidèlement qu'il était possible, d'après les rapports des médecins allemands, l'histoire médicale du prince impérial Frédéric, devenu plus tard empereur d'Allemagne. Il résulte de ces rapports que le diagnostic posé le 15 mai 1887 par les médecins allemands était exact et que Mackensie a commis une erreur grave en affirmant la nature bénigne de la tumeur qu'il avait été appelé à examiner. Cette erreur a-t-elle été volontaire? Mackensie n'a-t-il pas de parti-pris nié l'existence d'un cancer, soit pour obéir à des considérations extra-médicales, soit dans le but de s'opposer au traitement que conseillaient les médecins allemands ? Il est difficile de résoudre cette question sans avoir sous les yeux la réponse que devra faire au réquisitoire que nous venons de résumer un spécialiste dont l'expérience et l'habileté n'avaient jamais été jusqu'à ce jour contestées sérieusement. Le traitement conseillé par les médecins allemands était-il aussi certain, aussi inoffensif qu'ils le soutiennent aujourd'hui? Ici le doute est permis; nous avons déjà, au cours de cet article, signalé par des points d'interrogation les réserves que nous inspiraient certaines affirmations de Bergmann et de Gerhardt. Nous croyons, comme eux, que la laryngotomie n'est point comparable à l'extirpation partielle ou totale du larynx. Cette dernière opération est des plus graves, souvent mortelle et, quoi qu'en disent les médecins allemands, la statistique leur est absolument défavorable. Tout récemment, à l'Académie de médecine, une discussion qui s'est élevée à ce sujet a bien fait voir que les chirurgiens français sont en grande majorité les adversaires de cette opération. Dans la plupart des cas où le diagnostic de carcinome intra-laryngien a été posé, le seul traitement vraiment efficace, le seul qui prolonge la vie des malades et n'entraîne à sa suite aucune complication immédiate, est la trachéotomie *précoce*. Toute manœuvre ayant pour but le morcellement incessant et la cautérisation partielle de la tumeur laryngienne ne fera que hâter l'évolution du mal et aggraver par conséquent l'état du malade. La laryngotomie avec extirpation d'une partie de la corde vocale pouvait-elle, sans grave danger, prolonger plus longtemps que la trachéotomie, la vie de l'empereur d'Allemagne? Aurait-elle pendant de longues années empêché la récidive du cancer? On saurait l'affirmer. Mais il paraît démontré que rien n'eût été plus nuisible que le mode de traitement institué par le laryngologiste anglais.

Au point de vue exclusivement scientifique, nous acceptons donc une partie des conclusions si longuement développées dans le rapport des médecins allemands. Mais nous n'en sommes que plus à l'aise pour protester au nom de la dignité du corps médical contre les insinuations malveillantes, contre les injurieuses attaques que ces étranges documents multiplient à l'égard du spécialiste anglais. On trouve dans le rapport de Gerhardt, dans celui de Bergmann, et même dans celui de Schrœtter des phrases que jamais un médecin français n'eût osé écrire dans une consultation, que jamais une assemblée de médecins français n'eût contresignées. Il faut en citer quelques-unes pour montrer ce que sont, au point de vue déontologique, les mœurs des médecins allemands. Le jour où Mackensie fut invité par Bergmann et Gerhardt à enlever une parcelle du néoplasme laryngien, il dut faire cette opération avec le soin et l'habileté qu'on y apporte d'ordinaire, surtout quand on se trouve

en présence de confrères méfiants. Or, voici ce qu'en dit Gerhardt : « Je le vis tirer de la poche de côté de son habit une pince qu'il introduisit dans le larynx du prince impérial sans l'avoir nettoyée ; mais pendant qu'il l'introduisait, le miroir qu'il avait sur le front s'était dérangé et la lumière se projetait, non dans la bouche, mais sur la joue du malade. La pince fût retirée sans rien avoir enlevé et Mackensie ne voulut plus rien tenter ce jour-là. J'examinai après lui et je trouvai les deux cordes vocales très rouges, la droite sanguinolente et sur la corde vocale droite une tuméfaction d'un rouge brun. Je priai le docteur Wegner d'examiner après moi. Nous allâmes trouver Mackensie dans sa chambre et je lui dis qu'il avait écorché la corde vocale saine et non la malade. Il déclara que c'était possible et parla de son prochain départ. » En admettant même que ce fait monstrueux soit exact, et que la réponse de Mackensie ne soit pas celle d'un médecin blessé et dédaigneux, est-ce dans un rapport officiel, est-ce dans une consultation médicale, est-ce sous la plume d'un médecin que ce récit devrait se trouver? Et que faut-il penser du pauvre patient obligé de subir à deux reprises, après une opération douloureuse, les observations de contrôle faites par les médecins allemands.

Autre exemple. Le prince impérial se décide à partir pour l'Angleterre et, après avoir subi les nombreuses explorations et cautérisations pratiquées par Gerhardt, il refuse de l'emmener avec lui dans le but de se soumettre à d'incessantes visites destinées à surveiller le traitement de Mackensie. Il demande à être accompagné par le docteur Landgraf : c'était son droit. Le médecin ainsi désigné va trouver Gerhardt et lui demande ses conseils et ses instructions; Gerhardt se refuse à faire connaître son appréciation sur la nature du mal; il se déclare hors d'état de communiquer aucune instruction à son confrère et le renvoie au docteur Wegner. De son côté le professeur Schrœtter (de Vienne) est appelé en consultation à San-Remo. Il apprend qu'en même temps que lui on fait venir de Berlin le docteur Krause. Il mentionne dans son rapport officiel l'étonnement qu'il éprouve d'avoir vu consulter un médecin qui, selon lui, n'est pas d'une expérience consommée. Il ajoute d'ailleurs qu'il considère le docteur Krause, qui a suivi longtemps sa clinique, comme un jeune homme très studieux et il mentionne avec complaisance une appréciation du prince impérial disant à Krause : « Tiens! mais vous opérez comme Schrœtter, on voit que vous avez été son élève. » Comme tout cela intéresse l'histoire! Nous aurions trop de peine à citer encore ce que renferme de contraire aux lois de la bienséance et de la déontologie médicales les réflexions que contient à chaque page le rapport de Bergmann. Nous savons quelle est la valeur chirurgicale du professeur de Berlin. Pourquoi faut-il que, plus encore que ses confrères, il ait écrit un réquisitoire contre Mackensie au lieu d'un mémoire scientifique?

Nous disions en commençant cet exposé que, bien souvent déjà, des médecins éminents ont été appelés à discuter avec des confrères de nationalité différente des diagnostics parfois difficiles. Nous savons que dans ces circonstances nos maîtres français ont toujours considéré comme leur premier devoir de ne se préoccuper que de l'intérêt du malade auprès duquel ils avaient été appelés et de ne jamais révéler au public extra-médical les divergences d'opinion qui avaient pu se manifester au cours de leur consultation. Les médecins allemands affirment que leurs rapports ne sont qu'une réponse à une série d'articles inspirés jadis par Mackensie. Combien il eût été plus digne de ne répondre à des attaques non justifiées que par un exposé net et précis des faits observés, sans y ajouter tant de commentaires au moins déplacés. Mais nous avons grand tort d'insister. Les chirurgiens allemands, qui nous accusent de suivre d'un pas boiteux leurs incessants progrès, ont d'autres mœurs que les nôtres et une tout autre manière de comprendre ce que nous appelons la dignité et la confraternité médicales.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Fait d'hémiplégie urémique liée a un œdème cérébral diffus, par M. le docteur Dreyfus-Brisac, médecin de l'hôpital Tenon.

L'existence de paralysies motrices, à type hémiplégique, au cours de l'urémie, n'est plus aujourd'hui révoquée en doute; mais, comme nous le disions dans une *Revue clinique* sur cette question parue l'année dernière dans ce journal, l'interprétation des faits de ce genre est encore fort discutable. C'est à ce titre que l'observation suivante d'hémiplégie motrice, survenue chez un urémique, en rapport avec un œdème cérébral diffus, mérite d'être relevée.

Obs. — Le nommé S..., âgé de cinquante-deux ans, entre dans notre service à l'hôpital Tenon, le 25 février 1888; il est atteint de néphrite mixte avec quelques accidents urémiques. Au bout de quelques semaines une amélioration très notable se produisit dans son état et sur sa demande il alla en convalescence à Vincennes le 4 avril.

Il nous fut ramené le 17 avril avec une nouvelle poussée urémique : urines peu abondantes renfermant 14 grammes d'albumine par litre (par l'albuminimètre d'Esbach), congestion pulmonaire, dépression générale, céphalalgie vive. Peu après se produisit un épanchement pleural occupant le tiers inférieur de la poitrine droite.

Sous l'influence du régime lacté avec des diurétiques et des purgatifs, une nouvelle amélioration se produisit; l'albumine tomba à 4 grammes par litre; mais la céphalalgie et la dépression persistaient et l'état général resta peu satisfaisant.

Les choses en étaient là, quand le 30 avril au matin, en passant devant le lit du malade, nous remarquons une déviation de la face; le malade nous apprend qu'à son réveil il s'est senti paralysé de tout le côté gauche. Il s'agit d'une paralysie flasque incomplète, purement motrice, qui frappe les deux membres et la face de ce côté.

Les jours suivants la paralysie sembla quelque peu diminuer; mais en même temps se produisirent des troubles psychiques : agitation, subdélirium avec quelques mouvements convulsifs du côté paralysé. L'agitation fit des progrès incessants et rendit l'examen du malade très difficile : il nous parut cependant que le 7 mai la paralysie s'était de nouveau accentuée. Enfin le 10 mai le malade tomba dans le coma, auquel il succomba le 12 mai.

Autopsie : Congestion pulmonaire surtout à droite. Hydrothorax peu abondant. Cœur très hypertrophié, surtout à gauche, sans lésions valvulaires, aortite légère.

Néphrite mixte.

Lorsqu'on incise la dure-mère, il s'écoule une quantité de sérosité qu'on peut évaluer de 100 à 150 grammes. La dure-mère enlevée, les deux lobes du cerveau apparaissent très œdématiés; les mailles du tissu cellulaire sont distendues par le liquide.

Il est impossible de trouver aucun foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement.

Les ventricules sont remplis de sérosité.

Ce fait présente une remarquable analogie avec quelques-uns de ceux qu'a publiés Raymond dans son mémoire de la *Revue de médecine* (1885). Il prouve que des accidents hémiplégiques peuvent être, au cours de l'urémie, causés

par l'œdème cérébral et les troubles circulatoires qui en sont la conséquence.

D'autre part les observations de ce genre — et elles ne sont plus exceptionnelles aujourd'hui — ne fournissent-elles pas un argument sérieux en faveur de la théorie, quelque peu discréditée à l'heure actuelle, qui donne à l'œdème cérébral une grande place dans la pathogénie des manifestations urémiques?

Paralysies dans la pneumonie par M. le docteur Carre.

(Deuxième article. — Voy. les nos 4 et 6.)

A côté de la paraplégie, on a signalé comme dépendant de la pneumonie les paralysies les plus diverses: 1° paralysies diffuses, croisées, hémiplégie, accidents cérébraux variés, ataxie locomotrice même; 2° paralysies locales d'un membre; paralysies des sens, amaurose, surdité, etc.

Je n'ai pas l'intention de faire ici l'historique de cette question. Imbert-Gourbeyre (*Recherches historiques sur les paralysies consécutives aux maladies aiguës*, in *Gazette médicale de Paris*, 1863, p. 381) et notre compatriote Ravel, de Cavaillon (*Recherches bibliographiques sur les paralysies consécutives aux maladies aiguës*, 1864) l'ont à peu près simultanément développé, chacun de son côté. J'ai présenté moi-même cet historique, en le complétant sur certains points, à la Société de médecine de Vaucluse, le 14 mai 1884. Cette partie de mon travail a été fidèlement reproduite dans la thèse qu'un de mes élèves, le docteur Bourguet, a soutenue la même année à Montpellier (*De la paraplégie dans la pneumonie*, Montpellier, 1884). Je ne saurais mieux faire que de renvoyer le lecteur à ce travail consciencieux.

Je ne ferai que signaler ici la plupart de ces faits ou en présenter un court résumé. Les uns touchent à la paraplégie par un certain côté, les autres aux complications cérébrales. Mon but est d'essayer de les dégager de leur obscurité, et d'en donner une explication raisonnée sous les suivatitres nts : 1° *paralysies diverses*, 2° *paralysies localisées*, 3° *paralysies des sens*.

1° *Paralysies diverses*. — Hippocrate est considéré comme ayant décrit les paralysies qui accompagnent la pneumonie: « Quand le poumon est enflammé conjointement avec le cœur, le malade devient paralytique de tout le corps, et meurt le deuxième ou troisième jour » (Hippocrate, *Prénotions coaques*, n° 401). Ces paralysies résulteraient du transfert de la matière qui vient des poumons. L'accord de ses principaux commentateurs semble bien prouver que l'existence de ces paralysies n'avait pas échappé au père de la médecine, mais non pas leur siège et leur nature.

Ainsi quand Duretus dit: *Alia paraplegiæ causa apud Hippocratem est decubitus materiæ a pulmonibus ut sectio* 2, *lib.* 2 *Epidem*, peut-on admettre qu'il s'agit d'une véritable paraplégie? Evidemment non, puisqu'il cite à l'appui de son dire l'exemple d'une femme qui, à la suite d'une toux prolongée, fut prise d'une paralysie de la main droite et de la jambe gauche. Dans le premier cas, il semble qu'Hippocrate ait eu en vue l'affaiblissement général et la résolution qui surviennent à la période ultime des maladies thoraciques et qui tiennent au trouble de l'hématose, fait que nous retrouvons plus tard, signalé aussi par Huxham; dans le second cas, il s'agit d'une paralysie croisée, survenue dans le cours d'une affection pulmonaire (*affectio tussicularis*). Mais s'agissait-il d'une pneumonie? Ces grands maîtres de la médecine n'étaient pas fort avancés en médecine, et sous le titre de *pleuritis*, de *peri-pneumonia*, ils désignaient les états morbides les plus disparates.

Dans les auteurs qui suivent, et qui ont aussi noté l'existence de la paralysie et de la pneumonie, s'agissait-il de paralysies développées chez des pneumoniques ou de pneumonies développées chez des paralytiques? Il serait difficile de se prononcer.

Ces auteurs parlent de la coexistence de la paralysie et de la pneumonie comme d'une affaire courante; ils en font une classe à part, mais sans interprétation raisonnée, et surtout sans observations personnelles. Ainsi pensent Saxonia (*Pathol. med.*, liv. I, chap. x, p. 58 et suiv.), Boerhaave (*Morb. nerv.*, t. II, p. 578), F.-F. Sauvages (*Nosolog. clinic.*, trad. franç., t. V, p. 297), Bosquillon (*Annotations de Cullen*, 1765, t. II, p. 228, paralysies fébriles qui s'observent souvent dans les maladies de la poitrine, paralysie du bras produite par une vomique), Ploucquet (*Nosog.*, t. LXXIII et liv. III, p. 270), etc.

Le plus souvent l'affection pulmonaire est mal définie, et il s'agit plutôt d'un état chronique des poumons que d'une inflammation aiguë. Ainsi chez le malade de Maloët, cité par Dehaën, lequel malade était atteint de toux fréquentes, accompagnées de crachats purulents et chez lequel il survint d'abord une véritable paralysie des bras et ensuite un affaiblissement des extrémités inférieures. L'existence de ces paralysies sans localisation est affirmée d'une manière très précise dans l'ouvrage de Stork et Collin (*Observationes circa morbos acutos*, t. I, année II, p. 125, 1779, *cap. apoplexia et paralysis*); de plus, ces auteurs établissent la corrélation qui doit exister entre les symptômes pulmonaires et paralytiques et ils font ressortir ce fait que les remèdes qui guérissent les premiers, s'appliquent également aux autres: « Plusieurs malades paralytiques, disent ces auteurs, furent tourmentés en même temps par une toux violente...; souvent, quand l'expectoration était abondante, on remarquait que les mouvements revenaient en partie dans les membres paralysés. Il n'était pas rare, quand la poitrine était complètement débarrassée et que la toux avait disparu, de voir la paralysie disparaître également... Quand la toux et la fièvre avaient cessé, que la respiration était libre, si la paralysie ne s'amendait pas, il fallait recourir aux remèdes âcres...

« Par cette méthode (fumigations, excitants), sur trente-six malades que j'ai soignés en automne ou en hiver, trente-trois ont guéri.

« Un homme de soixante-quatre ans, très affaibli, ne put se débarrasser de sa toux et mourut suffoqué.

« Deux femmes qui avaient été débarrassées de leur toux, virent leur paralysie s'améliorer beaucoup, mais ne purent jamais s'en débarrasser complètement.

« Nous avons observé dans les paralysies de ce genre l'avantage des expectorants, des émollients administrés dès le début de la maladie. »

2° C'est dans Portal, comme nous l'avons dit dans la première partie de ce travail, que nous trouvons nettement indiquée la paraplégie incomplète de la pneumonie. Cet auteur considère ce phénomène comme fréquent, il l'attribue à une congestion des centres nerveux et il a basé son interprétation sur des autopsies (Portal, *Cours d'anatomie médicale*, t. III, p. 219). J. Frank professe les mêmes vues et donne de ces lésions une explication physiologique que nous avons également reproduite. Ce n'est donc pas à Huxham que la paternité doit en revenir comme on l'a avancé, et malgré toute l'estime que nous avons pour les travaux de M. Gubler, nous ne pouvons voir dans l'explication du médecin anglais, comme dans l'exemple qu'il cite d'après sa manière de voir, que l'anéantissement qui précède la fin des maladies pulmonaires. Ces accidents pseudo-paralytiques sont dus alors à l'asphyxie et au défaut d'oxygénation du sang et on les voit d'ailleurs survenir dans

beaucoup d'autres maladies. Logiquement ce serait Hippocrate à qui devrait revenir la priorité, comme nous l'avons dit plus haut.

3° Dans la période moderne les paralysies qui accompagnent la pneumonie sont développées dans des travaux nombreux et importants et les lésions anatomiques qui viennent les compliquer, tant du côté du cerveau que de la moelle épinière, tendent à sortir des généralités pour rentrer dans l'ordre des faits précis. On trouvera dans Ollivier (d'Angers) (*Traité des maladies de la moelle épinière*) plusieurs exemples de ce genre, notamment deux observations, avec symptômes de paraplégie. Jaccoud (*Des paraplégies et de l'ataxie du mouvement*), en parlant des faits anciens et de ceux plus récemment observés, n'y voit qu'une simple coïncidence et se refuse à admettre une relation directe entre les phénomènes paralytiques et l'inflammation du poumon.

Quoi qu'il en soit, la pneumonie tend de plus en plus à être considérée comme une maladie générale, infectieuse, et non *a frigore*. Le principe morbide, entraîné dans le torrent circulatoire, frappe tous les organes: le foie, les reins, la rate, l'intestin, etc.; localisations déjà bien décrites par les anciens, et dont le praticien retrouve tous les jours des exemples au lit du malade. Les déterminations nerveuses frappent de préférence les enveloppes des grands centres, et donnent lieu à des accidents rapides de méningite cérébrale ou spinale, qui se présente quelquefois sous forme épidémique.

Il serait trop long de citer tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, depuis Martinet et Parent-Duchâtelet (*Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde*), Durand-Fardel, jusqu'aux thèses de Verneuil (*De la congestion et de l'inflammation des méninges cérébrales et spinales dans la pneumonie*. Paris, 1873), et de Surugue (*De la méningite compliquant la pneumonie*, Paris, 1875), aux mémoires de Laveran (*Gazette hebdomadaire*, 1875), de Barth et Paulin (*Gazette hebdomadaire*, 1879), et à la statistique de Nauveck (*Revue de Hayem*, t. XX, 1882). La nature même de ces travaux provoque de nombreuses théories. Tantôt on attribue le mal à des embolies (Huguenin, Labadie-Lagrave); tantôt à des germes infectieux: monades, pneumococcus (Sanders, Konhorn, Eberth, Friedlander).

La plupart de ces recherches se trouvent exposées dans un récent article de Netter (*Archives générales de médecine*, avril et juin 1886), et dans un travail de Lauth et Tardieu (*Archives générales de médecine*, 1886). Ces travaux ont établi d'une manière indiscutable que le même agent infectieux se retrouve dans les poumons, dans les méninges ou dans les autres organes de l'économie, frappés également dans le cours de la pneumonie. C'est le pneumocoque.

La fréquence de ces complications fait comprendre la variabilité des phénomènes paralytiques et l'on se demande pourquoi ils ne sont pas plus nombreux. Il résulte en effet, des travaux que nous venons de citer, que la méningite existe dans le dixième des autopsies, et comme la méningite rachidienne est à la meningite cérébrale comme 1:3, on peut en conclure que trois fois sur cent on trouvera à l'autopsie des pneumoniques la méningite rachidienne.

De l'autre côté la statistique a relevé ce fait que sur cent malades atteints de pneumonie, trois présentaient des complications méningées. Ce qui revient à dire qu'une fois sur cent les pneumoniques ont des complications rachidiennes.

Ces prémisses posées, on demeurerait étonné que la paraplégie comme les paralysies, en prenant ces termes dans le sens absolu du mot, ne fussent pas plus fréquentes, si l'on n'admettait pas que le plus souvent l'inflammation méningée guérit avec la pneumonie, en ne laissant d'autre trace qu'une résolution générale ou une grande faiblesse dans les jambes.

On le voit, l'inflammation des méninges tient une grande place dans l'évolution des phénomènes paralytiques, qu'il s'agisse du cerveau ou de la moelle épinière. Dans certains cas, cependant, la pulpe cérébrale ou ses vaisseaux sont plus ou moins directement frappés.

Alors se trouve produite l'apoplexie provenant des poumons telle que la comprenaient déjà Stahl et Récamier. Boyle parle aussi de toux violentes qui se communiquaient à la tête et produisaient la perte de la mémoire et du raisonnement, et la paralysie des mains et des autres membres (*De utilitate philosophiæ naturalis*). Je n'indiquerai qu'en passant les troubles vésaniques, accompagnés de paralysies plus ou moins étendues qui surviennent dans la pneumonie. Rostan avait déjà signalé ce fait (*Traité du ramollissement du cerveau*). Griesinger cite deux cas de manies aiguës consécutives à la pneumonie, dont l'un s'accompagna de symptômes paralytiques du côté gauche du corps et de la face.

D'après cet auteur, Thore, Snell, Jacobi, auraient observé des faits analogues.

D'après Landouzy, Ollivier aurait observé dans le service de Tardieu un cas de paralysie généralisée survenue à la suite d'une pneumonie.

Christian (*De la folie consécutive aux maladies aiguës*, in *Archives générales de médecine*, 1873) cite l'exemple d'une manie aiguë survenue au septième jour d'une pneumonie qui s'était développée elle-même dix jours après un accouchement, et il rappelle que la folie n'est pas rare à la suite de la pneumonie, puisqu'il a pu lui-même en recueillir dix-sept exemples, empruntés à Thore, Griesinger, Morel, etc.

J'ajouterai en terminant que Friedreich a observé à la suite d'une pneumonie des accidents d'ataxie aiguë qui furent transitoires. Il ne s'agit pas dans ce cas d'une véritable ataxie locomotrice, et les lésions consistaient probablement en une hyperplasie de la névroglie et des vaisseaux non seulement dans les cordons postérieurs, mais encore dans d'autres départements de la moelle comme cela a été observé après la fièvre typhoïde (Ebstein, voy. Kahler et Pick, *Archiv. f. psych. und nervenkrankeiten*, t. VIII, fasc. 2, p. 251, 1878).

L'hémiplégie pneumonique nous a paru mériter des développements particuliers.

De l'hémiplégie pneumonique. — L'hémiglégie pneumonique, si bien décrite et mise hors de toute contestation depuis les travaux de Charcot et Lépine, se trouve déjà indiquée dès le siècle dernier. En voici deux exemples pris dans Dehaën :

Un homme de soixante ans, dit cet auteur, qui depuis trois mois était tourmenté par une péripneumonie, dont la résolution ne se faisait pas, fut pris d'une légère attaque d'apoplexie, qui laissa à sa suite une paralysie de la moitié gauche de la langue, du bras et du pied du même côté.

Une autre femme de soixante ans, ajoute-t-il, souffrant d'une toux sèche et pénible, fut atteinte de paralysie du côté gauche de la langue, sans spasmes et sans douleurs. Elle fut atteinte d'un commencement d'apoplexie ou plutôt d'une stupeur générale, qui fut suivie d'une paralysie de tout le côté gauche du corps (Dehaën, *Ratio medendi*, 1761).

Chez un troisième malade, la paralysie était limitée à la langue. Dehaën ajoute que la paralysie variait d'intensité avec l'abondance de l'expectoration et s'amendait en général avec elle.

On peut se demander s'il ne s'agissait pas, au moins dans un de ces cas, d'une pleurésie purulente; l'hémiplégie n'est pas rare en effet dans les épanchements de la plèvre. Malouin (*Mémoires de l'Académie royale des sciences*,

1748), Pourfour, du Petit (*Mémoires sur les sujets proposés par l'Académie royale de chirurgie*, 1778, t. IV), après Galien et Avicenne, qui, il est vrai, employaient indifféremment le terme: pleuritis pour les inflammations de la plèvre et du poumon; Morgagni, cité par Lieutaud (*Historia anatomica, medica*, 1767, chap. III, p. 81), Descot (*Dissertation sur l'empyème*, 1813, thèse, Paris), Lacroisade, thèse, 1804, Menjot (*Dissertationes path.*, Paris, 1674) et tant d'autres en ont cité des exemples sur lesquels il serait inopportun de s'étendre ici.

L'observation suivante, de date plus récente, est un exemple d'hémiplégie consécutive à la pneumonie. Il est vrai d'ajouter que la malade avait eu auparavant un érysipèle, qui peut réclamer une part dans l'étiologie.

Observation de Raïken: Une femme de quarante-quatre ans, à la suite d'un érysipèle, fut prise d'une fièvre aiguë, avec dypsnée, expectoration sanguinolente et douleurs latérales à la poitrine, surtout à gauche. Ces symptômes persistaient depuis six jours lorsque la malade fut admise à l'hôpital: respiration fréquente, oppression considérable, toux provoquant parfois la nausée. Vers le neuvième jour, les membres du côté droit sont entièrement privés de la faculté de se mouvoir, mais non de celle de sentir. La malade mourut le vingtième jour (Raïken, *Observations sur quelques maladies de l'encéphale*, in *Répertoire général d'anatomie*, t. I, 1826, observation I).

Je rappellerai en passant que Rostan a indiqué cette forme d'hémiplégie dans son *Traité du ramollissement cérébral*. Nous reproduirons plus loin une observation de Macario.

Nous insisterons sur ce point que cette forme d'hémiplégie est regardée comme commune par les auteurs de la fin du siècle dernier, puisque nous trouvons mentionnée dans les notes dont Bosquillon a accompagné la cinquième édition de Cullen, l'*hémiplégie intermittente*, et parmi ses variétés, celle qui se développe dans les maladies aiguës, mais surtout dans les maladies de la poitrine, et qui accompagne souvent l'empyème (Cullen, *Médecine pratique*, t. II, p. 229).

L'hémiplégie pneumonique n'est donc pas nouvelle sous le soleil. Elle n'est pas très rare, quoique Landouzy ait émis une opinion contraire. Charcot et Vulpian l'ont observée un certain nombre de fois (Charcot, *Leçons sur les maladies des vieillards et des maladies chroniques*). Lépine, dans sa thèse devenue classique (*De l'hémiplégie pneumonique*, 1870), n'en cite que trois exemples, recueillis à la Salpêtrière, et un quatrième qui diffère par certains côtés des précédents, et qui est emprunté à la thèse de Prévost (*De la déviation conjuguée*, etc. Paris, 1868).

Depuis ou avant le travail de Lépine, plusieurs observations ont été publiées, souvent au cours de la méningite pneumonique, et se présentant sous les dehors d'une véritable apoplexie (Duchâtelet, Greenfield, Barth). Netter, à qui nous empruntons ces renseignements, a publié un exemple de ce genre dans les *Archives de physiologie*.

Voici le résumé de l'observation de Lauth, qui donnera une idée de cette forme (*Archives générales de médecine*, juillet 1886):

Homme de soixante-deux ans, pneumonie double, principalement à droite où elle aboutit à la suppuration, symptômes de méningite, délire. Vers le seizième jour de la maladie, hémiplégie droite avec aphasie et surdité verbale se propageant du même côté de la face; sensibilité diminuée dans tout le corps, battements du cœur irréguliers, souffle systolique à la pointe; l'hémiplégie persista jusqu'à la mort, qui arriva deux jours après.

A l'autopsie, on trouva une méningite fibrino-purulente au niveau du lobe gauche, et principalement de la troisième circonvolution frontale. Rien dans l'artère sylvienne, quoiqu'on ait trouvé de l'endocardite végétante. Pas d'athérome; pneumonie suppurée: le lobe supérieur des deux poumons est en état d'hépatisation grise (1).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 9 JUILLET 1888.

ÉTUDE COMPARATIVE DES POUVOIRS ANTISEPTIQUES DU CYANURE DE MERCURE, DE L'OXYCYANURE DE MERCURE ET DU SUBLIMÉ. Note de M. *Chibret*. — Il résulte d'une longue série d'expérience sur le *Micrococcus aureus* pyogène que l'oxycyanure au 1/1300e agit comme le sublimé au 1/1400e; que le cyanure agit un peu moins bien que l'oxycyanure; que les solutions au 1/100e d'oxycyanure, de cyanure et de sublimé tuent l'*aureus* en cinq minutes; que les mêmes solutions au 1/1000e le tuent en moins d'une heure; que ces mêmes solutions au 1/3000e ne commencent à le tuer qu'au bout de quatre heures et que des cultures d'*aureus* peuvent survivre même après dix heures de bain. Enfin les bains faibles et prolongés au 1/3000e, qui ne détruisent pas l'*aureus*, agissent cependant sur lui en diminuant sa fécondité.

Dans une autre série d'expériences ayant pour but l'étude de l'influence du milieu ou terrain et dans lesquelles l'*agar* était seul baigné, puis ensemencé, l'auteur a constaté qu'un bain de trois minutes sur agar avec une solution au 1/3000e de sublimé, de cyanure et d'oxycyanure de mercure, suffit pour rendre la surface de l'agar impropre à la culture de l'*aureus*. Cette infertilité subsiste pendant plusieurs jours et plus longtemps pour l'agar baigné avec le cyanure et l'oxycyanure que pour celui qui est baigné avec le sublimé.

Enfin, employé en chirurgie sur les surfaces suppurantes ou pour rendre aseptiques les muqueuses et particulièrement la conjonctive, la solution d'oxycyanure au 1/1500e permet d'obtenir une asepsie supérieure à celle que l'on obtient par le sublimé, tant à cause de la tolérance des tissus que par suite de la faible absorption.

SUR LA COMPOSITION DE L'URINE SÉCRÉTÉE PENDANT LA DURÉE D'UNE CONTRE-PRESSION EXERCÉE SUR LES VOIES URINAIRES. Note de MM. *R. Lépine* et *E. Porteret*. — Dans le but de connaître les modifications de conjonction qu'offre l'urine sécrétée pendant la durée d'un certain degré de contre-pression, ces auteurs ont entrepris sur le chien des expériences qui leur ont montré que:

1° Le rapport de la quantité d'urine n'est pas en corrélation nécessaire avec le degré de la contre-pression;

2° Dans le cas de contre-pression *faible*, la quantité d'urée est plus diminuée que la quantité d'urine; dans le cas de contre-pression forte, au contraire, la quantité d'urée est moins diminuée que la quantité d'urine;

3° D'une manière générale dans les contre-pressions faible et forte, le rapport des sels ne diffère pas sensiblement de celui de la quantité d'urine, sauf exception;

4° Dans le cas de contre-pression faible, le rapport des chlorures est *supérieur* à celui des sels; il est au contraire *inférieur* dans le cas de contre-pression forte;

5° Les phosphates passent moins bien du côté de la contre-pression que les sels en masse;

6° Dans quelques expériences où une solution de sucre

(1) Griesinger rapporte l'observation d'un homme qui au quatrième jour d'une pneumonie droite fut pris de délire avec agitation maniaque et hémiplégie incomplète du côté gauche. Les troubles intellectuels et paralytiques disparurent graduellement au bout de quatre mois.

Griesinger est porté à admettre que l'hémiplégie était due à une encéphalite circonscrite par suite d'une thrombose veineuse. Les membres inférieurs étaient fortement œdématiés (Griesinger, *Traité des maladies mentales*, p. 223).

de canne avait été injectée dans les veines pour favoriser la sécrétion de l'urine, le rapport du sucre n'a pas différé sensiblement de celui de la quantité d'urine.

SÉANCE DU 16 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DE LA GANGRÈNE FOUDROYANTE ET SPÉCIALEMENT DE SON INOCULATION PRÉVENTIVE. Note de M. *A. Cornevin*. — S'il est admis que l'homme et les animaux à sang chaud, le bœuf excepté, sont aptes à subir les atteintes de la gangrène foudroyante ou gazeuse, cependant la réceptivité des espèces animales domestiques pour cette maladie est fort inégale.

Les recherches que M. A. Cornevin a entreprises lui permettent de classer ces animaux comme suit d'après l'ordre décroissant de leur susceptibilité. En première ligne, le cobaye, l'âne et le cheval; en deuxième ligne, le mouton et le pigeon; en troisième ligne, le lapin et le coq; en quatrième ligne, le rat blanc; en cinquième ligne, le chat, le chien et le canard.

Or la constatation d'une pareille inégalité l'a conduit à rechercher si, par le passage sur une série de sujets d'une même espèce animale, le virus se trouve modifié dans son activité pour d'autres espèces. Le cobaye et le rat blanc ont été choisis pour ces expériences. Il est arrivé ainsi à constater que, quel que soit le nombre des générations que l'on atteigne, en passant de cobaye à cobaye, le bacille de la gangrène foudroyante ou gazeuse conserve intacte sa virulence; reporté sur les animaux cités plus haut, il les tue tous. Mais les résultats sont différents si l'on agit sur le rat blanc en se servant de sujets adultes ou âgés. En effet, à partir de la septième génération, le virus recueilli et transporté sur d'autres espèces animales tue dans les délais habituels tous les cobayes inoculés; il ne fait mourir qu'une partie des lapins et des pigeons et dans un laps de temps plus considérable que quand le virus a une autre provenance; enfin il respecte les canards, les chats et les chiens, à moins qu'il ne s'agisse de jeunes sujets. On est donc autorisé, par suite, à conclure que le passage par l'organisme d'une série de rats blancs atténue la virulence de la gangrène foudroyante ou gazeuse. D'autre part, les nombreuses recherches et expériences que l'auteur a faites sur le même sujet lui ont permis de constater, entre autres faits:

1° L'identité du virus de la septicémie gangreneuse avec le vibrion septique, déjà signalé antérieurement par MM. Chauveau et Arloing;

2° L'atténuation aussi du virus de la gangrène foudroyante par l'action combinée de la chaleur et de certaines substances chimiques telles, par exemple, que les phénols;

3° Que le virus atténué confère l'immunité contre le virus fort, mais que cette immunité est de très courte durée, ne dépassant pas vingt-quatre jours, chiffre maximum, étant même moindre quelquefois;

4° Que l'acide lactique est susceptible de régénérer le virus atténué, de lui rendre son activité;

5° Que les vibrions septiques sont très abondants dans les terres cultivées; qu'ils sont très rares, au contraire, sinon même absents, dans le sol des forêts; enfin qu'ils n'ont pas été trouvés jusqu'ici dans l'air;

6° Que ce vibrion ne s'inocule jamais sur les surfaces naturelles, tandis qu'il donne lieu aux accidents les plus graves, voire même souvent mortels, si l'on vient à l'inoculer, par exemple, sous la peau.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. *Plicque*, interne des hôpitaux de Paris, envoie un *Pli cacheté*, dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Rommelaere* (de Bruxelles) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger dans la première division.

M. le docteur *Cazalas*, médecin-major, envoie le relevé des *vaccinations* et *revaccinations* qu'il a pratiquées au 2e régiment de zouaves, à Oran, en 1887-1888.

M. le docteur *Gauthier* (Gabriel) (de Charolles) adresse une *Note* manuscrite sur l'*emploi du chlorhydrate de cocaïne comme hémostatique*.

M. le docteur *Illingsworth* envoie une brochure intitulée: *Le traitement abortif des affections fébriles spécifiques par le biiodure de mercure.*

M. *Proust* présente un rapport de M. le docteur *Edelmann* sur *les vaccinations* et *revaccinations* qu'il a pratiquées à Pantin en 1887.

M. *Worms* dépose, de la part de M. le docteur *Vincent* (d'Armentières), un mémoire imprimé sur *un cas de déchirure utérine pendant le travail, passage de l'enfant et des annexes dans le péritoine, laparotomie faite trente-six heures après, guérison.*

M. *Bouchard* présente un mémoire manuscrit de M. le docteur *Chiaïs* sur *l'action physiologique de l'eau d'Évian.*

M. *Gariel* dépose la 2e partie du compte rendu de la session tenue à Toulouse, en 1887, par l'Association française pour l'avancement des sciences.

M. *Laboulbène* présente un mémoire manuscrit de M. le docteur *Moura*, ayant pour titre: *Genèse et ordre de succession des vibrations glottiques.*

M. *Tarnier* dépose: 1° l'article VERSION, par M. le docteur *Maygrier*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* 2° une *sonde pour injections intra-utérines*, imaginée par M. le docteur *Ollivier*.

SACCHARINE. — M. *Worms* confirme, comme il l'a déclaré dans l'avant-dernière séance et d'après de nouveaux renseignements, que M. le docteur *Pavy* (de Londres) dit avoir remarqué chez les personnes faisant usage de saccharine, un goût désagréable laissé par ce médicament ou une saveur sucrée persistante de la bouche. Malgré cela, M. Pavy reste favorable à l'emploi de la saccharine; le terme de troubles dyspeptiques lui paraît à peine applicable à ces manifestations.

INTOXICATION LENTE PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX. — A propos des faits d'intoxication lente par l'acide arsénieux récemment observés à Hyères, M. le docteur *Vidal*, médecin dans cette localité, donne lecture d'une observation démontrant la similitude des symptômes de l'acrodynie et de l'intoxication lente par l'acide arsénieux. Quatre périodes ont été distinguées dans ce cas: 1° embarras gastrique; 2° diarrhée; 3° éruptions diverses et 4° acrodynie, produite par l'usage longtemps prolongé d'un vin contenant quelques milligrammes d'acide arsénieux. C'est par le diagnostic de l'acrodynie et par la recherche de ses causes qu'il est arrivé à demander l'analyse du vin bu par ses malades et qu'il a pu signaler la présence de ce poison dans cette boisson. Aussi y aurait-il lieu de rechercher si bon nombre d'épidémies d'acrodynie, pour ne pas dire toutes, n'ont pas été provoquées par la présence dans les aliments de petites quantités de sels arsénicaux? Il serait utile de rapprocher ces faits, afin de rechercher s'ils confirment les rapprochements indiqués d'une manière générale entre cette affection et l'intoxication par les sels métalliques signalée autrefois par M. Théophile Roussel. — (Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *E. Vidal* et *Ollivier*.)

PHOSPHATAGE ET TARTRAGE DES VINS. — Dans ces derniers temps, on a proposé de substituer au plâtrage des vins soit le phosphatage, soit le tartrage et même d'autres pratiques. M. *Armand Gautier*, dans un rapport spécial, déclare qu'au point de vue de l'hygiène publique les pratiques du phosphatage ou du tartrage des moûts ne sauraient présenter aucun inconvénient sensible. Elles ont l'une et l'autre le grand avantage d'augmenter le titre alcoolique des vins en activant la vie des levures viniques et corrélativement en s'opposant au développement des organismes d'où résultent les alcools secondaires et supérieurs, c'est-à-dire les produits les plus nuisibles des alcools de vin. L'une et l'autre méthode augmentent dans les vins la quantité de

substances colorantes dissoutes, c'est-à-dire les principales matières tannantes, toniques et souvent ferrugineuses, quoique dans une proportion généralement moindre que ne le fait le plâtrage. Le phosphatage introduit aussi dans le vin, à l'état de phosphates de potasse et de chaux, 1 gramme à 1gr,5 de sels utiles à la reconstitution des tissus, ceux-là mêmes que nous fournissent tous les jours la viande et le pain. Le tartrage ne modifie pas sensiblement la composition du vin produit, abstraction faite de l'augmentation de l'alcool, de la couleur et de la diminution des composés plus ou moins dangereux qui résultent des fermentations secondaires. En produisant une fermentation rapide, une défécation plus complète des vins, ces deux méthodes paraissent devoir réussir, lorsqu'elles sont bien appliquées, à les préserver de toute altération ultérieure. Une expérience plus longtemps prolongée permettra de se prononcer sur ce dernier point.

Filipuncture. — M. *Verneuil* achève sa communication sur la filipuncture. Il la résume, en fin de compte, dans les termes suivants:

La méthode de Moore ou filipuncture, essentiellement conçue en vue du traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique, est chirurgicalement caractérisée par l'introduction et l'abandon, dans les sacs anévrysmaux, de fils le plus souvent métalliques. Physiologiquement, elle repose sur la propriété bien connue qu'ont les corps étrangers introduits dans le torrent circulatoire de provoquer la coagulation du sang et la séparation de la fibrine. Partant de là, on espère que ces caillots et cette fibrine se déposeront d'une part sur les fils et d'autre part sur les parois des sacs, formeront au centre et à la circonférence des masses ou des couches solides qui combleront, en se réunissant, la cavité de l'anévrysme, c'est-à-dire amèneront la guérison radicale ou au moins renforceront la paroi de façon à arrêter la marche du mal, à atténuer les accidents, à prévenir ou à retarder la rupture et aussi à prolonger plus ou moins la vie. On compte, pour assurer la déposition constante et la solidification progressive des caillots et de la fibrine, sur la permanence ou au moins sur le séjour prolongé des corps étrangers et l'on s'appuie sur la tolérance bien connue de l'organisme à l'égard de ces corps étrangers pour proclamer à la fois l'efficacité et l'innocuité de la méthode, laquelle est d'ailleurs d'une exécution fort simple. Voilà pour les espérances et les promesses de la théorie. Et voici ce qu'a, jusqu'à ce jour, montré la pratique :

Les opérateurs ne sont jusqu'ici d'accord sur aucun point de la technique. Presque tous ont imaginé un procédé particulier, ou modifié ceux de leurs prédécesseurs, ou associé plusieurs méthodes sans qu'il soit possible aujourd'hui de savoir quelle serait la meilleure marche à suivre. L'opération est moins facile qu'on ne le dit; parfois elle est restée inachevée ou imparfaitement exécutée, elle a provoqué des accidents graves. Les corps étrangers introduits dans le sac n'y produisent pas toujours la coagulation du sang et la déposition régulière de la fibrine, et quand, ce qui est la règle, les caillots cruoriques ou fibrineux se forment, ils pèchent le plus souvent tantôt par la quantité, tantôt par la qualité, tantôt par une disposition ou une répartition défectueuse, tantôt enfin par le défaut de persistance, celle-ci n'étant pas assurée par la permanence des fils. Ces mêmes corps étrangers, métalliques ou autres, dont par une singulière contradiction on désire à la fois la persistance et la disparition, provoquent directement par leur présence des accidents variés, inflammatoires ou mécaniques, primitifs ou tardifs, en tous cas fort graves.

La filipuncture, considérée soit comme opération radicale, soit comme opération palliative, et employée contre les anévrysmes profonds et contre les anévrysmes externes, a donné jusqu'ici des résultats lamentables et certainement bien inférieurs à ceux qu'ont fournis les autres méthodes chirurgicales et même médicales. Elle n'a jamais réussi dans les anévrysmes de l'aorte thoracique pour lesquels elle a été imaginée, pas plus que dans ceux du tronc brachio-céphalique, de la sous-clavière, de la fémoro-iliaque et de la poplitée; elle paraît plus efficace en cas d'anévrysmes de l'aorte abdominale, pour lesquels elle mériterait peut-être d'être conservée. Elle ne compte que deux succès incontestables, dont l'un facilement obtenu sur l'artère humérale dans un cas très simple. Elle n'est pas plus puissante comme opération palliative. Les améliorations qu'on lui attribue sont rares, minimes, fugaces, imputables parfois à divers moyens associés, et certainement neutralisées en quelques cas par des aggravations promptes et redoutables. Elle a manifestement soulagé plusieurs patients, mais rien ne prouve qu'elle ait prolongé la vie d'aucun d'entre eux. Tout au contraire elle a, sans contestation possible, précipité la terminaison funeste dans plus d'un cas, à quoi il convient d'ajouter que la survie opératoire a atteint pour l'ensemble des cas une moyenne très faible, infiniment plus courte que par toute autre thérapeutique, y compris l'expectative pure et simple.

La filipuncture a été pratiquée jusqu'ici sur trente-quatre malades, dont trente sont morts bien avant l'expiration de l'année et pour la plupart avant la fin du premier mois. Il serait injuste de lui attribuer la totalité de ces revers dont quelques-uns sont manifestement imputables au mauvais état de santé antérieur, aux lésions graves préexistant dans les organes éloignés ou voisins de l'anévrysme, aux conditions anatomiques mauvaises et aux rapports dangereux du sac anévrysmal. Mais la gravité intrinsèque de la méthode n'en est pas moins démontrée par les accidents opératoires, partis trop souvent du trauma lui-même, et par l'aggravation indéniable et rapide des propathies locales et générales. La pratique n'ayant pas réalisé les espérances de la théorie, la filipuncture ne doit pas être encouragée et l'on ne saurait conseiller à personne d'y avoir désormais recours.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Vergetures de la peau dans la fièvre typhoïde: MM. Bucquoy, Barié. — Correspondance. — Ectocardie (Présentation de malade) : M. Huchard. — Du diagnostic de l'hémoglobinurie : M. Haysm (Discussion : MM. Millard, Féréol). — Angine de poitrine et lésion des coronaires : M. Troisier. — Angine de poitrine ; rétrécissement des coronaires : M. Huchard (Discussion : M. Barié).

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Bucquoy* présente les deux aquarelles dont il a parlé reproduisant les vergetures observées chez ses deux malades atteints de fièvre typhoïde. Il rappelle que les vergetures des seins et de la crête iliaque, survenues au seizième jour de la dothiénentérie, chez la jeune fille, démontrent qu'il ne faut pas toujours attribuer cette lésion à l'allongement rapide du corps et à l'étirement de la peau.

M. *Barié* présente la portion de la peau, siège des vergetures développées au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, au cours d'une troisième rechute de fièvre typhoïde chez la jeune fille dont il a parlé. Cette malade a succombé à une typhlite consécutive.

— La Société a reçu une lettre de M. *Manouvriez* relative à la pathogénie des vergetures dans la fièvre typhoïde : celles des membres, du dos et des flancs résultent de la forte distension de la peau dans le décubitus « en chien de fusil», et celles de l'abdomen, de la distension due au météorisme. Cette lésion est, d'ailleurs, favorisée par le défaut de vitalité de la peau dans la dothiénentérie.

— M. *Huchard* présente une femme de trente-six ans, atteinte d'ectocardie congénitale dans la région épigastrique, par arrêt de développement de la partie inférieure du sternum et de la portion correspondante du diaphragme. Elle a eu quatre grossesses; les trois premiers accouchements se sont passés sans accidents; après le quatrième se sont montrés des phénomènes syncopaux, avec petitesse et irrégularité du pouls. L'éventration épigastrique forme une volumineuse hernie dans laquelle s'est insinué le cœur qu'on voit battre sous la peau. et une portion de l'intestin. Cette hernie a progressivement augmenté dans ces dernières années.

— M. *Hayem* communique les résultats de son observation sur la malade atteinte d'hémoglobinurie paroxystique dont M. Millard a parlé dans une précédente séance, et qu'il lui a adressée dans son service. Le jour de l'entrée, urines rouges, par suite de la fatigue et du froid, au dire de la malade. Dès le lendemain, M. Hayem constate une douleur lombaire siégeant à gauche, exaspérée au moment des crises d'urine foncée, une impressionnabilité extrême au froid avec cyanose prédominante à gauche. Les urines, dont la couleur rouge disparut dès le lendemain, étaient légèrement troubles et présentaient tous les caractères des urines hématuriques : assez nombreux globules rouges altérés ; deux bandes faibles d'oxyhémoglobine, au spectroscope, et légère bande d'urobiline, mais pas trace de bande de méthémoglobine ou d'hématine. Petite quantité d'albumine. Les urines non colorées des jours suivants contenaient encore de l'albumine de façon irrégulière : l'albumine existait dans les urines du matin ou de midi ; dans la soirée on ne trouvait qu'un peu d'urobiline. M. Hayem, comme M. Millard, a échoué dans ses tentatives pour provoquer un accès sous l'action du froid ; il n'a obtenu qu'une légère albuminurie momentanée, à la suite de chaque expérience. — Il songea d'abord à l'existence d'une tuberculose rénale du côté gauche, et institua en conséquence une thérapeutique reconstituante ; mais l'existence de céphalées persistantes, la chute des cheveux, la présence de quelques croûtelles sur le cuir chevelu, firent songer à la syphilis, en dépit de tout antécédent connu, de tout signe manifeste. Sous l'influence du traitement spécifique tous les accidents diminuèrent rapidement, et la malade est aujourd'hui presque absolument guérie. On peut donc vraisemblablement admettre, dans ce cas, l'existence d'une néphrite syphilitique ayant déterminé de l'albuminurie et de l'hématurie paroxystiques. M. Hayem n'a constaté à aucun moment les caractères de l'urine hémoglobinurique. L'accès d'hémoglobinurie, du 26 décembre au 2 janvier, signalé dans l'observation recueillie par l'interne de M. Millard, ne semble pas indiscutable : en effet les accès *hémoglobinuriques* ne durent qu'un temps très court, quelques heures, plus ou moins intenses suivant l'intensité du refroidissement ; les urines, pendant ce temps, offrent une gamme chromatique ascendante jusqu'à la teinte café, puis se décolorent progressivement. Elles restent toujours translucides, avec teinte vineuse par transparence. Elles ne renferment pas de globules sanguins, et le spectroscope y montre constamment dès l'émission, outre les deux bandes d'oxyhémoglobine, une bande de méthémoglobine dans la région du rouge.

Les urines *hématuriques*, au contraire, sont plus rouges et toujours troubles; elles renferment des globules sanguins, et ne montrent que les bandes d'oxyhémoglobine. Il faut toujours faire les recherches sur des urines fraîchement émises, sans quoi on s'expose à des chances d'erreur. On a sans doute souvent pris pour des accès d'hémoglobinurie de simples décharges de sang dans les urines. Peut-être en a-t-il été ainsi chez le malade de M. Millard, d'autant que les symptômes ne sont pas typiques de l'hémoglobinurie. Ordinairement, chez les hémoglobinuriques, on n'observe pas une douleur lombaire unilatérale : lorsqu'elle existe, elle s'étend aux deux côtés; l'albuminurie est exceptionnelle en dehors des accès et ceux-ci peuvent être facilement provoqués, à volonté, par l'action du froid. Le cas de la malade en question paraît se rapprocher de l'hémoglobinurie paroxystique d'origine syphilitique, sans cependant se confondre avec ce type morbide. M. Hayem a examiné le sérum sanguin : à tous les moments, et encore maintenant que la malade paraît guérie, ce sérum offre une coloration rouge manifeste, il est nettement laqué. Il est intéressant de constater l'absence d'hémoglobinurie dans ces conditions ; on y trouve un argument contre la théorie pathogénique de l'hémoglobinhémie. D'ailleurs, si l'on apporte, dans ce cas, un soin suffisant à cet examen du sérum, on s'assure qu'il ne s'agit pas d'une dissolution de l'hémoglobine intra-vasculaire, mais seulement *in vitro* pendant la formation du caillot sanguin. Ce phénomène se rencontre chez certains albuminuriques ou cardiaques, sans qu'on puisse encore en déterminer la cause prochaine. En résumé, si l'existence de la syphilis était démontrée chez la malade de M. Millard, on pourrait sans doute admettre que cette maladie engendre deux variétés d'affections à manifestations rénales : l'une est l'hémoglobinurie paroxystique, *a frigore;* l'autre est caractérisée par une albuminurie paroxystique, avec hématurie plus ou moins intense. Dans les deux cas le froid et peut-être la fatigue joueraient le rôle de cause provocatrice des accès. Les malades auraient une grande impressionnabilité au froid et un état particulier du système vaso-moteur facilitant la production d'une forte congestion rénale.

M. *Millard* remercie M. Hayem des intéressants renseignements qu'il vient de fournir au sujet de la malade qu'il lui a adressée. Il rappelle qu'il avait spécifié, en communiquant antérieurement l'observation de ce cas, qu'elle renfermait bien des lacunes, car il manquait de l'outillage et de la compétence nécessaires pour élucider la question hématologique. Il reste pourtant surpris de voir admettre chez cette femme la syphilis, car ni lui-même, ni aucun des médecins qui l'ont examinée dans son service, n'avaient relevé d'indices en faveur de ce diagnostic ; les signes invoqués par M. Hayem sont-ils bien probants ? Il avait songé un moment à l'hypothèse d'une simulation chez une femme paresseuse désirant rester à l'hôpital, mais la surveillance dont il l'a fait entourer n'a pas justifié ce soupçon.

M. *Hayem* n'affirme pas la syphilis, mais il fait remarquer qu'on l'admet bien souvent sans preuves plus nettes chez beaucoup de tabétiques. Si la guérison par le traitement spécifique se maintient, ce serait un argument de valeur. Il est également convaincu qu'il ne s'agit pas de simulation ; cette femme est réellement malade.

M. *Féréol* a observé récemment un malade dans son service paraissant atteint d'hémoglobinurie. Mais, si l'urine contenue dans le vase du malade renfermait parfois un peu d'hémoglobine et offrait une légère coloration rouge, celle recueillie directement par la sonde était normale. La surveillance exercée autour du malade fit reconnaître que cet individu se livrait parfois la nuit à quelque manipulation des urines contenues dans le bocal placé près de lui, et que toujours, le lendemain, ces urines étaient teintées d'hémoglobine. On voit qu'on fera bien de songer, en pareil cas, à la simulation possible, si l'on veut se mettre à l'abri de toute cause d'erreur.

— M. *Troisier* fait présenter par son interne, M. Huledo, une pièce anatomique sur laquelle on peut constater très nettement des lésions d'aortite chronique avec rétrécissement des deux coronaires, dont l'une, la gauche, est presque oblitérée sur une longueur de 1 centimètre. Cette pièce a

été recueillie à l'autopsie d'un homme de cinquante ans, alcoolique et tabagique, qui succomba à des accidents d'angine de poitrine fréquemment répétés depuis deux ans.

— M. *Huchard* donne lecture d'une observation ainsi résumée : accès pseudo-gastralgiques d'angine de poitrine chez une femme de cinquante-sept ans, puis accès nocturnes et diurnes sous l'influence de l'effort. Rétrécissement et insuffisance aortiques; aortite subaiguë; dilatation de l'aorte. Signes d'hypertension artérielle; augmentation du souffle diastolique de l'aorte sous l'influence des accès. Amélioration sous l'influence de la médication iodurée ; aggravation par la digitale, l'antipyrine et l'acétanilide. Mort subite. A l'autopsie : rétrécissement et oblitération de l'artère coronaire gauche, aortite, dilatation et lésions orificielles de l'aorte; sclérose dystrophique du cœur, avec atrophie partielle du ventricule gauche.

M. *Barié* a observé également le rétrécissement de la coronaire postérieure, à 1 centimètre au delà de son orifice dilaté, chez un homme d'une cinquantaine d'années, atteint d'une double lésion aortique avec accès violents d'angine de poitrine auquel il succomba.

— A cinq heures la Société se forme en comité secret.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Kyste du vagin: M. Richelot. — Injections d'éther iodoformé : M. Quénu. — Lésions du nerf sciatique poplité externe dans les fractures du péroné: M. Marchant, M. Schwartz, rapporteur. — État du testicule dans les oblitérations de la tunique vaginale: M. Reclus (Discussion: MM. Monod, Trélat, Terrillon, Reclus). — Résection de l'intestin pour cancer : M. Bouilly (Discussion: MM. Terrillon, Nicaise, Pozzi, Trélat, Le Dentu). — Dilatation des lymphatiques : M. Th. Anger. — Spéculum court: M. Nicaise. — Kyste du ligament large: M. Terrillon.

M. *Richelot* a observé une femme qui portait dans un cul-de-sac latéral du vagin une tumeur qui ressemblait soit à une cystocèle, soit à une invagination de l'utérus. Mais bientôt il conclut à une tumeur péri-utérine dont la ponction lui démontra le contenu liquide. Ce kyste fut extirpé. Sa paroi est tapissée d'épithélium cylindrique. L'explication la plus plausible est d'invoquer un kyste du canal de Gaertner.

— M. *Quénu.* M. Verneuil a dit que les intoxications par l'iodoforme surviennent chez les individus qui ont le foie ou les reins malades. Les organes étaient sains chez la malade que M. Quénu a observée.

— M. *Schwartz* lit un rapport sur une observation de M. *Gérard Marchant: Fracture de l'extrémité supérieure du péroné, paralysie du sciatique poplité externe, résection du cal, guérison.* Cette fracture accompagnait une fracture du plateau tibial et la paralysie fut reconnue au quarantième jour, lorsque l'appareil plâtré fut retiré. Pendant plusieurs mois les divers traitements restèrent inefficaces et c'est alors que le malade vint dans le service de M. Marchant. L'absence de troubles trophiques, l'absence de douleurs, l'étude électrique soignée firent conclure qu'il n'y avait pas de névrite. Le cal fut mis à nu et l'on vit alors que le nerf injecté et gris bleuâtre était comme soulevé par un chevalet. Après résection du cal, le retour des fonctions fut lent, mais il fut bon. La contractilité électrique est revenue après la contraction volontaire. A ce propos, M. Marchant rappelle que la première observation de ce genre a été publiée par Hergott en 1854 à la Société médicale du Haut-Rhin; Müller et Weber ont alors fait connaître chacun un cas semblable. Puis sont venues deux observations de S. Duplay, dont une, avec autopsie, a été communiquée à la Société de chirurgie en 1881. M. Marchant cite encore des observations de Terrier, de Callender, de Gaujot; la thèse de Tissandier, une leçon récente de Charcot (*Progrès médical*, 1887). Toutes ces études prouvent que cette paralysie n'est pas rare dans cette variété de fracture et que, d'autre part, elle est souvent grave, persistante, rebelle, s'accompagnant de troubles trophiques. Aussi doit-on entreprendre le traitement chirurgical pour libérer le nerf pris dans le cal.

— M. *Reclus* fait une *communication sur l'état du testicule lorsque la vaginale est totalement oblitérée.* Gosselin a dit que la spermatogénèse est alors nulle et malgré quelques protestations (Julliard, Fleury), cela est aujourd'hui un article de foi. Or M. Reclus a disséqué à Bicêtre 300 testicules et en a trouvé 24 adhérents; 12 avaient des adhérences presque complètes et 4 seulement ne contenaient pas de spermatozoïdes; 12 avaient des adhérences totales, et 3 étaient inféconds. Or ils appartenaient à des sujets de soixante et onze, quatre-vingt-un et quatre-vingt-quatre ans. La loi de Gosselin est donc erronée; il ne l'établit d'ailleurs que sur une seule observation où l'épididyme est malade. Or lui-même a prouvé que les lésions épididymaires chroniques sont cause de stérilité et c'est ainsi que M. Reclus explique la cessation de la spermatogénèse lorsque la vaginale est oblitérée. On sait en effet que la vaginale n'est guère malade que consécutivement à des lésions épididymaires. Tout cela a quelque importance pour le traitement de l'hydrocèle: on cherchait à éviter les adhérences totales. Le but à poursuivre est d'employer le traitement qui cause le moins d'épididymite.

M. *Monod* rappelle que M. Pilliet a montré, il y a peu de temps, que dans les vieilles vaginalites il se fait une sclérose testiculaire, comparable probablement aux cirrhoses sous-séreuses décrites par Poulin. Là est peut-être la cause de l'infécondité.

M. *Reclus* ne le pense pas. Pour lui, les lésions testiculaires sont probablement consécutives à celles de l'épididyme, sont comparables à la cirrhose du foie par ligature du cholédoque. Dans tout cela, l'épididyme est le point de départ et l'anatomie l'explique. Testicule et vaginale sont séparés par une carapace albuginée épaisse et il n'y a de l'un à l'autre aucune communication lymphatique. Les conditions inverses existent au niveau de l'épididyme, dont le retentissement sur la vaginale est considérable.

M. *Terrillon* a fait depuis longtemps déjà des expériences pour le démontrer: toute irritation épididymaire cause de la vaginalite.

M. *Reclus* n'a pas voulu citer tous les auteurs, dont M. Terrillon, qui ont contribué à établir cette loi. Il aurait fallu remonter à Percival, Pott. Et c'est surtout Kocher qui a mis tout cela en relief.

M. *Trélat* est de cet avis, ces idées sont anciennes; Nélaton les soutenait en disant que toute hydrocèle est symptomatique. Cette opinion est aujourd'hui assise.

— M. *Bouilly* communique une observation d'*entérectomie pour cancer de l'angle iléo-colique.* Une femme de quarante-quatre ans avait depuis quatre à cinq ans des troubles abdominaux assez vagues, avec crises dyspeptiques douloureuses qui se rapprochèrent peu à peu, puis devinrent continues, à mesure que la douleur se localisait vers la fosse iliaque droite. Puis une tumeur se manifesta en cet endroit, tumeur à accroissement lent, tandis que la malade s'affaiblissait, devenait incapable de travailler. Plusieurs purgatifs énergiques n'ayant eu aucun effet, les organes génitaux étant sains, M. Bouilly diagnostiqua une tumeur

maligne de l'intestin et, vu la lenteur de la marche, il fit la laparotomie et l'entérectomie après deux jours de diète, précédée d'une purgation. L'intestin étant vide, l'opération fut très facile; la différence de calibre du côlon et de l'iléon ne gêna pas pour la suture (quinze points de Lembert et dix points superficiels). Il fut inutile de suturer le mésentère. La malade guérit fort bien, malgré une petite fistule stercorale qui s'établit, apyrétique, le sixième jour, puis se ferma au vingt-quatrième jour. Aujourd'hui, sept mois et demi après l'opération, la malade a engraissé de 10 kilogrammes et depuis deux mois elle travaille. L'examen histologique fait par M. Pilliet a révélé un lymphosarcome.

M. *Nicaise*, au lieu de soumettre à la diète ces malades déjà affaiblis, préfère les soutenir à l'aide d'aliments liquides, jaunes d'œufs et peptones, qui ne laissent aucun résidu.

M. *Pozzi* a vu Billroth faire une opération de ce genre et mettre quarante-deux points de suture. C'est peut-être faute d'un nombre suffisant de points qu'il y a eu chez la malade de M. Bouilly une fistule stercorale. D'autre part, cette fistule peut causer des accidents graves. Aussi Billroth fait-il, par une contre-ouverture postérieure, un drainage préventif à la gaze iodoformée.

M. *Bouilly* n'est pas partisan de ce drainage quand l'opération a été simple. Il pense, d'autre part, que la multiplication des points de suture favorise la mortification, donc la fistule. Il faut obtenir un affrontement exact avec aussi peu de fils que possible. Cela est approuvé par MM. *Trélat* et *Le Dentu*.

— M. *Th. Anger* présente un malade atteint de *dilatation des réseaux lymphatiques de la peau.*

— M. *Nicaise* présente un *spéculum court.*

— M. *Terrillon* montre un *kyste para-ovarique.*

A. BROCA.

Société anatomique.

SÉANCE DU 24 JUIN 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Pampoukis* fait une communication sur l'état des viscères, et du foie en particulier, dans les *fièvres intermittentes comateuses.*

— M. *Pilliet* fait voir : 1° un *sarcome de la capsule surrénale droite*; 2° un *cancer de la tête du pancréas.*

— M. *Petit* présente des pièces de grossesse tubaire.

SÉANCE DU 6 JUILLET 1888.

M. *Darier* fait voir un cas de *syphilis du larynx.*

— M. *Couder* communique un cas d'*occlusion intestinale* par étranglement de l'iléon à travers une perforation du grand épiploon.

— M. *Dagron* montre un *ostéosarcome du fémur* avec bourgeon néoplasique dans la veine poplitée.

— M. *Decressac* présente un *kyste hydatique du corps thyroïde.*

SÉANCE DU 13 JUILLET 1888.

M. *Tuffier* fait une étude expérimentale sur les *corps étrangers du rein.*

— M. *Chantemesse* étudie la *pneumonie infectieuse des chevaux.*

— M. *Castex* montre une *tuberculose laryngée* ayant simulé un cancer.

REVUE DES JOURNAUX

Cirrhose hypertrophique sans ictère, par M. E. DEMANGE. — A côté des cirrhoses hypertrophiques biliaire, graisseuse, et des cirrhoses hypertrophiques des diabétiques et des paludéens doit venir se ranger l'observation recueillie par le professeur de Nancy, qui semble établir l'existence d'une variété non encore décrite de cirrhose hypertrophique sans ictère.

Il s'agit d'un homme âgé, toujours bien portant, sans antécédents d'alcoolisme ou de syphilis, pris de troubles digestifs, anorexie et diarrhée, et offrant une hypertrophie progressive du foie avec peu d'ascite et de circulation veineuse collatérale, et absence totale d'ictère jusqu'à la mort, survenue au bout de trois mois et demi, dans le coma, avec une pleuro-pneumonie ultime. A aucun moment le foie n'a diminué de volume; il a constamment augmenté. On a noté un affaiblissement excessif, quelques hémorrhagies pétéchiales, et une albuminurie légère. A l'autopsie, le foie est gros, il a conservé sa forme; bord épais, arrondi, sans nodosités; consistance dure, couleur jaune-chamois; peu de sang et de bile. L'examen histologique montre une active prolifération nucléaire, sans altération appréciable graisseuse ou amyloïde des cellules, une hépatite interstitielle diffuse intra et extra-lobulaire, à marche subaiguë, avec absence de lésions des canaux biliaires et perméabilité des veines. Hypertrophie scléreuse de la rate, léger degré de néphrite interstitielle.

Les caractères cliniques et anatomiques de cette cirrhose lui imposent une existence propre, et justifient la distinction faite par M. Demange avec les autres formes de cirrhose hypertrophique, avec la cirrhose cardiaque, ou le premier stade hypertrophique de la cirrhose commune : on doit la désigner sous le nom de cirrhose hypertrophique sans ictère. (*Revue de médecine*, 10 mars 1888.)

Traumatisme périphérique et tabes, par MM. P. SPILLMANN et P. PARISOT. — Les rapport qui existent entre le traumatisme et le tabes ont été, en France, l'objet d'un certain nombre de recherches de la part de MM. L.-H. Petit, Lécorché et Talamon, Straus, Ferry, et la question est reprise à nouveau, à l'égard du seul traumatisme périphérique, par MM. Spillmann et Parisot, qui relatent deux observations nouvelles, dont une leur est personnelle.

Ils montrent que le traumatisme périphérique peut déterminer, dans certains cas, la production de phénomènes tabétiques : les fractures, une chute sur le ventre, une torsion du pied, une plaie de la peau du genou, une blessure minime de la plante du pied, même une opération sur une dent, ont pu être incriminées, ce qui prouve que l'importance du traumatisme n'entre pas en ligne de compte. Le tabes ne se développe pas d'ailleurs immédiatement après le trauma : l'intervalle est parfois de plusieurs années; mais un fait remarquable c'est le début des phénomènes tabétiques par la région primitivement traumatisée. Il est évident, cependant, que le tabes est une complication rare du traumatisme, et qu'un autre facteur doit intervenir : c'est l'hérédité nerveuse et fréquemment l'alcoolisme du père et l'hystérie de la mère. L'influence prédisposante de l'alcoolisme ou de la syphilis du sujet lui-même est loin d'être mise en lumière. Enfin, la question du mécanisme intime de la production du tabes en pareil cas reste, jusqu'ici, tout entière à résoudre; seule l'étiologie paraît nettement établie dès maintenant. (*Revue de médecine*, 10 mars 1888.)

Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux, t. VII. — Il est assez difficile de résumer et d'analyser une publication de ce genre. Le devoir du critique, en pareil cas, est de signaler ce qui, dans sa lecture, lui a paru original et intéressant.

Nous trouvons un peu de tout dans ces Bulletins, comme nous devions du reste nous y attendre, et nous pouvons dire que les

travaux ayant trait aux différentes branches de la science médicale se partagent à peu près également le livre.

Ainsi, pour la partie : *Pathologie interne*, nous relevons une jolie observation de calcification de l'arachnoïde spinale de M. Hédon (p. 3), avec des réflexions intéressantes sur les symptômes observés suivant la localisation du mal;

Un cas de squirrhe atrophique du sein avec propagation à la colonne vertébrale et paraplégie douloureuse, par Raulin (p. 81). — Cette observation peut être rapprochée de celles qu'a rapportées Michaud dans sa thèse.

M. Hédon présente le cerveau d'un malade mort de méningite tuberculeuse, après avoir eu de la céphalée, une espèce d'attaque épileptiforme et une parésie de *tous les extenseurs* du côté gauche. Les lésions consistent en un semis de granulations au niveau de la frontale ascendante droite. Cette observation réalise, en l'exagérant, une expérience de Horsley, dans laquelle le chirurgien, au moyen d'excitations portées à la surface de l'écorce, peut produire à volonté des mouvements ou la paralysie des *extenseurs* ou des *fléchisseurs*. C'est donc un pas de plus fait dans l'étude des localisations cérébrales.

M. Vincent (p. 110) publie la relation d'un cas très curieux de plaie de la moelle avec hémiplégie motrice directe et hémianesthésie croisée.

Cette observation confirme la théorie de Brown-Séquard.

M. Vincent publie encore (p. 151) un travail plein d'intérêt : *Sur la rétention d'urine de cause traumatique*. Dans le cas d'opérations pratiquées dans le voisinage des organes génito-urinaires) (kélotomies, par exemple), dans le cas de fracture de jambe, de kyste du poignet opéré, etc., on voit se produire des contractures réflexes du sphincter vésical et des rétentions d'urine de plus ou moins longue durée (trois jours en moyenne). — La pathogénie de ces accidents est soigneusement discutée.

M. Duponchel, médecin-major, déjà connu par sa belle étude : *l'Hystérie dans l'armée*, et par plusieurs autres travaux, rapporte une belle observation de gliome du cervelet ayant causé plusieurs attaques d'hémiplégie et d'aphasie, ainsi que de l'hémianesthésie, etc. (p. 172).

M. Pitres signale l'atrophie avec anesthésie des testicules chez les tabétiques (p. 180) et la rapporte à une névrite.

M. Auché publie (p. 193) l'histoire d'un ataxique chez qui l'affection débuta vraisemblablement par une arthropathie de la hanche.

M. Auché publie un intéressant mémoire *Sur la généralisation des tumeurs épithéliales de l'ovaire*. Ce travail nous a rappelé la thèse de notre ami Poupinel (Th. Paris, 1886).

Nous devons signaler encore une observation de *Tubercules du cervelet et de la protubérance chez un malade soigné pour une fièvre typhoïde* (M. Boisvent, p. 287).

Une autre observation de M. Delas, externe des hôpitaux : *Un cas d'épilepsie jaksonienne due à une tumeur du lobule paracentral*. Le malade présentait cela de particulier qu'il avait une aura sensitive très accusée en même temps que son aura motrice et une paralysie consécutive à l'accès, qui avait toujours de la tendance à se généraliser au membre supérieur droit.

Les communications intéressant la pathologie externe ne sont pas moins intéressantes. Quoique moins nombreuses que les communications ayant trait à la pathologie interne, signalons des *ablations de polypes kystiques des arrières-fosses nasales*, (Dr Maure, p. 44); — un long article de Suzanne sur les *fractures de la rotule*. M. Suzanne attribue l'impotence qui suit ces fractures non pas tant à la longueur du col qu'à l'atrophie du triceps... Cette théorie est trop celle que nous défendons pour ne pas l'approuver sans réserves.

M. Auché (p. 66) rapporte une fracture du crâne et une contusion, par contre-coup, du cerveau.

M. H. Vincent a traité, par l'incision et le drainage, une hématocèle rétro-utérine, et a obtenu la guérison.

M. Suzanne a enlevé un *angiome caverneux* de la face dorsale de la langue avec succès.

Parmi les travaux de physiologie, nous remarquons une belle étude biologique sur les modifications de la circulation qui suivent immédiatement la naissance, par le professeur Bouchard (p. 17). Cette étude est trop longue pour être analysée ici. Signalons seulement un chapitre des plus curieux sur les considérations pathologiques qui découlent des changements de position du cœur.

Le professeur Jolyet étudie les origines différentes des nerfs vaso-dilatateurs et excito-sécrétoires contenus dans la corde du tympan (p. 3).

M. Bergonié, chef du service électro-thérapique de l'hôpital Saint-André, expose un *nouveau mode de notation des résultats d'un examen électrique* (p. 92).

Enfin M. Vincent a publié une intéressante étude *sur les déplacements physiologiques de la pointe du cœur* dans le décubitus dorsal, la station à quatre pattes, debout dans le décubitus latéral gauche, dans le décubitus latéral droit.

On pourrait, par cette analyse, se rendre compte de l'importance de ces Bulletins. Leur lecture deviendrait bientôt une source précieuse de renseignements cliniques, anatomiques et physiologiques.

BIBLIOGRAPHIE

Quand et comment doit-on prescrire la digitale? par M. le docteur HUCHARD, médecin de l'hôpital Bichat.

C'est le titre d'un mémoire très étendu où M. le docteur Huchard consigne les résultats de ses observations sur cet important médicament, mémoire que nous avons lu et analysé avec l'attention que recommandaient la compétence toute particulière de l'auteur et son autorité acquise par de nombreux travaux consacrés à la pathologie cardiaque.

Ce n'est pas chose facile que la détermination nette des indications de la digitale, médicament puissant et dangereux et par cela même pouvant donner des résultats contradictoires en apparence et dont l'explication demande l'analyse la plus attentive.

Étudiée au point de vue de son action physiologique, la digitale parait agir à la fois sur le cœur et sur les vaisseaux. Cliniquement la digitale ralentit, régularise et renforce la systole ventriculaire ; elle augmente la tension artérielle ; elle provoque une diurèse deux ou trois jours après son administration, diurèse qui se maintient pendant huit à douze jours, mais ne persiste pas davantage. Sous l'influence de cette diurèse les sécrétions pathologiques tendent à disparaître. J'ai observé un malade supportant bien la macération de digilale qui rendit pendant six jours 6 à 8 litres d'urine et chez lequel une hydropisie considérable diminua à tel point qu'il put constater au bout de quinze jours une diminution de poids de 14 kilogrmmes. La macération fut continuée pendant dix jours à la dose de 25 centigrammes de poudre de feuilles pour un litre d'eau.

La digitale s'absorbe lentement; son action ne se manifeste guère avant le deuxième jour et persiste quatre ou cinq jours après sa suppression. Les doses peuvent s'accumuler, surtout quand le médicament est administré sous la forme pilulaire, d'où l'avantage de l'administrer sous forme liquide.

La digitale peut déterminer, surtout quand elle est mal administrée (formes ou doses), des accidents variés. M. Potain a remarqué que ces accidents sont beaucoup plus tardifs chez les sujets infiltrés. L'accélération et l'irrégularité du pouls, l'abaissement de la tension artérielle, les vertiges et les hallucinations, l'anxiété précordiale et surtout les vomissements tardifs et persistants, la diarrhée sont les principaux symptômes du digitalisme. Ces effets toxiques tiennent beaucoup le plus souvent au mode d'ad-

ministration du médicament et à des indications mal saisies.

Il est donc d'une grande importance de bien apprécier ces indications. Aussi le chapitre où cette question est étudiée est-il tout particulièrement développé dans le mémoire de M. Huchard.

Tous les cardiaques ne relèvent pas de la digitale à toutes les périodes de la maladie. La digitale peut être un médicament héroïque, ou inutile et malheureusement quelquefois nuisible et même toxique suivant une foule de circonstances tenant à la période de la cardiopathie, à son siège, à la nature des sécrétions, à l'état du malade; toutes circonstances dont la connaissance et l'appréciation sont particulièrement délicates et dans lesquelles on peut dire d'une façon générale que le point de repère est l'état du muscle cardiaque. Après Laennec, Stockes l'avait merveilleusement compris quand il enseignait qu'il fallait se guider avant tout, moins sur l'état des valvules que sur celui du muscle cardiaque; indiquant les moyens approximatifs à l'aide desquels on pouvait reconnaître les défaillances de l'organe, ou sa force de résistance, suivant la tension du pouls, la régularité des battements, l'état de congestion des principaux organes: foie, poumons, cerveau; l'origine, l'ancienneté de la maladie, etc.

C'est ainsi que chez un sujet vigoureux, chez lequel les contractions cardiaques resteront suffisantes et régulières, malgré l'intensité d'un souffle bien localisé, quand on ne rencontrera ni dyspnée, ni œdème, la digitale ne sera pas indiquée; elle est inutile.

Plus tard, chez ce sujet, le cœur s'hypertrophie, devient impulsif, des palpitations se déclarent, les congestions se multiplient. Évidemment le malade est en *hypersystolie*. Gardez-vous de la digitale; elle augmenterait tous les accidents en augmentant la tension artérielle. Mais bientôt le cœur est fatigué, les stases veineuses se produisent, l'organe manque de force pour lutter contre l'*hyposystolie* qui s'établit et progresse. La digitale est alors utile et relève l'action du cœur dont la fibre est plus fatiguée qu'altérée.

Plus tard, quand l'*asystolie* est accusée, quand les œdèmes sont établis en permanence, quand les congestions ne cèdent plus, doit-on encore avoir recours d'emblée à la digitale? Elle est *nuisible*, affirme M. Huchard. Nous pensons que tout au moins peut-on encore l'essayer avec prudence. Si son action est décidément nulle au bout de quelques jours, certes nous nous garderions de forcer indéfiniment les doses; mais l'essai doit être tenté. Qui sait à quel degré la dégénérescence musculaire est arrivée? Nous approuvons sans réserve M. Huchard quand il conseille en pareil cas, avant de donner la digitale, de désencombrer le système veineux par des purgatifs et quelquefois par des saignées petites et répétées; de lutter ainsi contre ce *barrage* circulatoire qui s'oppose à toute absorption; de diminuer le travail du cœur que l'on veut ranimer.

L'albuminurie elle-même ne serait pas une contre-indication à l'administration de la digitale; mais il faut avoir soin de la donner à dose très modérée. On sait aujourd'hui que l'urine n'est pas la voie ordinaire de l'élimination de la digitale.

On doit insister sur cette condition de l'état du muscle cardiaque. Elle explique en effet les incertitudes qui ont régné et règnent encore sur l'opportunité de la digitale dans telles ou telles affections valvulaires. Utile dans les affections mitrales ou tricuspidiennes, elle serait absolument contre-indiquée dans les affections aortiques? Pour Teissier (de Lyon) la digitale est contre-indiquée dans toutes les affections valvulaires *compensées*. Elle est indiquée dans toutes les affections valvulaires *insuffisamment compensées*. La digitale paraît nettement contre-indiquée dans les cardiopathies artérielles qui se caractérisent par l'élévation de la tension artérielle avec état spasmodique permanent ou intermittent. Ce spasme, qu'on attribue ordinairement à la sclérose artérielle des reins (néphrite interstitielle), serait dû, d'après M. Huchard, à l'artério-sclérose générale et devrait être combattu non par la digitale seule qui augmenterait la tension, mais bien par la digitale unie à la trinitrine qui aurait pour effet de diminuer la contraction des artères, sans toucher à celle du cœur.

Dans les anévrysmes de l'aorte, la digitale doit être donnée avec la plus grande prudence. Dans la période active de la maladie elle est plutôt nuisible. L'iodure de potassium ou de sodium, uni aux bromures, administrés longtemps à doses peu élevées, est indiqué. Plus tard, quand le muscle est atteint par suite de l'envahissement des artères coronaires, l'indication de la digitale reparaît pour combattre l'imminence de l'asystolie.

Les mêmes considérations président à l'administration de la digitale dans la maladie de Graves où la tension artérielle est augmentée au début, comme Potain et Franck l'ont démontré: à ce moment, les palpitations, la précipitation des battements, indiquent l'emploi des modérateurs de l'excitabilité bulbaire: bromures, antipyrine. Ce n'est qu'alors que le cœur vient à faiblir, que la digitale est indiquée.

Dans la pneumonie des vieillards on sait combien est dangereux l'affaiblissement du cœur. Ici encore la digitale est indiquée. Mais elle agit avec une certaine lenteur et peut en outre déterminer des accidents gastriques particulièrement redoutables. Il faut, en pareil cas, donner la préférence à la caféine, qui est mieux supportée et agit plus rapidement.

On a également beaucoup recommandé la digitale dans la fièvre typhoïde. S'il ne s'agit que d'abaisser la température, on possède d'autres médications plus efficaces et surtout plus rapides. Mais, quand il s'agit de ce qu'on a a appelé les *formes cardiaques* de la fièvre typhoïde, la digitale peut être d'un grand secours. S'il y a urgence, on fera mieux de s'adresser à un médicament à action plus rapide: l'ergot de seigle, par exemple, qui a été si heureusement employé par M. Demange (*Revue de médecine*, 1875).

M. Huchard termine son mémoire par deux chapitres consacrés au mode d'administration de la digitale.

Il établit tout d'abord comme règle fondamentale que la digitale, étant un type de médicament à élimination lente, doit être donnée à dose *décroissante*. C'est le premier jour qu'on donnera la plus haute dose, et on diminuera les quatre ou cinq jours suivants. Les meilleures préparations sont la macération ou l'infusion (25 centigrammes de poudre de feuilles pour vingt-quatre heures). Si on préfère donner la digitaline, il faut employer la digitaline amorphe d'Homolle et Quevenne de préférence à la digitaline cristallisée, moins fidèle dans son action et plus dangereuse à manier.

Tout ce chapitre de matière médicale et de posologie est traité avec un soin particulier et termine dignement cet important mémoire, dont la connaissance est indispensable à tous ceux qui veulent connaître à fond l'histoire thérapeutique de la digitale et tirer du médicament tout ce qu'il peut donner quand il est habilement manié.

Blachez.

VARIÉTÉS

PROGRAMME DES SÉANCES DU CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE.

Mercredi 25 juillet. — A neuf heures du matin, réunion des membres du Congrès dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. Séance d'organisation. *Ordre du jour:* Approbation des statuts et du règlement du Congrès. Nomination des membres du bureau définitif. A trois heures de l'après-midi, séance publique d'inauguration, dans le grand amphithéâtre de

la Faculté. A neuf heures du soir, réception des membres du Congrès par le comité d'organisation dans la salle du conseil de la Faculté de médecine.

Jeudi 26 juillet. — A neuf heures du matin, séance dans le grand amphithéâtre. Communications relatives à la question I. A trois heures de l'après-midi, suite de ces communications, s'il y a lieu, et questions diverses.

Vendredi 27 juillet. — A neuf heures, visite aux laboratoires de MM. les professeurs Cornil et Straus (démonstrations d'anatomie pathologique et de technique bactériologique) et au Musée d'hygiène, sous la direction de M. le professeur Proust (exposition des procédés et appareils applicables à la prophylaxie de la tuberculose). A trois heures de l'après-midi, séance dans le grand amphithéâtre. Communications diverses.

Samedi 28 juillet. — A neuf heures, communications relatives à la question II. A trois heures de l'après-midi, suite de ces communications et questions diverses.

Dimanche 29 juillet. — A une heure de l'après-midi, visite à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, présentations d'animaux malades et autopsies d'animaux tuberculeux.

Lundi 30 juillet. — A neuf heures du matin, communications relatives à la question III. A trois heures de l'après-midi, suite de ces communications et questions diverses.

Mardi 31 juillet. — Communications relatives à la question IV. A trois heures de l'après-midi, suite de ces communications et questions diverses. A cinq heures, séance de fermeture du Congrès.

Le programme détaillé de chaque séance sera imprimé la veille et distribué le matin.

Communications annoncées. — De Toma (Dr P.). — Voies de diffusion du virus tuberculeux dans l'organisme.

Cagny. — Un exemple inédit de contagion de l'homme aux volailles.

Gagny. — Diagnostic précoce de la tuberculose chez les animaux.

Espina y Capo. — Diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme par l'examen microscopique du bacille de Koch.

Chambrelent. — Sur la méningite tuberculeuse pendant la grossesse.

Hartenstein. — La tuberculose bovine dans ses rapports avec la phthisie vermineuse.

Zoéros-Pacha. — La tuberculose en Turquie.

Robinson (Dr R.). — Contribution à l'étude de la tuberculose en Asie Mineure. La phthisie en Cappadoce, etc.

Solles (Dr E.). — De l'existence d'un micro-organisme que présente le poumon tuberculeux de l'homme et qui n'est pas le bacille de Koch.

Solles. — De l'hérédité de la tuberculose chez le cobaye.

Solles. — Indication d'un moyen facile et sûr de diagnostiquer la phthisie pulmonaire dans les cas douteux.

Solles. — Sur une culture tuberculeuse du poumon humain.

Bang. — Sur la virulence du lait provenant des vaches tuberculeuses.

Landouzy. — Sur différents modes de début et de développement de la tuberculose.

Arloing. — Divers modes d'évolution de la tuberculose expérimentale.

Arloing. — Moyens locaux et généraux capables d'arrêter l'extension de la tuberculose expérimentale.

Arloing. — Extinction de la tuberculose des animaux par la mise en jeu de la police sanitaire.

Arloing. — De l'inoculation aux animaux comme élément de diagnostic de la tuberculose à son début.

Verneuil et Clado. — Sur le diagnostic des lésions tuberculeuses par l'inoculation dans le péritoine des cobayes.

Galtier (V.). — Des dangers auxquels exposent l'usage de la viande, du lait, du fromage, du petit-lait, et l'utilisation du sang des animaux tuberculeux pour la clarification des vins.

Galtier. — Résistance du virus tuberculeux à la chaleur, à la salaison, à la congélation, à la putréfaction, à la dessiccation, à l'immersion prolongée dans l'eau, à l'action de la présure, à celle des liqueurs alcooliques et à la décomposition cadavérique dans le sol.

Galtier. — Hérédité de la tuberculose animale.

Galtier. — Régime sanitaire qu'il convient d'appliquer aux animaux tuberculeux et aux viandes qu'ils fournissent.

Chantemesse. — Sur la durée de la vitalité des germes de la tuberculose dans les eaux de rivière.

Tuffier. — Sur la tuberculose du rein.

Tuffier. — Sur l'inoculation du liquide de l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose testiculaire.

Valude. — Essai de tuberculisation des voies lacrymales.

Valude. — Tuberculose des glandes salivaires.

Richelot (L. G.). — Ce qu'on peut faire d'un tuberculeux. Opérations et récidives successives chez un tuberculeux.

Quénu. — Cas d'ulcération tuberculeuse de la pituitaire.

Quénu. — Sur le traitement des lésions tuberculeuses de l'oreille.

Quinquaud. — Sur la glycogenèse chez les tuberculeux.

Quinquaud. — Sur la mensuration du volume des poumons chez les tuberculeux.

Leloir. — Sur certaines formes de lupus anormaux.

Cornil et Dobrolensky. — Sur la contagion de la tuberculose par les muqueuses.

Cornil et Toupet. — Sur une pseudo-tuberculose observée chez l'antilope.

Toupet. — De la pseudo-tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

Duret (H.). — Sur la caséo-tuberculose des ganglions et son traitement.

Jeannel. — Sur la généralisation de la tuberculose expérimentale.

Hallopeau et Wickham. — Sur une forme suppurative du lupus tuberculeux.

Grissonnanche. — Moyen d'empêcher la tuberculose bovine et de son diagnostic précoce chez les bovidés.

Torkomian (V.). — Conséquences d'une inoculation par piqûre anatomique du virus tuberculeux.

Brissaud. — Sur la méningite tuberculeuse.

Brissaud et Gilbert. — Sur la tuberculose de l'épiderme.

Le Dentu. — Sur la tuberculose des os de la face.

Ricochon. — Les familles des tuberculeux. Différents états pathologiques qu'elles présentent communément.

Straus et R. Wurtz. — Sur la tuberculose par injection de matières tuberculeuses.

Straus et R. Wurtz. — De l'action du suc gastrique sur divers microbes pathogènes et en particulier sur le bacille de Koch.

Babès (prof. V.). — Les associations bactériennes du bacille de la tuberculose.

Cauchois. — Sur les lésions tuberculeuses compliquées d'autres lésions microbiennes.

Cauchois. — Sur l'évolution des tuberculoses locales.

Luton. — Emploi des sels de cuivre dans la tuberculose.

Roussel. — Agents destructeurs du bacille de Koch et spécialement de l'eucalyptol injectable.

Hureau de Villeneuve. — De l'alimentation par la viande crue dans la phthisie pulmonaire.

Redard (Dr P.). — De l'intervention chirurgicale dans les ostéo-arthrites tuberculeuses du pied chez l'enfant.

Routier (Dr). — Rapports entre la tuberculose et les actes chirurgicaux.

Jorissenne (Dr Gustave) et Chauvin (G.). — Guérison des hémoptysies par l'iodoforme.

Jorissenne. — L'iodoforme et la tuberculose à la période initiale.

Frémy (Dr H.). — Sur la valeur des établissements fermés tels qu'ils sont institués en Allemagne, dans la thérapeutique de la phthisie pulmonaire chronique.

Sandras (Dr L.). — Antisepsie des voies respiratoires.

Schoull (Dr E.). — Du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'acide borique à haute dose.

Valenzuela (Dr). — Traitement de la phthisie pulmonaire par la respiration suboxygénée.

Brémont (Dr). — Traitement des affections respiratoires par les inhalations térébenthinées.

Vargas. — Valeur de l'intervention chirurgicale chez les tuberculeux en Espagne.

Congrès de 1889. — Par arrêté ministériel, en date du 16 juillet, les membres du Comité d'organisation des divers Congrès internationaux qui se tiendront à Paris au moment de l'Exposition universelle de 1889 ont été nommés. Voici, d'après le *Journal officiel*, quelle sera la composition de ces Comités :

1° *Congrès de dermatologie et de syphiligraphie.* — MM. les docteurs Ernest Besnier, Feulard, Fournier, Hallopeau, Quinquaud, Tenneson et Vidal ;

2° *Congrès d'hydrologie et de climatologie.* — MM. Caulet, Danjoy, Fincs, Japhet, Lemoine, Leudet, Piche, Poincarré, de Ranse, Renou, Schlemmer, Tillot;

3° *Congrès d'hygiène.* — MM. Bergeron, Bourneville, Brouardel (Paul), Chautemps, Chauveau, Colin (Léon), Cornil, Dubrisay, Dujardin-Beaumetz, Gariel, Gavarret, Grancher, Jacquot, Levraud, Martin (A.-J.), Mayer, Monod (Ch.), Napias, Nicolas, Peyron, Pouchet (Gabriel), Proust, Siegfried, Strauss, Rochard, Trélat (E.), Trélat (U.), Thévenot, Vallin, Vaudremer;

4° *Congrès de physiologie.* — MM. Arloing, d'Arsonval, Balbiani, Beaunis, Berthelot, Bouchard, Brown-Séquare, Charrin, Chauveau, Cornil, Dastre, Duclaux, Dumontpallier, Dupuy, Duval (Mathias), François-Franck, Gley, Grimaux, Guignard, Jollyet, Lépine, Marey, Ollier, Pasteur, Ranvier, Regnard, Retterer, Richet (Charles), Rouget (Charles), Straus;

5° *Congrès de thérapeutique.* — MM. Bardet, Blondel, Boymond, Bucquoy, Créquy, Delpech, Dujardin-Beaumetz, Féréol, Fernet, Gueneau de Mussy, Labbé, Mayet, Moutard-Martin, Paul (Constantin), Petit, Vidal, Vigier.

RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Dans sa séance d'hier la Chambre des députés vient d'adopter, par 463 voix, contre 37, les conclusions d'un rapport de M. Gadaud, qui propose la création d'une Ecole préparatoire du service de santé militaire, analogue à celle qui fonctionnait à Strasbourg. Nous aurons à revenir sur la discussion qui a précédé le vote et que le manque de place ne nous permet pas d'analyser dès aujourd'hui.

INSPECTION MÉDICALES DE L'ARMÉE. — Le ministre de la guerre vient de répartir comme il suit les inspections générales du service de santé:

Écoles du Val-de-Grâce, de Guerre, Polytechnique, Saint-Cyr, de Versailles, de Vincennes, de Rambouillet, orphelinat Hériot. — M. le médecin-inspecteur général Didiot.

Gouvernement militaire de Paris. — M. le médecin-inspecteur Colin, directeur.

1er et 2e corps. — M. le médecin-inspecteur Arnoult, directeur du service de santé du 1er corps.

3e corps. — M. le médecin-inspecteur Colin, directeur du service de santé du recrutement de Paris.

4e corps. — M. le médecin principal de 1re classe Mourlon, directeur du service de santé de ce corps d'armée.

5e corps. — M. le médecin principal de 1re classe Mathieu, directeur.

6e corps. — M. le médecin-inspecteur Dauvé, directeur.

7e et 8e corps. — M. le médecin-inspecteur Weber, directeur du service de santé du 7e corps.

9e corps. — M. le médecin-inspecteur Gaujot, directeur du Val-de-Grâce.

10e corps. — M. le médecin-inspecteur Colin.

11e et 12e corps. — M. le médecin-inspecteur Gaujot.

13e corps. — M. le médecin principal de 1re classe Papillon, directeur.

14e corps. — M. le médecin-inspecteur Vallin, directeur.

15e corps. — M. le médecin-inspecteur Baudoin.

16e corps. — M. le médecin principal de 1re classe Frilley, directeur.

17e corps. — M. le médecin principal de 1re classe Mathis, directeur.

18e corps. — M. le médecin principal de 1re classe Morache, directeur.

19e corps. — M. le médecin inspecteur Widal, directeur.

Tunisie. — M. le médecin principal de 1re classe Guillemin, directeur.

Tonkin et Annam. — M. le médecin principal de 1re classe Emery-Desbrousses, directeur.

LÉGION D'HONNEUR. — A l'occasion du 14 juillet ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Commandeurs: MM. les docteurs Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine à Toulon, et Dauvé, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

Officiers: MM. les docteurs Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Labric, médecin des hôpitaux de Paris; Le Bon et Duchaussoy (de Paris); Auffret, Allanic, médecins de la marine; Arnaud, Mollinier, Durand, Malabard, Combier, Daguenet, médecins militaires.

Chevaliers: MM. les docteurs Ch. Monod, chirurgien des hôpitaux de Paris; Gérin-Roze, médecin des hôpitaux de Paris; Wilm, professeur à la Faculté des sciences de Lille; Gros (d'Alger); Villeneuve (de Marseille); Picard (de Selles-sur-Cher); Teillais (de Nantes); Tonnet (de Niort); Mariotte (de Sampigny); Pouget (de Laroquebrou); Mergaut (de Bayonne); Bros (Gabriel), Pau de Saint-Martin, Charier, Moine, Bourdon, Moty, Folie-Desjardins, Bernard, médecins militaires; Mahéo, Kermorvant, Le Texier, Vantalon, Giraud, Vergniaud, Clavel, médecins de la marine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 27 juillet). — *Ordre du jour:* M. Letulle: Origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac ou du duodénum. — M. Duponchel: Observation de pachyméningite hémorrhagique; déductions thérapeutiques. — M. Fernet: Maladie de Bright d'origine infectieuse. — M. Moizard: Pneumothorax et antisepsie pleurale. — M. Brocq: Note rectificative au point de vue de l'historique de la destruction des poils par l'électrolyse.

MORTALITÉ A PARIS (27e semaine, du 1er au 7 juillet 1888. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 5. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 24. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 182. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs: cancéreuses, 47; autres, 10. — Méningite, 19. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 43. — Bronchite aiguë, 17. — Bronchique chronique, 16. — Bronchopneumonie, 10. — Pneumonie, 23. — Gastro-entérite: sein, 16; biberon, 52. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 18. — Suicides, 19. — Autres morts violentes, 12. — Autres causes de mort, 158. — Causes inconnues, 8. — Total: 843.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Manuel d'anatomie humaine, par M. W. Krause, traduit par Louis Dollo, 2e fascicule, *Myologie.* 1 vol. in-8° avec 94 figures. Paris, G. Masson. 5 fr.

Les eaux minérales des Pyrénées, par M. Édouard Filhol, directeur de l'École de médecine et professeur à la Faculté des sciences de Toulouse. Œuvre posthume publiée par les soins du docteur Léon Joulin, maître de conférences à la Faculté des sciences de Toulouse. 1 vol. in-8°. Paris, G. Masson. 12 fr.

L'immunité par les vaccins chimiques. Prévention de la rage par le vaccin tanacétique ou le chloral, par M. le docteur H. Peyraud (de Libourne). Brochure in-8°. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

Phthisie laryngée, par MM. le docteur A. Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière, et Paul Tissier, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° avec 13 figures et 5 planches hors texte, dont 3 en chromolithographie. Paris, G. Masson. 8 fr.

Recherches sur les eaux minérales des Pyrénées, par M. Édouard Filhol, docteur de l'École de médecine et professeur à la Faculté des sciences de Toulouse. Œuvre posthume publiée par les soins de M. le docteur Léon Joulin. 1 vol. in-8°. Paris, G. Masson. 12 fr.

Le deuxième volume *Antisepsie chirurgicale,* par M. le docteur Barette, et *Antisepsie obstétricale,* par M. le docteur Lepage, formera un volume de 500 pages environ. Il paraîtra incessamment.

La folie chez les enfants, par M. le docteur Moreau (de Tours) (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). 1 vol. in-16 de 444 pages. Paris. J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Les irresponsables devant la justice, par M. le docteur Riant. 1 vol. in-16 de 306 pages (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Petit atlas photographique du système nerveux: le cerveau, par M. le docteur J. Luys. 1 vol. in-16 de 121 pages avec 24 héliogravures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 12 fr.

De l'ulcère simple de l'œsophage, par M. le docteur Berrez. 1 vol. in-8°. Paris, Lecrosnier et Babé (ancienne maison A. Delahaye et E. Lecrosnier). 2 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

15540. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE N° 30 27 JUILLET 1888

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 25 juillet 1888.

Académie de médecine : **La filipuncture : M. Verneuil. — Les hôpitaux de varioleux. — Congrès de la tuberculose.**

On ne saurait trop remercier M. Verneuil d'avoir étudié avec tant de soin et exposé avec une érudition et une netteté qui laissent bien peu de place à la critique la question du traitement des anévrysmes par la filipuncture. Après avoir lu et médité les conclusions du travail de M. Verneuil, nous pensons qu'aucun médecin ne cherchera plus à guérir les anévrysmes par l'introduction de fils métalliques ou de crins de Florence dans la poche anévrysmale. Cette méthode n'a jamais donné que des résultats inférieurs à ceux que l'on obtient avec d'autres traitements moins dangereux et d'une application plus facile. « La filipuncture ne doit donc pas être encouragée, et l'on ne saurait conseiller à personne d'y avoir désormais recours. »

Il était bon de répondre en ces termes aux médecins qui persistent à regarder la filipuncture comme une opération inoffensive et efficace, et à ceux, plus nombreux encore, qui n'hésitent pas à *essayer* toutes les méthodes thérapeutiques nouvelles, quelles que puissent être les chances de succès qu'elles présentent. Telle est, il convient de le reconnaître, la fâcheuse tendance des médecins de notre temps. Qu'un novateur hardi ou qu'un thérapeutiste chercheur vienne à indiquer une méthode opératoire ou un médicament nouveaux, aussitôt l'on s'empresse d'accepter comme démontrées par l'expérience des affirmations que, le plus souvent, aucun résultat heureux ne vient confirmer. Et ce sont les malades qui restent victimes de cette thérapeutique aventureuse.

Ces réflexions, j'ai hâte de le dire, ne s'adressent pas aux médecins français, en très petit nombre relativement, qui ont essayé de traiter les anévrysmes par la méthode nouvelle. Le plus souvent, comme M. Bucquoy, ils ne se sont décidés à intervenir chirurgicalement que lorsqu'ils se sont trouvés en présence d'un malade absolument désespéré et chez lequel ils espéraient atténuer les douleurs et diminuer le volume de la poche anévrysmale. Mais que de fois on serait arrivé à mieux soulager, à faire vivre plus longtemps et peut-être à guérir définitivement les malades si l'on s'était borné à les traiter par l'administration de doses faibles, mais continues, d'iodure de sodium.

C'est ce que M. Dujardin-Beaumetz a rappelé à son tour en condamnant, avec une loyauté qu'il importe de louer hautement, une autre méthode de traitement des anévrysmes : l'électrolyse, qu'il avait sérieusement étudiée il y a une dizaine d'années et qu'il considérait alors comme excellente (*Leçons de clinique thérapeutique*, 1878, p. 240). Une plus longue expérience lui ayant prouvé que, malgré les résultats favorables obtenus dans un certain nombre de cas d'anévrysme, l'électrolyse ne déterminait jamais la cure radicale de la maladie, et que, à titre de méthode palliative, elle restait inférieure au traitement médical, M. Dujardin-Beaumetz vient déclarer que l'électropuncture n'est indiquée que dans les cas exceptionnels où la rupture de l'anévrysme est imminente, et que la filipuncture doit être absolument condamnée.

Après ces conclusions, il faut se borner à recommander aux médecins le traitement classique par les applications réfrigérantes ou astringentes sur la tumeur et par l'administration *continue* de l'iodure de sodium.

— Ce ne sont assurément pas les nouvelles constatations que M. Créquy a apportés à l'Académie au sujet de l'épidémie de variole parmi les ouvriers de l'usine à gaz de la Villette, qui pourront faire croire avec lui que cette épidémie est due au voisinage de l'hôpital de varioleux spécialement installé par la Ville de Paris de l'autre côté des fortifications, à Aubervilliers. Il y a près d'un an, au mois d'octobre 1887, il avait déjà signalé ce fait à la tribune de l'Académie : 14 cas s'étaient produits, dont 4 mortels, chez les ouvriers de cette usine. Depuis, il en a observé 30 nouveaux cas, dont 8 ont été suivis de mort. Or, les ouvriers sont répartis dans cinq bâtiments inégalement éloignés de l'hôpital, et c'est celui qui s'en trouve le plus près, soit à 230 mètres, dont le personnel a eu, à lui seul, 38 varioleux, dont 10 morts. Les autres bâtiments, situés à des distances de 300, 356, 510, 530 mètres n'ont eu que

1 ou 2 varioleux, dont 1 mort; le plus éloigné, qui est à 770 mètres, n'a pas eu de cas dans son personnel.

Notre distingué confrère nous paraît avoir oublié de faire remarquer que l'atelier le plus frappé renferme à lui seul près du double du nombre total des ouvriers; il n'est donc pas étonnant que l'épidémie ait pu y faire plus de victimes et que la contagion d'une affection telle que la variole y soit bien plutôt due aux relations multipliées des ouvriers entre eux qu'à la transmission par l'air. Pour admettre l'explication de M. Créquy, il eût fallu que l'hôpital de varioleux fût absolument fermé au dehors pendant un temps assez prolongé. Or il a été prouvé depuis longtemps déjà que les relations des infirmiers avec le voisinage n'ont pu être empêchées, que les barrières de bois ont été franchies à plusieurs reprises la nuit et que les cabarets les plus proches ont été le point de départ de graves manifestations épidémiques de variole aux alentours. De plus, certaines voitures qui ont transporté des malades à cet hôpital n'ont pu être désinfectées, puisqu'elles déposaient intentionnellement les varioleux à quelques centaines de mètres de l'entrée. D'autre part, M. Dujardin-Beaumetz a établi, dans son rapport officiel, que bien avant l'ouverture de l'hôpital de varioleux des bateaux stationnant sur le canal, en face de l'usine à gaz de l'hôpital, avaient à leur bord des varioleux à la période de desquamation qui circulaient librement sur les berges et dans l'usine. Enfin, plusieurs enfants d'ouvriers travaillant dans celle-ci appartenaient à des écoles qui durent être fermées parce que la variole y avait atteint plusieurs élèves.

Trop de causes de contamination se sont trouvées réunies dans cette circonstance pour qu'on puisse ici accuser les hôpitaux d'isolement des varioleux, bien surveillés et convenablement aménagés, d'aider à la transmission de la variole. Il importe, d'ailleurs, que le Conseil d'hygiène de la Seine poursuive immédiatement une enquête sévère et que l'Académie s'empresse d'y participer, avec autorité, afin de couper court aux prétextes que les moindres communes des environs de Paris cherchent déjà pour empêcher par avance des créations d'hôpitaux d'isolement sur leurs territoires. Déjà plusieurs d'entre elles ont pris des arrêtés préventifs auxquels l'état actuel de notre législation sanitaire donne malheureusement une puissance véritablement excessive. Il y a là une situation toute spéciale, que nous ne pouvons que signaler en ce moment et sur laquelle nous aurons prochainement l'occasion de revenir.

M. Créquy a annoncé à l'Académie que la Compagnie du chemin de fer de l'Est, propriétaire de l'usine à gaz, n'ayant pu parvenir, malgré l'épidémie, à n'engager qu'un très petit nombre de ses ouvriers à se faire revacciner, a pris le sage parti d'exiger pour tout nouvel arrivant la preuve de la revaccination depuis moins de huit ans. Cette mesure tend à être adoptée par la plupart des administrations publiques et privées. Elle montre combien il devient nécessaire d'assurer le service de la vaccine d'une façon complète et digne de toute confiance.

Il y a quelques semaines nous montrions ici même comment l'Académie de médecine s'était acquittée de cette tâche que lui a confiée le gouvernement et avec quelles faibles ressources elle avait pu distribuer des quantités considérables de vaccin. Nous nous étions également permis de faire observer qu'avec une subvention peu élevée l'Institut vaccinal qui manque à Paris pouvait y être installé avec des garanties qu'on ne saurait trouver ailleurs ni plus hautes ni plus considérables. Le Conseil municipal vient de partager notre avis, puisqu'il a rejeté, à la majorité de 39 voix contre 26, la création d'un Institut municipal spécial, que l'Administration de l'Assistance publique et M. le docteur Levraud, rapporteur, ne craignaient pas de demander, malgré une dépense de plus de 100 000 francs de premier établissement et une subvention annuelle qui n'aurait pas tardé à devenir au moins égale. On est vraiment surpris que M. le directeur de l'Administration de l'assistance publique à Paris n'ait pas craint d'affirmer que « les vaccinations n'ont pas jusqu'ici été faites avec sécurité », et qu'il faut assurer « l'unité du vaccinateur d'arrondissement ». Il est au moins étrange, qu'un si haut fonctionnaire semble ignorer l'existence du service de la vaccine à l'Académie. Lorsque M. Després a cru devoir réparer cet oubli singulier, la cause n'a pas tardé à être entendue. Il y a lieu évidemment de réorganiser les services locaux de vaccination, mais la conservation et la préparation du vaccin n'exigent pas de nouveaux gaspillages des deniers publics.

Congrès de la tuberculose.

Le Congrès de la tuberculose, qui a été brillamment inauguré aujourd'hui dans le grand amphithéatre de la Faculté de médecine de Paris, marquera dans l'histoire de la pathologie comparée. Comme l'a fort bien fait ressortir M. Verneuil, il diffère de tous ceux qui l'ont précédé, non seulement par la spécialité des questions mises à son ordre du jour, mais encore et surtout par une association plus intime des médecins et des vétérinaires qui se préoccupent de rechercher les causes initiales et le mode de propagation de la tuberculose. Déjà Dechambre avait pu réunir, dans son Dictionnaire, des médecins et des vétérinaires pour l'étude des questions de pathologie humaine et animale; ces nouvelles assises consacrent une fois de plus l'utilité d'élargir l'horizon scientifique de la médecine et de donner à la biologie l'importance qu'elle doit acquérir et le rang qui lui est dû dans l'ordre des diverses sciences. On verra plus loin avec quelle autorité, quelle largeur de vues et quel heureux choix d'expressions, M. Chauveau a exposé cette idée dans son discours présidentiel.

L'auditoire très nombreux qui assistait à cette séance et dans lequel on remarquait la présence de plusieurs professeurs de la Faculté, de nombreux membres des Académies et des Sociétés savantes, françaises et étrangères, a vivement applaudi le discours du président, et salué avec enthousiasme les noms de Villemin, de Davaine, de Pasteur et de Chauveau. Il a de même accueilli par des marques approbatives le spirituel discours de M. Verneuil au nom de l'Œuvre de la tuberculose, initiatrice du Congrès.

Comme le dit, dans son compte rendu officiel, M. L.-H. Petit, le dévoué secrétaire général du Congrès, à Paris comme en province, la plupart des Sociétés médicales et vétérinaires ont envoyé des délégués.

A l'étranger, plusieurs gouvernements, Académies et Sociétés de médecine se sont fait un devoir d'adhérer aux statuts du Congrès de la tuberculose. Une seule Société — est-il besoin de dire à quelle nationalité elle appartient? — a répondu en termes désobligeants.

La science française, dit en terminant M. L.-H. Petit, a donc encore quelque crédit à l'étranger; et d'ailleurs la part qui lui revient dans les progrès accomplis depuis le commencement de ce siècle dans cette grave question de la tuberculose est assez

grande pour que notre œuvre ait inspiré confiance aussi bien aux étrangers qu'à nos compatriotes. En effet, que ceux qui ignorent l'histoire de ces progrès veuillent bien lire les premières pages de l'admirable traité de la *Phthisie pulmonaire* dont MM. Hérard, Cornil et Hanot viennent de publier la seconde édition; ils y verront que chaque pas en avant — sauf un seul — a été fait par un savant français: Laennec, Villemin, Hérard et Cornil, Chauveau, Grancher, Thaon, Charcot, Toussaint, Dieulafoy, Hippolyte Martin, etc.; — il manque à notre liste le nom de Robert Koch, mais, comme le disent les auteurs si compétents que nous venons de citer, « on pourrait facilement montrer la grande part qui revient à Villemin et à Pasteur dans l'œuvre du savant berlinois... » Imitons la générosité de ces auteurs, et « ne marchandons pas notre éloge à l'homme qui a apporté un appoint si considérable à la connaissance de l'une des plus terribles maladies qui frappent l'humanité; » mais efforçons-nous de faire mieux encore.

Il est probable, Messieurs, que dans la troisième édition de ce livre seront signalés de nouveaux et importants progrès; si leurs auteurs sont étrangers, nous ne leur marchanderons pas non plus notre reconnaissance, mais nous espérons fermement que parmi ces progrès viendront en bonne ligne ceux qui seront dus aux travaux, français ou étrangers, suscités par l'œuvre et le Congrès de la tuberculose.

Des communications très importantes ont été également lues à cette séance, par M. Cornil sur la contagion de la tuberculose par les muqueuses et par M. Nocard sur les dangers auxquels exposent la viande et le lait des animaux tuberculeux et les moyens de les préserver. Nous rendrons compte ultérieurement de ces communications, en même temps que de l'organisation générale et des séances du Congrès.

DISCOURS DE M. CHAUVEAU.

Messieurs,

Le Congrès qui nous rassemble aujourd'hui présente un caractère assurément inusité. Dans le domaine de la médecine, on n'est guère habitué à l'étroite spécialisation imposée aux travaux de notre Assemblée par son étiquette, par le titre même qu'elle s'est donné. Certes, les Congrès médicaux spécialisés ne manquent pas: Congrès de chirurgie, Congrès d'hygiène, Congrès d'ophthalmologie, Congrès de gynécologie...; si l'on voulait poursuivre l'énumération, elle pourrait être longue. Chaque département de la médecine trouve, en effet, moyen d'avoir sa réunion particulière. Mais, quoique cantonnés dans leurs spécialités respectives, les membres de ces différents Congrès n'en ont pas moins beaucoup d'espace pour se mouvoir, car les questions de chacun des programmes sont à la fois nombreuses, étendues, variées, et toutes plus ou moins importantes.

Ici, c'est tout autre chose. Notre Congrès n'a pas à éparpiller son activité sur un grand nombre de points. Une question, une seule, doit suffire à nous occuper. Mais quelle question! En est-il une autre en médecine dont l'importance puisse être comparée à la sienne et qui provoque au même degré l'intérêt universel?

... A elle seule, cette prodigieuse extension de la tuberculose justifie le grand intérêt que cette maladie nous inspire. Un autre motif, tout aussi puissant, nous attire encore d'une manière invincible. Aujourd'hui, nous croyons connaître la cause principale de la multiplication excessive de la tuberculose, et nous sommes ainsi autorisés à concevoir l'espérance d'arriver un jour à en restreindre considérablement les ravages. Cette espérance est née dans tous les esprits scientifiques le jour où s'est affirmée la démonstration définitive du caractère infectieux de la tuberculose, où il a été prouvé qu'elle se propage par germes à la façon des maladies virulentes et contagieuses.

Ce grand fait, vous le savez, est une conquête contemporaine, datant seulement d'hier. Certes, l'idée de virulence et de contage, attachée à la tuberculose, n'est pas une notion nouvelle. On la retrouve à diverses périodes de l'histoire de la médecine. Cette idée a eu, dans le passé, ses sectateurs convaincus et, parmi eux, le célèbre Morgagni, tant de fois cité pour sa foi dans la virulence de la tuberculose, pour l'invincible horreur qu'il en éprouvait et qui le faisait reculer devant l'autopsie des sujets tuberculeux. Du reste, l'instinct populaire, au moins dans les contrées méridionales, n'avait jamais cessé d'attribuer à la tuberculose une certaine aptitude à se transmettre par voie de contagion; le contact intime avec les tuberculeux, l'usage de leur linge, des hardes habituellement portées par eux, étaient réputés comporter de véritables dangers.

Mais, de nos jours, la généralité du monde médical était bien loin de partager ces appréhensions. La tuberculose lui apparaissait comme une création spontanée de l'organisme, victime de la misère physiologique. soit héréditaire, soit acquise sous l'influence des mauvaises conditions hygiéniques, des privations, de l'usure, de la maladie. Qui, parmi les médecins, pensait à la contagion? Quelques praticiens accusés de se laisser influencer par les préjugés populaires. Et aussi telle haute sommité médicale, comme Andral, exprimant, avec une grande réserve, du reste, l'opinion que la contagion pourrait bien être une cause de tuberculose et s'exercer tout au moins entre conjoints.

L'opinion régnante ne s'était pas laissé influencer par ces dissidences exceptionnelles. Au contraire, la croyance à la contagion tendait si bien à disparaître que le professeur ne songeait même plus à y faire allusion dans sa chaire. Avait-elle au moins conservé une certaine place dans les livres classiques mis entre les mains des élèves? Oui, parfois tel ouvrage consacre à la contagion quelques mots, mais pour dire dédaigneusement que les craintes dont elle est l'objet sont « chimériques ». Souvent rien, silence absolu; vous chercheriez vainement dans certains traités des plus estimés, à l'article « étiologie de la tuberculose », la mention même du rôle important qu'à une autre époque on avait fait jouer à la contagion dans la production de la maladie.

C'était bien une opinion disparue que la foi dans la propriété infectieuse de la tuberculose. Sur tout notre vieux monde, l'opinion contraire s'étalait tranquillement comme une mer sans rides, dont le calme semblait ne devoir être jamais troublé. Tout à coup un vent souffle en ouragan sur cette belle eau dormante, et la voilà profondément agitée. Cette tempête est soulevée par une voix qui s'élève pour lancer cette déclaration certainement inattendue: « Oui, la tuberculose est contagieuse; elle a son virus à elle, et ce virus s'inocule tout aussi sûrement que celui de n'importe quelle maladie bien démontrée virulente. A la place des faits vagues dont on arguait autrefois, je vous apporte des expériences nettes et précises. Voyez et jugez! » Vous savez, Messieurs, quel bruit a fait cette déclaration, tombant à l'improviste dans des oreilles bien peu préparées à la recevoir. Le monde des pathologistes ne s'est pas rendu du premier coup à l'évidence de la démonstration qui lui était ainsi apportée. Des combats acharnés se sont livrés à l'entour. Force a fini par rester à la raison, au droit scientifique. Aujourd'hui, qui oserait contester sérieusement la virulence de la tuberculose?

Honneur à Villemin, qui a été le promoteur infatigable de cette victorieuse campagne! Oui, honneur et gloire à lui, car le mérite des initiateurs ne saurait jamais être trop hautement proclamé! Après eux, sans doute, le champ de leurs découvertes est bientôt labouré en tous sens par la légion des chercheurs. A la première récolte, parfois d'apparence maigre et souffreteuse, s'ajoutent ainsi de nouvelles récoltes, toujours plus riches, toujours plus copieuses. Mais cette moisson prospère, si les inventeurs n'en avaient découvert et préparé le terrain, s'ils n'y eussent jeté la première semence, jouirions-nous de ses fruits plantureux?

Je suis fier d'avoir été le premier à rendre ainsi témoignage à la valeur de la découverte de notre cher collègue. Qu'il me permette de lui rappeler les luttes du début, si ardentes, si passionnées, et l'appui que j'ai eu tant de plaisir à lui prêter

alors. Le fait de l'inoculabilité du tubercule avait été bientôt mis hors de toute contestation. Mais, parmi ceux qui en acceptaient pleinement l'exactitude, beaucoup — et des meilleurs esprits — se montraient plus ou moins rebelles à l'adoption de l'interprétation de Villemin en faveur de la contagiosité de la tuberculose. A cette époque, en effet, diverses considérations pouvaient faire hésiter à voir, dans les effets de la pénétration violente de la matière tuberculeuse au sein de l'organisme animal, l'équivalent des symptômes et des lésions de la maladie humaine spontanée, la preuve de son aptitude à se transmettre par infection virulente naturelle. Un jour, surgit, au milieu des controverses, un travail expérimental qui enlevait aux adversaires de cette interprétation leur argument principal. Au lieu de faire entrer par effraction, dans l'organisme, le virus discuté, on l'y avait introduit par les voies naturelles de la contagion, et pourtant les animaux d'expérience étaient devenus tuberculeux, même plus vite et plus complètement que dans les cas où la matière tuberculeuse était déposée dans le tissu conjonctif sous-cutané. Combien je fus heureux d'apporter ces faits probants aux juges académiques, qui n'avaient pas encore su discerner la grande valeur de l'œuvre de Villemin, et de leur dire hautement : « Vous ne l'avez ni appréciée ni récompensée comme elle le mérite! »

Je viens de faire allusion aux premières expériences d'ingestion de matière tuberculeuse qui ont été présentées à l'Académie de médecine en 1868. Beaucoup d'autres suivirent; un grand nombre d'animaux de toutes sortes, veaux, chevaux, ânes, lapins, etc., furent consacrés à ces nouvelles expériences; on y employa toutes les méthodes possibles pour réaliser le contact entre l'organisme sain et la matière tuberculeuse. C'est une œuvre laborieuse. Qu'est devenu le plaidoyer nouveau qu'elle constitue en faveur de la contagion de la tuberculose? Je n'ai jamais voulu donner à ce plaidoyer d'autre publicité que celle de la *Lettre à Villemin*, insérée dans la *Gazette hebdomadaire* du 5 avril 1872. C'était une manière d'en faire hommage au destinataire; ces nouveaux matériaux, péniblement amassés, lui appartenaient bien, en effet, car, sans lui, sans ses expériences inaugurales, sans le courant d'idées qu'elles avaient créé, aurais-je jamais songé à entreprendre mes propres études sur la tuberculose?

Plus d'un point nouveau était pourtant traité dans ces études et aurait gagné à être signalé moins brièvement. Je n'en veux citer qu'un. Ces études se poursuivaient à l'époque où je cherchais à m'éclairer sur la nature des virus. Dans mes expériences relatives à la détermination de l'état physique des agents virulents, j'avais prouvé que les virus ne sont pas des substances liquides ou dissoutes, et qu'ils existent au sein des humeurs à l'état corpusculaire. Donc, s'il y a un virus tuberculeux dans les matières qui, après inoculation ou ingestion, provoquent la tuberculose expérimentale, il doit se trouver, comme les autres, à l'état corpusculaire. C'est, en effet, ce qu'ont démontré mes inoculations comparatives avec les humeurs tuberculeuses filtrées ou non filtrées.

C'était un premier pas vers la découverte de la vérité. Quand, plus tard, la *nature animée* des corpuscules virulents fut tout à fait mise hors de doute, on chercha si ceux de la tuberculose ne sont pas aptes à être cultivés et propagés, en dehors de l'organisme, à la manière des agents virulents qu'on avait déjà réussi à multiplier ainsi, celui de la fièvre splénique, par exemple. Toussaint, le premier, fit connaître le résultat positif de ses cultures et des inoculations de ses cultures. Il y eut quelque méprise dans ses expériences, car le micro-organisme qu'il détermina n'a certainement rien à faire avec la maladie. Toutefois un fait considérable subsiste dans cette partie de l'œuvre de Toussaint : je puis affirmer, pour en avoir été témoin, qu'avec des cultures déjà éloignées de la première génération, Toussaint a donné au lapin une maladie d'apparence tuberculeuse. Était-ce la tuberculose vraie? Les diagnoses anatomo-pathologiques faites ultérieurement dans plusieurs laboratoires, le mien entre autres, sur des pièces que Toussaint y avait laissées, sembleraient le faire croire. Quoi qu'il en soit, il est constant que Toussaint n'a point reconnu le véritable agent de la tuberculose. C'est à R. Koch que cet honneur était réservé.

Oui, grâce à lui, nous savons quel est le vrai microbe auquel est due l'infection tuberculeuse. Grand service après beaucoup d'autres, rendu par Koch à la science contemporaine! La découverte de ce micro-organisme complétait de la manière la plus heureuse la démonstration de la nature infectieuse de la tuberculose et imprimait une impulsion nouvelle aux études dont cette maladie fait l'objet. Pour se rendre compte de cette influence, il suffit de suivre l'énorme production de travaux cliniques ou anatomo-pathologiques qui se fait actuellement dans le monde sur la tuberculose, travaux dans lesquels jouent un si grand rôle la recherche et la détermination du *bacille de Koch*.

C'est, en effet, sous ce nom que, par un consensus aussi unanime qu'inconscient, nous nous plaisons tous à désigner l'agent infectieux de la tuberculose. Petite attention envers un grand mérite. Oui, sans doute, petite attention : nous aimerions pourtant en voir généraliser la pratique. Par exemple, ne devrait-il pas être universellement appelé le *bacille de Davaine*, cet agent infectieux du charbon, le premier microbe virulent qui ait été signalé, décrit, figuré, déterminé sous le nom de *bactéridie du sang de rate?* C'est cette découverte qui marque le début de la période si féconde que nous traversons aujourd'hui. A une telle œuvre, si absolument originale, point de départ de la marche en avant de toute la microbiologie infectieuse, s'attache un glorieux honneur. Ne le marchandons pas à celui qui a le droit de le revendiquer. . . . .

M. Chauveau développe ensuite cette idée que la tuberculose qui sévit sur les divers animaux domestiques est une cause nouvelle de danger pour l'homme.

Rien ne manque donc, ajoute M. Chauveau, à la démonstration de l'identité primitivement méconnue, entre les deux tuberculoses. Il n'y a là qu'une même maladie, un seul virus, s'attaquant à l'espèce bovine comme à l'espèce humaine, et pouvant se transporter de l'une à l'autre. Quelle redoutable solidarité entre l'homme et la bête! Nous voilà forcés de nous avouer enfin que la viande et le lait fournis par celle-ci à celui-là exposent à des dangers d'infection, que l'alimentation peut être, pour l'homme, une source empoisonnée où il puise le germe de la tuberculose! Point de révolte possible contre cet arrêt de la science expérimentale. Quand il fut prononcé pour la première fois le 17 novembre 1868, devant l'Académie de médecine, ce fut un *tolle* quasi général contre l'imprudent qui, sur la foi d'expériences de laboratoire, osait se permettre de telles alarmes. Nous n'en sommes plus là. L'opinion a fait du chemin. Elle s'est résignée à compter avec les inexorables lois du destin, qui soumet tant d'êtres vivants aux coups du même agent infectieux. . . . .

L'identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine a été démontrée par une série d'expériences du plus haut intérêt faites à l'École vétérinaire de Lyon.

En ce qui concerne la tuberculose, peut-être les animaux domestiques sont-ils aussi dangereux, sinon plus, que l'espèce humaine elle-même. Aussi l'homme a-t-il raison de chercher à se garder des germes tuberculeux qu'il est exposé à rencontrer dans son alimentation. Les divers pays du monde civilisé se sont préoccupés des mesures propres à empêcher la propagation de la tuberculose par l'usage de la viande et du lait provenant d'animaux tuberculeux. Grave et important problème! Il n'est pas encore complètement élucidé. Aussi figure-t-il au premier rang de ceux que vous aurez à résoudre.

M. Chauveau passe ensuite en revue les diverses questions qui sont soumises aux délibérations du Congrès.

Toutes ces questions fondamentales, dit-il en terminant, ainsi que les sujets secondaires désignés à votre attention par le programme, seront soumises à une discussion approfondie. Que

sortira-t-il de cette discussion ? Certes, ce sont là des études difficiles. Mais tout est difficile en pathologie. On a peine surtout à y trouver les lois simples et régulières qui, ici comme ailleurs, régissent les mouvements de la force et de la matière. C'est moins la faute des chercheurs que de la nature même des phénomènes dont ils ont à déterminer le mécanisme. Dans les autres domaines de la science, les conditions d'études sont incomparablement plus avantageuses. Voyez, par exemple, les phénomènes du monde physique; ils se passent dans un milieu simple, singulièrement exploré et déjà prodigieusement connu. Ceux du milieu organique, surtout du milieu organique troublé par la maladie, ne sont pas dans le même cas favorable. Les nombreuses excursions faites en tout sens sur le terrain pathologique n'ont pas réussi à le faire parfaitement connaître. De quelque côté qu'on se dirige, à chaque pas en avant, on se heurte à des obstacles compliqués difficiles à aborder, ou tombe dans des régions inconnues qu'aucun soleil n'échauffe ni n'éclaire. Comment ne pas hésiter quand on se lance, sur ce terrain, à la poursuite de ces lois fondamentales, but du chercheur, formule simplifiée du résultat de ses efforts !

Heureuses les sciences dont la marche n'est pas embarrassée par de telles difficultés ! Heureux aussi ceux qui, en s'adonnant à ces sciences, ont su se choisir ainsi le beau lot ! Oh ! ils connaissent leur bonheur et ne le cachent pas aux autres; ils savent même y discerner une certaine hiérarchie. Le mathématicien, justement fier des ressources puissantes qu'il trouve dans l'analyse, considère d'un œil curieusement indulgent les efforts tentés, pour établir des lois dans le domaine de la physique et de la chimie, par les simples expérimentateurs, armés pourtant d'instruments de mesures précises et rigoureuses. De leur côté, les physiciens et les chimistes suivent avec le même esprit de bienveillante supériorité les travaux de ceux qui n'ont que l'observation à leur disposition pour découvrir et formuler le mécanisme des phénomènes naturels placés dans le ressort de leurs études; ce sentiment se manifeste surtout à l'égard des biologistes, obligés de demander à la comparaison, mille et mille fois répétée, les moyens d'arracher à la matière vivante le secret des lois de ses métamorphoses dans le temps et dans l'espace. Enfin, les biologistes eux-mêmes sont tentés de se laisser aller à la même attitude envers ceux des leurs qui prennent pour sujet de leurs recherches la matière vivante à l'état pathologique. Ainsi tombe, sur ces derniers, de cascade en cascade, une série de douches réfrigérantes, excellent remède contre l'orgueil auquel ils pourraient être tentés de s'abandonner.

Et pourtant est-ce qu'un tel sentiment ne serait pas grandement légitime ? Au prix de quel travail et de combien d'efforts sont obtenues les conquêtes pathologiques, vous le savez bien, mes chers collègues. « Tout vous est facile, peut dire la pathologie aux autres sciences. Les vérités que vous découvrez, vous les cherchez en pleine lumière. Moi, pour trouver quelque chose, il me faut, souvent m'avancer à tâtons dans les ténèbres. »

Mais elles se dissiperont, ces ténèbres. Voyez ce que sont devenues celles qui couvraient la nature des maladies infectieuses, depuis que les travaux de notre admirable Pasteur sur les ferments ont permis d'introduire définitivement en pathogénie le rôle des infiniment petits !

Oui, faisons de la lumière, et encore de la lumière ! Qui sait ? le pathologiste arrivera peut-être un jour à rendre son travail aussi facile que celui du naturaliste, aussi précis que celui du physicien, aussi fertile en lois rigoureusement déduites que celui du mathématicien. Ce sera le moment, pour nos arrière-petits-neveux, de se lancer dans l'abstraction et de mettre en formules algébriques le jeu des cellules, comme on y a mis celui des atomes.

En attendant, contentons-nous d'être utiles. C'est un noble but à assigner au travail. Celui qui, jusqu'à présent, a été consacré à la tuberculose, a été particulièrement fécond. La pathologie expérimentale et comparée continuera son œuvre. Si elle arrive à poser des règles pour enrayer les ravages de ce terrible fléau; si elle réussit ainsi à augmenter la somme de vie et de bonheur sur la terre, elle aura rendu à l'individu, comme à la société, un bien signalé service.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des perforations traumatiques de l'intestin.

Mon collègue M. le docteur Kirmisson, dans une intéressante « Revue » que publie le *Bulletin médical*, me range parmi les chirurgiens « opposés à l'intervention » dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. Une telle assertion m'étonne d'un auteur aussi renseigné, car ma communication au dernier Congrès des chirurgiens français se terminait par cette conclusion fort nette, il me semble : « si les signes avant-coureurs de la péritonite apparaissent, quelque aléatoire et redoutable que soit la laparotomie, il faut alors la pratiquer délibérément. »

Aussi je m'imagine que l'expression a trahi la pensée de l'auteur et M. Kirmisson a simplement voulu dire que je repousse la laparotomie exploratrice et immédiate et qu'avant d'intervenir je demande un signe, quelque léger qu'il soit, mais un signe qui m'indique l'échec probable du traitement médical. Telle est encore l'opinion formelle que, pour la seconde fois, je vais défendre auprès des lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*, et pour ma part je ne pratiquerai le dévidement des intestins et la suture des orifices anormaux que si la nature, bien dirigée, ne s'est pas, à moins de frais, chargée de la guérison.

I

Cette guérison spontanée est-elle possible ? Nos adversaires ne le croient pas et, pour le nier, leur argumentation est fort simple : une balle de revolver a traversé la paroi abdominale et pénétré dans le ventre : si le blessé meurt, on accuse à juste titre la perforation de l'intestin que, d'ailleurs, l'autopsie révélera ; mais, s'il survit, on en est quitte pour affirmer que le tube digestif n'a pas été ouvert et que le projectile a cheminé, sans les atteindre, au milieu des viscères. Pour convaincre les sceptiques, il faudrait que, après la guérison spontanée d'une plaie pénétrante de l'abdomen, une maladie intercurrente emportât le blessé et permît de voir et de toucher la cicatrice de l'intestin. Cette preuve, nous ne doutons pas qu'on ne la fournisse un jour, mais les conditions particulières qu'elle nécessite sont trop nombreuses pour qu'on ne soit forcé peut-être de l'attendre longtemps.

Cette preuve est-elle indispensable et ne pouvons-nous pas, sans elle, établir, sur des bases certaines, l'oblitération spontanée des perforations intestinales ? En premier lieu les expériences sur le chien en prouvent la possibilité et plusieurs fois nous avons constaté, après avoir sacrifié l'animal, que les orifices ouverts par un projectile sur l'estomac, le gros intestin ou l'intestin grêle étaient fermés par une cicatrice dont on peut établir fort sûrement la genèse. D'abord la nature sait, par quelques artifices bien connus maintenant, amener ce qu'on pourrait appeler la « coprostase provisoire » ; tantôt les diverses tuniques de l'intestin se rétractent inégalement et détruisent le parallélisme des lèvres de la plaie ; tantôt la muqueuse fait hernie à travers l'orifice qu'elle oblitère ; tantôt enfin le tube digestif, vide de matières ou paralysé par le choc, ne verse, quoique perforé, aucune substance irritante dans le péritoine.

Et pendant le répit que laisse cette oblitération provisoire, une cicatrisation solide a tout le temps de s'organiser : les anses intestinales, voisines de la blessure, viennent s'appliquer sur la perte de substance petite ou grande, simple trou ou large déchirure; les feuillets séreux au contact s'agglutinent; au bout de peu d'heures on trouve déjà des adhérences qui, au bout de peu de jours, sont assez résistantes pour permettre, sans se rompre, les mouvements péristaltiques de l'intestin et la progression des matières, dont le cours normal est alors rétabli. Pourquoi ce mode de guérison si simple ne pourrait-il pas s'observer aussi bien chez l'homme que chez le chien? Aucune loi de pathologie générale ne s'y oppose.

Mais, sans invoquer les analogies et l'expérimentation sur les animaux, ne peut-on pas, d'une manière plus directe encore, démontrer la guérison spontanée des perforations traumatiques de l'intestin chez l'homme? On sait depuis longtemps que tout projectile qui traverse la paroi abdominale blesse par cela seul une anse intestinale, et plaie pénétrante du ventre est devenue synonyme de plaie de l'intestin. M. Noguès et moi avons tiré sur 37 cadavres et 36 fois la balle a perforé le tube digestif; une seule fois elle a cheminé entre les viscères sans les atteindre. Aussi affirmons-nous, avec tous les chirurgiens, que, pratiquement, on peut conclure de la perforation de la paroi du ventre à celle de l'intestin.

Les adversaires de l'expectation nous accordent bien ces prémisses, mais ils en repoussent les conclusions naturelles, et, lorsqu'on leur soumet une observation où les parois abdominales ont été perforées et où la guérison naturelle est survenue, ils déclarent tout net que l'intestin n'a pas été ouvert et invoquent les 2 ou 3 pour 100 des cas où le projectile peut cheminer à travers les anses sans les blesser. Nous leur répondrons cependant : voici vingt cas où la paroi a été traversée, et l'expérimentation nous prouve qu'une fois sur trente-sept seulement la pénétration de la paroi ne s'accompagne pas de pénétration intestinale; vous pouvez à la rigueur, et pour faire large mesure, distraire un cas de nos vingt cas, mais il vous faut admettre, pour ne point manquer à la logique, les lésions de l'intestin dans les dix-neuf autres et chaque guérison vous représente alors un fait indiscutable d'oblitération spontanée d'une perforation intestinale.

On ne peut, suivant les besoins de la cause, admettre et nier tour à tour que les perforations du ventre ont, comme corollaire à peu près obligé, la perforation de l'intestin. Si le fait est vrai, ainsi que l'attestent les expérimentateurs, il faut l'accepter avec toutes ses conséquences et compter comme observation de plaies de l'intestin chaque cas où le ventre a été perforé par le projectile après avoir distrait cependant un cas sur trente-sept environ. Eh bien, je crois que la moisson pourrait être abondante déjà, mais, pour être plus bref, je me contenterai de résumer ici mes observations personnelles et celles qui m'ont été communiquées directement par quelques confrères.

II

J'ai déjà publié le fait d'un lycéen qui jouait, un dimanche, avec le pistolet de tir de son père, arme de précision dont le projectile mesurait 9 millimètres de diamètre. Le coup part, et la balle pénètre à droite, à 5 centimètres en dehors de l'ombilic, dans cette zone « péri-ombilicale » où, selon la doctrine, il faut « intervenir immédiatement dès qu'on a acquis la certitude de la pénétration ». Or, ici, elle n'était pas douteuse, puisque, à mon arrivée, je trouvais un confrère qui, par l'orifice, avait introduit dans le ventre une longue aiguille à tricoter. Le projectile, après avoir traversé la cavité abdominale et les viscères, s'était logé probablement dans le muscle iliaque ainsi qu'en témoigne une douleur qui persiste encore en ce point quatre ans après l'accident. Le blessé a guéri sans encombre grâce à un pansement compressif, à l'opium à l'intérieur, aux injections de morphine et à la diète rigoureuse à laquelle il a été soumis.

Un jeune homme de vingt-cinq ans se tire, avec un revolver, trois balles de 5 millimètres, dont deux seulement pénètrent dans l'abdomen, l'une à 3 centimètres et demi et l'autre à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, toujours, par conséquent, dans la région péri-ombilicale. Le blessé accuse une douleur localisée dans la région reinale gauche, en un point qui correspond à l'extrémité d'une ligne droite perpendiculaire à l'axe du corps et passant par les plaies. Il n'y eut aucune complication, et la guérison complète était obtenue au bout de huit jours, grâce encore au repos complet et à une alimentation parcimonieuse prescrite, avant même que je visse le blessé, par son médecin, le docteur Duverney.

Nous tenons de M. de Chédevergne l'observation d'un militaire âgé de trente-neuf ans, qui se tire un coup de revolver dans l'abdomen; la balle, du calibre de 12 millimètres, atteignit le creux épigastrique à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic; la plaie était évidemment pénétrante, comme le prouve une exploration pratiquée par un médecin du pays; il y eut d'ailleurs, et comme par surcroît, des garde-robes noirâtres, visqueuses, semblables à du goudron et caractéristiques de la blessure d'une portion élevée du tube digestif. Grâce à un traitement médical énergique, il n'y eut aucune menace de péritonite, et la guérison fut rapide.

Notre ami, le docteur Peyrot, nous a raconté l'histoire d'un individu de vingt-huit ans, qui avait tenté de se suicider à l'aide d'un revolver de 8 millimètres appliqué sur la région thoracique; la balle avait certainement pénétré dans l'abdomen, comme en témoignent le ballonnement, les douleurs vagues au-dessous des fausses côtes, et surtout des hématémèses répétées. Nos collègues Peyrot et Perrier, discutaient la question d'intervention, lorsque le blessé s'enfuit de l'hôpital et se rendit à la Maison Dubois. M. Démétriade nous donne, dans sa thèse, la fin de cette observation; malgré quelques signes alarmants, nausées, douleurs assez vives à la pression, météorisme, coliques, la guérison fut assurée par le seul traitement médical.

A ces quatre observations nous en ajouterons deux autres, bien qu'il s'agisse de perforations par instrument tranchant et non par balle de revolver; mais comme la laparotomie est, au même titre, réclamée, dans ses plaies, par les partisans de l'intervention immédiate, ces deux cas peuvent entrer en ligne de compte pour la défense de notre thèse. Un cordonnier de vingt-six ans est frappé de deux coups de couteau, dont l'un, au-dessous des fausses côtes, pénètre dans la cavité abdominale; le blessé perd connaissance, et on le transporte à l'Hôtel-Dieu, où il vomit, sous les yeux de l'interne, deux verres de sang pur. On lui applique de la glace sur l'abdomen, on lui fait avaler 5 centigrammes d'extrait thébaïque, et on lui injecte sous la peau 2 centigrammes de morphine; pour le nourrir et pour tromper la

soif, on lui donne une cuillerée de lait glacé de quart d'heure en quart d'heure. Il y eut une nouvelle régurgitation sanguine et des selles goudronnées; mais, au bout de quinze jours, la guérison était complète.

Un épicier de vingt-six ans reçoit trois coups de couteau dans le poumon gauche, un quatrième dans le poumon droit et un cinquième en plein ventre, à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic; la lame, longue de 16 centimètres, fut poussée jusqu'à la garde. L'hémorrhagie fut considérable et la douleur des plus vives; nous pensions l'issue funeste; il n'en a rien été, et la compression ouatée des cavités thoraciques et abdominales, l'opium à l'intérieur et les injections sous-cutanées, la diète rigoureuse, nous ont réussi encore; et, au bout de deux mois, le blessé, guéri de de ses blessures et revenu de son anémie, pouvait quitter l'hôpital.

III

Que vont répondre les partisans de la laparotomie immédiate pour expliquer ces succès remarquables de l'expectation? Peut-être que, dans quelques-uns de ces cas, il s'agissait de plaies stomacales dont la gravité, nous dit-on, est moindre que celle des blessures de l'intestin grêle. Je le veux bien, mais il faudrait n'avoir jamais vu les ravages d'un couteau ou d'une balle de revolver dans le ventre pour accepter cette défaite et croire à l'existence d'une blessure unique. Dans deux de nos cas, les hématémèses ont prouvé que l'estomac était perforé, mais il est plus que probable que l'intestin l'était avec lui. Nos expériences, celles de Legouest, la pratique des laparotomies nous ont prouvé que la moyenne des perforations était, pour chaque balle, de cinq ou six environ.

Aussi sommes-nous fort surpris lorsque, d'après le point d'entrée du projectile dans le ventre, on veut conclure à la blessure de telle ou telle partie du tube digestif. Nous ne saurions souscrire à cette prétention, et si en pénétrant dans l'abdomen, au-dessous des fausses côtes, au niveau du bas-ventre ou dans les flancs, une balle ouvre à peu près sûrement l'estomac, l'S iliaque ou les côlons, elle a les plus grandes chances, dans son trajet ultérieur, d'intéresser les anses superposées de l'intestin grêle, qui forme la masse la plus abondante des viscères.

Ne voyons-nous pas, dans un cas de Kollock, la balle pénétrer par la région inguinale gauche et blesser à la fois le côlon descendant et l'intestin grêle? Dans un cas de Fox, le projectile atteint le côlon transverse et aussi l'intestin grêle; dans celui de Hamilton, le côlon ascendant et l'intestin grêle; dans celui d'Annandale, on trouve cinq plaies de l'intestin grêle, deux du côlon descendant et une du rectum; dans celui de Bull, il y a six plaies de l'iléon et une de l'S iliaque; dans celui de Nancrède, de Seymour, de Morton, d'autres encore, les plaies de l'intestin grêle coexistent avec des plaies de l'estomac ou du gros intestin. Il en est de même dans l'observation de Berger, où des désordres multiples sont produits, non par un projectile, mais par un coup de couteau. Nous en concluons que les plaies uniques sont exceptionnelles, et l'argument de nos adversaires ne tient plus.

Aussi avons-nous le droit de dire que dans les six observations que nous avons fournies, les laparotomistes « immédiats » devaient intervenir ou je ne comprends rien à leurs déclarations; ils devaient agir puisque la paroi abdominale était perforée et que par conséquent l'intestin l'était aussi, du moins dans les proportions que nous avons indiquées plus haut. Nous dira-t-on maintenant que le diagnostic n'était pas assez sûrement établi et qu'après l'avoir proclamé on n'admet plus le principe que de la perforation du ventre, on peut conclure à la perforation de l'intestin? Mais alors il faudrait un autre *signe*; or, en dehors de l'hématémèse, qui est fort rare, du meeléna qui est tardif, de l'issue par la plaie des matières fécales, qui est absolument exceptionnelle, il n'y a plus de signe que la réaction péritonéale légère ou intense... et voilà que nos adversaires en arrivent juste au même point que nous et attendent eux aussi un signe, eux pour se convaincre de la perforation de l'intestin, nous pour constater que la perforation ne s'oblitère pas; — mais en définitive les uns et les autres nous interviendrons au même moment.

De telle sorte que, tout en résumant cette discussion, nous pourrions enfermer nos contradicteurs dans un dilemne auquel il me semble difficile d'échapper. Ou le terme de pénétration de la paroi abdominale est, pour ainsi dire, synonyme de pénétration de l'intestin et vous n'avez plus le droit de récuser nos cas de guérison spontanée, ou bien il faut un autre signe pour établir le diagnostic de perforation de l'intestin, mais comme la réaction péritonéale est le seul signe constant, il n'y a plus de laparotomie « immédiate » et, en pratique, MM. Chauvel, Kirmisson et Barnard, interviendront en même temps que nous.

IV

Pour être logiques et conséquents avec leur doctrine, les partisans de la laparotomie immédiate devraient donc intervenir dès qu'ils ont reconnu la pénétration du ventre. Ce serait fort bien si l'opération n'était pas dangereuse par elle-même. Mais il ne s'agit plus ici d'une simple laparotomie, d'une de ces rapides incisions où, pour s'assurer de la nature d'une tumeur, on ouvre et on referme l'abdomen. La mise à l'air de l'intestin inspecté, manipulé, dévidé, retourné de l'estomac au rectum, peut amplement suffire pour inoculer la séreuse et tuer le blessé par choc opératoire ou par péritonite septique et nous ne savons quel chirurgien oserait souscrire à cette étonnante assertion de Godwin, que « l'état du malade ne sera pas sensiblement aggravé par l'opération ».

L'opération est dangereuse; elle est aussi fort difficile. Kollock dit que pour oblitérer deux perforations du gros intestin et une de l'intestin grêle, il put faire avec succès la laparotomie « sans assistance médicale et sans aucun des accessoires regardés comme si importants dans la pratique hospitalière ». Un chirurgien qui, sur une telle assurance, partirait en guerre pour ouvrir un ventre, s'exposerait à des mécomptes plus cruels encore pour son opéré que pour lui-même, et si les « accessoires regardés comme si importants dans la pratique hospitalière » signifient les mille détails de l'antisepsie, nous pensons que la péritonite viendrait, par une rapide irruption, prouver à qui les négligerait leur importance de premier ordre.

Non! une opération n'est pas facile lorsque des chirurgiens attentifs, habiles et soigneux comme Berger et Perrier, referment le ventre en laissant une perforation inoblitérée; lorsque Jordan Lloyd méconnaît une plaie du mésentère et une contusion de la vessie; lorsque Annandale pratique une suture qui laisse filtrer dans le péritoine les matières intestinales; lorsque Parkes, après avoir inspecté les viscères, constate, à l'autopsie, des plaies contuses du rectum et

de l'S iliaque; lorsque Jersey voit céder les points mésentériques où la gangrène se produit; lorsque Pozzi, pour fermer la plaie, rétrécit des deux tiers le calibre total de l'intestin, remplaçant ainsi une ouverture par un obstacle qui, si l'opéré eût survécu quelque peu à l'opération, aurait suffi bientôt à provoquer la mort; lorsque Briddon ferme l'orifice d'une plaie de l'estomac, mais laisse quatre ouvertures sur le jéjunum. Nous pourrions continuer longtemps cette analyse et prouver par l'examen des observations ce que vaut l'assertion de Godwin et de Cornélius Kollock.

Voyons d'ailleurs ce que disent les statistiques sur les résultats de la laparotomie. Parkes, Mac-Comak, Barnard, Chauvel, Carson, nous ont fourni des relevés qui porteraient le nombre des laparotomies à 44 et les guérisons à 13, ce qui donnerait 29 pour 100 de succès. Cette proportion, même en l'acceptant telle quelle, nous semble peu brillante et nous pensons que le nombre des guérisons spontanées sera bien supérieur lorsqu'on voudra se décider à publier tous les cas de perforation du ventre. De plus, j'ajouterai que ce chiffre de 29 pour 100 me paraît exagéré; de ces statistiques je n'ai pu contrôler encore que celle de Barnard, qui date déjà d'un an et qui ne porte que sur 24 cas où l'on aurait 18 morts et 6 guérisons, mais le premier examen nous prouve qu'il faut en rabattre.

En effet, du tableau de Barnard, je retranche d'abord l'observation de Newall, puisqu'on n'a pas fait la suture de l'intestin perforé et que la guérison est survenue quand même et spontanément; celle d'Andrews, puisqu'il n'y eut aucune intervention chirurgicale après l'ouverture du ventre, aucun viscère n'étant lésé; celle de Bull, suivie de mort d'ailleurs, puisqu'il n'y avait qu'une plaie du foie contre laquelle l'opérateur ne put rien; enfin, celle de Heddens, puisqu'il n'y avait pas de perforation intestinale. Restent donc 20 cas, avec 3 succès et 17 morts, soit 14 pour 100 de guérisons. Une analyse de ce genre nous permettrait-elle de relever quelques erreurs semblables dans la statisque de Carson, qui relate 29 pour 100 de succès? Je n'en sais rien, mais ne voyons-nous pas M. Kirmisson lui-même nous citer en première place le fait de Sévastopooulo sans nous avertir qu'il s'agissait là d'une entérorrhaphie après débridement et non de dévidement total de la masse intestinale?

Ajouterons-nous que tous les cas de laparatomie ne sont pas publiés et redirons-nous la tendance naturelle à faire connaître plutôt les succès que les revers? Rappellerons-nous qu'en France les quatre interventions chirurgicales, toutes fort légitimes d'ailleurs et tentées pour des perforations intestinales par des chirurgiens de premier ordre, ont donné quatre morts? Voilà pourquoi nous nous tenons sur la réserve et nous n'aurons recours à cette opération difficile et dangereuse que si elle est devenue nécessaire, — c'est-à-dire lorsqu'un signe quelconque vient nous prouver que le traitement médical n'est pas suffisant et que la péritonite est à craindre.

Je ne suis pas certain d'ailleurs que ceux que M. Kirmisson range parmi « les interventionnistes » en agissent autrement. Andrews opère, avec succès, seize heures après l'accident et lorsque déjà il existe une sensibilité diffuse de l'abdomen; Bull intervient au bout de dix-sept heures; la douleur abdominale est très vive et lui aussi sauve son blessé; Jordan Lloyd ouvre le ventre à la soixante-douzième heure et lorsque déjà il y a de la péritonite; Parkes, après vingt-deux heures; Jersey après vingt heures; Seymour après treize heures et nous voyons signaler, dans les observations, de la douleur, une sensibilité exagérée, du tympanisme, un choc intense, de la péritonite commençante, des nausées, des vomissements, des frissons. Les interventions sont très rares où le chirurgien — pour américain ou anglais qu'il soit — ait agi sans qu'un signe existât qui prouvait déjà l'imminence de la péritonite. Nous qu'on range parmi les *expectants* nous aurions parfois conseillé une intervention plus « immédiate ».

Je conclus donc, comme il y a quatre mois, au Congrès des chirurgiens français : dans les perforations traumatiques de l'intestin le traitement opiacé, la diète, l'immobilité me paraissent la méthode de choix; la laparotomie entraîne de trop graves dangers pour être autre chose qu'une opération de nécessité, et l'on n'y aura recours que si les signes avant-coureurs de la péritonite apparaissent; quelque aléatoire et redoutable que soit l'intervention, il faut alors la pratiquer délibérément. — Et j'ajoute : je me suis abstenu dans quatre cas où, pour être fidèles à leurs principes et à leurs déclarations, « les interventionnistes » eussent dû recourir à la laparotomie immédiate; mes quatre blessés ont survécu, tandis que, d'après les statistiques les plus favorables, deux ou trois d'entre eux eussent succombé si leur ventre eût été ouvert et leur intestin dévidé.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Paralysies dans la pneumonie par M. le docteur Carre.

(Deuxième article. — Fin. les nos 4, 6 et 29.)

Pour Lépine, la pathogénie de ces accidents était encore bien incertaine à l'époque où il publia son savant travail. « Est-ce une influence réflexe qui domine, disait-il, ou bien est-ce une ischémie provenant d'athéromes ou de caillots? Sommes-nous en présence d'un ramollissement qui commence? Est-ce déjà effectué? » De nos jours encore la question est complexe et l'on peut dire qu'elle est rendue plus obscure par la fréquence des pneumonies secondaires qui se développent fréquemment dans le cours des affections cérébrales et de l'hémiplégie. Les faits seuls peuvent aider à la solution de ce problème. En voici un que j'ai observé récemment et qui tend à prouver que dans certains cas l'hémiplégie est due à une action réflexe.

Observation personnelle. — Pneumonie catarrhale double, arythmie cardiaque, hémiplégie droite passagère, accompagnée d'aphasie. — F..., cinquante-huit ans, homme actif, violent, à la suite de quelques contrariétés causées par ses affaires, présenta le 15 novembre 1887 les signes d'une pneumonie droite, accompagnée d'irrégularités dans les battements du cœur. La température était humide et froide et les affections rhumatismales régnaient dans notre région.

Le 16, vers midi, F... voulut se lever pour uriner et l'on eut grand'peine à le remettre dans son lit. Mandé immédiatement, je le trouvai aphasique avec une hémiplégie complète du bras droit et presque absolument complète de la jambe droite, c'est-à-dire que lorsqu'on fléchissait fortement la jambe elle revenait machinalement en extension. L'intelligence paraissait surnager; d'ailleurs le malade n'avait jamais présenté de troubles de ce côté. Actuellement, malgré tous ses efforts, il ne pouvait prononcer que le mot oui. La langue était saburrale, un peu déviée à droite, et la face abaissée de ce côté, les yeux n'étaient pas absolument symétriques, quoiqu'il n'y eût pas de déviation à

proprement parler. Je pinçai le malade qui paraissait sentir, même du côté paralysé; la température accusait dans l'aisselle droite 6 dixièmes de plus que dans celle de gauche. Le soir l'état s'était aggravé: la face était vultueuse, le pouls inégal, très irrégulier, l'impulsion du cœur exagérée, sans bruit de souffle perceptible. Asystolie, respiration difficile, type Cheyne-Stokes incomplet, fièvre prononcée, émission involontaire des urines. La nuit fut agitée, mais contrairement à mes prévisions, les phénomènes de paralysie avaient diminué le lendemain matin, le malade bredouillait déjà quelques mots presque inintelligibles, et il commençait à remuer l'avant-bras sur le bras. Le soir, il existait encore une grande difficulté dans la parole, mais les mots devenaient plus nombreux et le malade remuait le bras et la jambe. Le lendemain matin 17, la face était redressée, les mouvements au complet et la parole presque entièrement naturelle. La respiration seule s'entrecoupait de temps en temps pour reprendre ensuite sa régularité, et les mouvements du cœur étaient devenus moins anormaux. L'amélioration faisait des progrès rapides les jours suivants, l'incontinence d'urine avait disparu et le 19 le malade pouvait s'asseoir aisément sur son lit. La pneumonie seule persistait et avait envahi les deux poumons. La céphalalgie avait disparu. La sensibilité dans le côté malade était revenue dès le 17. A aucun moment je n'observai de phénomènes vaso-moteurs à droite.

Le 18 novembre, crachements sanguinolents le matin, rouillés le soir. Pour la première fois, un peu d'agitation durant la nuit. Température, 39 degrés le soir.

Les 19 et 20, augmentation des crachats, qui sont fluides; toux, oppression, irrégularité du pouls, délire la nuit, potion tonique. Température, 38°,9 le matin, 39°,5 le soir.

Le 21, sulfate de quinine, toniques, crachats fluides, fièvre, affaissement. Les mouvements et le cerveau continuent à être très libres. Température, 39°,5.

L'oppression augmente de jour en jour et ne laisse que de rares intervalles entre les crises. Le corps est couvert de sueurs abondantes, les deux poumons sont envahis dans une grande étendue. La fièvre est plus grande durant la nuit, le délire est partiel et la connaissance persiste. Les urines sont rendues volontairement. Les crachats sont excessivement abondants, fluides, sanglants. Ventouses sèches en grand nombre, sulfate de quinine, gouttes amères de Baumé. Le 22 et le 23, la température reste stationnaire à 39°,7. Intégrité des mouvements à droite.

L'état s'aggrave rapidement et le malade meurt le 24.

La soudaineté des accidents paralytiques, leur disparition rapide et complète, tout exclut l'idée d'une lésion matérielle. Du même coup se trouve écartée l'influence de la lésion cardiaque. Car, si nous avions eu affaire à un athérome ou à une embolie, les phénomènes auraient persisté et l'intelligence n'aurait pas surnagé dans sa plénitude jusqu'à la fin, à moins d'admettre que le caillot migrateur se soit dissipé sans laisser de trace de son passage.

J'insisterai spécialement sur l'aphasie qui est assez commune et qui a été signalée déjà dans des cas analogues par Barth et Poulain, Lauth et Richardière.

Le fait de Macario se rapproche du nôtre en ce sens que l'hémiplégie s'est déclarée dans le cours de la pneumonie, mais il en diffère parce qu'il ne s'est agi que d'un engourdissement et parce que cet engourdissement persistait encore deux mois après la phlegmasie pulmonaire.

Observation de Macario (résumé). — Homme de vingt ans, faible constitution, refroidissement. Quatre jours après, râles crépitants fins et secs à la partie inférieure et latérale du thorax à droite. Point de côté, crachats sanguinolents, céphalée. Tout le côté droit du corps est engourdi (24 janvier 1851).

Les saignées et l'émétique jugulèrent la pneumonie, mais le côté droit du corps resta longtemps engourdi, et le 1er mars, deux mois après la disparition de la pneumonie, la jambe droite est toujours plus faible que l'autre, elle est le siège de fourmillements continuels. Le malade traîne la jambe en marchant; à la longue il finit par guérir complètement (Macario, *loc. cit.*, p. 111).

S'agissait-il ici d'une simple paralysie dynamique, comme le pense Macario, ou bien d'un caillot dont la résolution s'est effectuée lentement? Vu l'âge du sujet, et l'absence d'athérome, je me rallierais à cette dernière hypothèse. Mais on le voit, le problème reste toujours obscur, et chaque fait nouveau, par sa diversité, étend plutôt qu'il ne limite le champ des hypothèses.

En résumé, l'hémiplégie pneumonique n'est pas excessivement rare.

Elle s'accompagne fréquemment d'aphasie; elle paraît avoir une prédilection pour le côté droit.

Elle reconnaît pour cause l'athérome artériel, l'ischémie artérielle ou une altération plus profonde du cerveau: encéphalite circonscrite, ramollissement.

Enfin, dans certains cas, elle guérit, soit au bout d'un temps assez long (Macario), soit dans un temps fort court, comme dans le fait qui nous est particulier, et dans ce cas on peut admettre un simple trouble vaso-moteur.

Paralysies localisées. — Les paralysies locales et de voisinage avaient été étudiées dès la plus haute antiquité. « Il semble, dit Landouzy, que les anciens avaient bien vu les paralysies locales et voisines, puis les paralysies éloignées et diffuses que peuvent entraîner après elles la pneumonie et la pleurésie. Peut-être Hippocrate a-t-il décrit les premières... » Je ne puis résister au désir de citer en entier le passage suivant de Galien, qui contient un exemple frappant de ce genre de paralysie et et en même temps de reproduire l'explication qu'il a donnée de ce fait: « Un autre individu, qui entrait en convalescence d'une violente péripneumonie, éprouvait de la gêne dans la sensibilité des parties postérieures et internes du bras, et également dans la plupart des parties de l'avant-bras jusqu'à l'extrémité des doigts, quelques-uns même des doigts étaient quelque peu lésés dans leur mouvement. Il arriva chez cet individu que les nerfs des premier et second espaces intercostaux furent lésés. Le premier de ces nerfs, remarquable par sa grandeur, s'enfonce très avant, uni à celui qui le précède, mais partagé en beaucoup de ramifications, que nous avons vues dans les dissections et dont quelques-unes arrivent jusqu'à l'extrémité des doigts par la région interne de l'avant-bras. Le second nerf, qui est ténu et n'est uni à aucun autre, se dirige, sous le derme, vers le bras, à travers l'aisselle, se ramifiant dans le derme de la région interne du bras. Notre homme guérit promptement par l'application d'un médicament à l'origine des nerfs des premier et second espaces intercostaux » (Claude Gallien, *Des lieux affectés*, liv. IV, chap. VII. Traduit par le docteur Daremberg, t. II, p. 604).

Cette observation se trouve citée par Schenk, p. 248, Peyrilhe, *Hist.* 2, 583. Tissot (*Traité des nerfs*, t. II, première partie, p. 268), en parlant de cette observation, en donne l'explication suivante: « La compression que les nerfs éprouvent par l'enflure de quelques parties enflammées peut encore produire des accidents nerveux; c'est sans doute de quelque circonstance de cette espèce que dépendait la paralysie du bras gauche que Galien observa après une forte inflammation de poitrine, mais qui fut très passagère. »

Avicenne avait sans doute en vue les paralysies locales quand il écrivait: « *Sed quandoque mollificatur vel paralyticatur membrum.* » Imbert Gourbeyre, comme d'ailleurs Landouzy, donnent au mot *membrum* une interprétation générique et en concluent qu'Avicenne a voulu décrire les paralysies étendues et même généralisées. Telle n'est pas l'opinion de Gubler, et nous nous rangeons volontiers à l'opinion de ce dernier auteur.

Le mémoire d'Imbert Gourbeyre reste muet jusqu'au dix-septième siècle. Il cite Lepois, auteur de cette époque, comme ayant mentionné la paralysie d'un ou de deux bras dans l'hydropisie de poitrine ou l'hydro-pneumothorax. D'après le critique précité, Hoffman, Boerhaave, Baglivi et Sauvages, n'auraient fait que répéter Lepois. Pour ma part,

j'ai parcouru les *Institutions médicales* de Boerhaave, les ouvrages de Baglivi, et je n'ai rien trouvé concernant ce sujet. De même, dans Hoffman (*Médecine raisonnée*, 1742, 5 volumes). Je me trompe; dans le *Traité de la péripneumonie*, traduit du latin des *Aphorismes* de Boerhaave, commentés par Van-Swieten, je trouve page 176, les lignes suivantes: « La faiblesse où ils sont réduits (les malades) est portée si loin que j'ai vu un jeune homme extrêmement fort ne pouvoir seulement remuer la main dès le commencement du deuxième jour d'une péripneumonie très mauvaise. »

Dans une observation de Maloët, citée par Dehaën, il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, qui pendant le cours d'un catarrhe pulmonaire, fut affecté d'une paralysie complète des deux bras, qui intéressait également le mouvement et le sentiment. Au bout de trois mois, le malade fut guéri des phénomènes pulmonaires et paralytiques.

Bosquillon, dans ses notes sur l'ouvrage de Cullen, cite un exemple de paralysie du bras produit par une vomique.

Parlerai-je de l'observation de Pigray (1516), qui, à la suite d'une affection de poitrine fort longue, pendant laquelle il crut avoir craché un poumon, conserva une douleur sourde et une faiblesse du bras du côté malade?

Dans ce cas, comme dans la plupart de ceux que nous venons de citer, il s'agit d'une affection pulmonaire mal définie et non d'une véritable pneumonie. Il en est tout autrement dans l'observation suivante, due à notre compatriote le docteur Chauffard père (*Médecine pratique*, 1848, t. I, p. 439-440). La voici en résumé: « Un charretier de vingt-trois ans, vigoureux, se présenta à mon observation le 2 janvier 1821. Il délirait, gesticulant, et hurlant des paroles obscènes. Il avait l'œil hagard, immobile, les joues rouges, la bouche écumeuse, les mâchoires serrées. Il était alité de la veille, mais il était atteint depuis sept jours d'un point de côté *a frigore*. Trois saignées lui furent faites, le quatrième jour le délire était doux, la physionomie calme. M. Chauffard constata une paralysie du bras droit... La voix resta longtemps cassée, incertaine, la parole peu intelligible, l'esprit paresseux. A la fin de février, le malade sortit de l'hôpital guéri de sa pneumonie et de sa paralysie locale. »

Nous rapprochons de cette observation, la suivante, que nous devons à Macario (*Des paralysies dynamiques*, p. 212): « Le 6 mai 1852 je fus mandé auprès de la veuve N..., âgée de soixante-six ans, atteinte depuis quatre jours d'une pneumonie grave à droite. Vers le trente-deuxième jour de la maladie, c'est-à-dire pendant la convalescence, la malade éprouva de la douleur et de l'engourdissement dans l'avant-bras droit. L'engourdissement a commencé au coude et est descendu petit à petit jusqu'aux doigts.

« Ce membre est en même temps le siège d'un sentiment de froid très prononcé, surtout le long de la face interne du cubitus, et de fourmillements très incommodes depuis la paume de la main jusqu'au coude.

« La malade ne peut se servir de sa main, les muscles extenseurs sont surtout paralysés; les fléchisseurs moins, car il est impossible à la malade de fléchir complètement les doigts.

« La sensibilité y est également fort émoussée.

« Cet état de paralysie se dissipa peu à peu et à la longue, car au bout d'un an environ la main et les doigts étaient encore très engourdis. »

Dans cette dernière observation la paralysie est survenue pendant la convalescence, tandis que dans la précédente la paralysie est survenue pendant la période active de la pneumonie.

Cette distinction doit être maintenue en pratique. Y a-t-il une différence entre l'une et l'autre variété? C'est ce qu'il est impossible d'établir maintenant, vu la rareté des observations. Un fait doit être remarqué cependant, c'est que la paralysie de la convalescence a, contrairement à ce qui se produit d'ordinaire, une durée beaucoup plus longue que lorsque cette complication s'est produite pendant l'inflammation aiguë du poumon.

Quelle importance faut-il attribuer à ces paralysies locales? Faut-il les considérer comme des paralysies de voisinage et admettant l'explication déjà donnée par Galien, voir là une propagation de l'inflammation pulmonaire aux nerfs intercostaux et de là aux nerfs des bras? Cela est fort possible, et nous remarquons en passant que c'est pendant les pneumonies superficielles ou péripneumonies ou des inflammations très étendues des poumons; quand en un mot les couches superficielles sont envahies, que la paralysie s'est déclarée.

Dans cette hypothèse, on comprendrait difficilement que dans une maladie aussi fréquente que la pneumonie, les paralysies locales fussent aussi rares. Dans la pleurésie, l'action sur les nerf intercostaux est encore plus immédiate, et cependant les paralysies locales sont exceptionnelles.

Ces mêmes réserves s'appliquent à la théorie infectieuse, et il serait difficile d'admettre que la paralysie est due à un principe infectieux.

Il vaut sans doute mieux ne voir dans ces paralysies qu'un accident et ne les considérer que comme une rareté analogue à ces médailles à moitié effacées que les collectionneurs gardent dans leur cabinet en attendant l'avenir.

A côté des paralysies du bras, nous croyons devoir accorder une courte mention aux paralysies isolées de la langue dont Dehaën et Depérie ont cité un exemple. Dans le cas de Dehaën, il s'agit d'une femme de quarante ans qui, à la suite d'une toux longue, éprouva d'abord des spasmes, puis de la douleur et enfin une paralysie dans le côté gauche de la langue.

Le plus souvent cette paralysie de la langue est le prélude d'une affection beaucoup plus grave des centres nerveux. Ainsi on l'a vue précéder l'hémiplégie comme dans les observations de Dehaën. Chez ses trois malades, une vomique s'étant ouverte et le pus étant sorti avec abondance, la paralysie de la langue et des membres disparut.

Dans d'autres cas, cette paralysie est le prélude d'une périencéphalite diffuse comme dans le cas d'Ollivier ou bien d'une lésion plus profonde des centres nerveux, ramollissement, etc. Nous en avons vu un exemple plus haut à propos des paralysies diverses.

Paralysies spéciales. — Autant les paralysies spéciales : cécité, surdité, perte du goût, etc., sont fréquentes lorsqu'elles sont associées à d'autres phénomènes paralytiques, autant ces paralysies sont rares quand elles sont isolées. C'est en vain que j'en ai cherché des exemples dans les recherches bibliographiques d'Imbert Gourbeyre, de Ravel, comme dans les ouvrages anciens; mes recherches ont été complètement infructueuses. C'est ce qui donne un intérêt tout particulier à l'observation suivante dans laquelle les troubles oculaires ont éclaté au commencement d'une pneumonie pour aboutir à une cécité complète.

Je rappellerai, en passant, qu'on a noté du côté des nerfs moteurs ou intrinsèques de l'œil des paralysies diverses, quand la méningite de la pneumonie frappe la base du cerveau : tantôt le strabisme, la blépharoptose, le nystagmus; tantôt l'irrégularité ou la dilatation de la pupille, le myosis, etc.; tantôt enfin la congestion ou l'inflammation du nerf optique ou de la rétine.

Dans l'observation suivante, les troubles oculaires ont débuté au troisième jour d'une pneumonie; il n'y a jamais eu de symptômes cérébraux, aucune trace de méningite; la maladie oculaire a suivi une marche progressive pour aboutir à une cécité absolue.

Pour expliquer le développement de cette complication, on ne peut recourir à l'hypothèse d'un exsudat méningitique de la base.

Observation de cécité survenue à la suite d'une pneumonie :

Mme R..., de Pujaut, âgée de soixante-quatre ans, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents rhumatismaux ou diathésiques, fut prise le 17 avril 1884 d'une pneumonie droite, de moyenne intensité ; il n'y eut jamais de délire. Cette femme avait toujours eu une vue excellente et d'une grande acuité. Au troisième jour de son affection pulmonaire, subitement, sans cause appréciable, elle s'aperçut qu'elle avait une toile devant l'œil droit, puis la vue s'affaiblit et au bout de huit jours les mêmes phénomènes se montrèrent du côté gauche. Cette complication fut combattue par M. Pélissier, médecin habituel de la malade, au moyen de vésicatoires à la nuque, de purgatifs, de révulsifs sur les apophyses mastoïdes, de frictions sur les tempes et le front à l'aide du liniment de Furnari, etc. Sous l'influence de ces moyens il se produisit une amélioration passagère, mais un mois plus tard l'état des yeux s'aggrava de nouveau, et la strychnine employée à l'intérieur resta sans résultat. L'affaiblissement de la vue suivit une marche progressive, toujours plus prononcé à droite.

Etat actuel au 25 juin 1885. La malade se plaint de douleurs péri-orbitaires des deux côtés, et d'une sensation de gravier dans les deux yeux. La vue est très affaiblie, elle ne distingue plus les personnes, ni même le jour de la nuit. Elle voit un nuage permanent devant les yeux. Les pupilles sont dilatées toutes deux et insensibles à la lumière. Il n'existe pas de congestion du fond de l'œil, mais seulement une suffusion sanguine au niveau des papilles, qui sont nuageuses.

Malgré les divers traitements qui furent employés, la cécité ne cessa de s'aggraver, et au mois d'octobre 1887, cette femme était complètement aveugle. Elle ne distinguait plus la clarté du jour de la lumière artificielle et elle ne pouvait se conduire. Il s'était développé une cataracte secondaire des deux côtés, les cornées étaient dépolies, la conjonctive injectée, il existait un écoulement abondant des deux yeux, et les douleurs, qui existaient antérieurement, avaient disparu.

M. le docteur Pamard, à qui j'adressai cette malade, pour savoir de lui s'il n'existait pas quelque moyen pour améliorer sa situation, me répondit que cet état était au-dessus des ressources de l'art, et il ajoutait qu'il avait observé, quelques années auparavant, en consultation avec notre collègue le docteur Villars, un fait analogue. C'était sur un employé du chemin de fer qui, pendant le cours d'une pneumonie, vit sa vue se troubler, puis il se produisit des troubles inflammatoires qui aboutirent à la perte totale des deux yeux, avec cataracte finale et atrophie du globe.

Mon attention étant éveillée sur ce point, j'ai eu l'occasion d'observer dans le courant de l'hiver dernier, chez un octogénaire, sujet annuellement à un catarrhe pulmonaire, une cécité passagère, que je dois pouvoir rapprocher des faits précédents. Pendant le cours d'une de ses maladies habituelles, M. P... s'aperçut brusquement, dans le courant de l'après-midi, qu'il n'y voyait plus ; il ne distinguait plus sa femme et c'est à peine si ses yeux étaient sensibles à la lumière du jour ou à la lumière artificielle. Je le vis quelques heures après cet accident, et je constatai que les pupilles étaient contractiles, la conjonctive était normale, et j'annonçai que cet accident ne devait pas avoir de suite. En effet, le lendemain, la vue était revenue en partie et trois jours après elle était absolument normale.

Je rappellerai, en terminant, que Hoffman (*Médecine rationnelle*, 6, 4, chap. IV, p. 2, 3) a signalé l'amaurose causée par les catarrhes épidémiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 16 JUILLET 1888.

SUR LA COMPOSITION ÉLÉMENTAIRE DE LA STROPHANTINE. Note de M. *Arnaud*. — Les Fans ou Pahouins, peuplade guerrière et anthropophage du Gabon, se servent des semences pilées de l'Inée pour empoisonner leurs flèches et leurs sagaies. On sait que l'Inée est le *Strophantus hispidus* ou Kombé de la famille des Apocynées. M. Arnaud a isolé le principe actif, la strophantine cristallisée, qui est un des plus violents poisons cardiaques que l'on connaisse ; il en a établi la formule $C^{31}H^{48}O^{12}$, ce qui en fait l'homologue immédiatement supérieur de l'Ouabaïne, $C^{30}H^{46}O^{12}$ dont l'origine est très analogue ; en effet, cette substance a été extraite par M. Arnaud de l'*Ouabaïo* (Apocynée), qui lui-même est le poison à flèches des Comalis, de la côte occidentale d'Afrique. Il est assez intéressant de voir ces deux corps non azotés, si vénéneux et dont l'action physiologique présente tant de rapports, être aussi voisins comme composition chimique. Peut-être constituent-ils les premiers termes d'une série de poisons cardiaques qui posséderaient alors un noyau central commun dans leur constitution moléculaire.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA TOXICITÉ DES URINES ALBUMINEUSES. Note de MM. *Teissier* et *Germain Roque*. — Cette note est le résumé des expériences entreprises par ces auteurs depuis un an. Leurs recherches ont été dirigées dans un sens essentiellement clinique, pensant trouver dans cette méthode un moyen de différencier les différentes espèces d'albumine.

Ce travail vise exclusivement, parmi beaucoup d'autres, 65 expériences complètes et d'une rigoureuse exactitude. C'est sur elles que MM. Teissier et Roque ont basé leurs conclusions. Ils ont, d'après la méthode de M. Bouchard, injecté les urines d'un homme albuminurique dans la veine auriculaire du lapin en opérant isolément sur les urines de la veille et sur celles du sommeil. Un chimiste expérimenté, M. Wolf, a pratiqué chaque fois le dosage minutieux des éléments importants de l'urine (albumine, sels, urée, acide urique, ammoniaque, azote total). Enfin, les urines d'un même malade ont été injectées à des époques éloignées pour constater si à des phénomènes différents correspondaient des variations parallèles dans la toxicité de l'urine.

SUR LA NATURE DES VARIÉTÉS ATYPIQUES DU « LUPUS VULGARIS ». Note de M. *Henri Leloir*. — A côté de la forme classique du *lupus* vulgaire, l'auteur a constaté déjà depuis plusieurs années que celui-ci pouvait, dans certains cas, se présenter sous des aspects un peu particuliers, *atypiques*, et au point de vue objectif clinique, et au point de vue anatomo-pathologique. Il a donc cherché si ces variétés atypiques non décrites encore devaient, comme la forme classique, être considérées comme des tuberculoses atténuées du tégument.

Après avoir reconnu tout d'abord l'existence de trois variétés atypiques : 1° une variété *colloïde ;* 2° une variété *mucoïde* ou *myxomateuse ;* 3° une variété *scléreuse*, ainsi nommées par lui en raison des caractères qu'elles présentent ; il a pu s'assurer que ces trois variétés n'étaient autre chose, de même que le *lupus* vulgaire classique, que des formes atténuées de la tuberculose du tégument. Il dit : « *atténuées* », parce que :

1° Ces formes ne renferment de bacilles qu'en très petit nombre;

2° Parce que l'infection de l'animal en expérience se fait beaucoup plus lentement que si l'on employait du tubercule vrai;

3° Parce que, parfois, à moins d'inoculer de très grosses parcelles de *lupus*, l'inoculation peut être négative.

Il importait de connaître l'existence et la valeur nosologique des variétés précédentes, car ces variétés atypiques peuvent induire en erreur l'anatomo-pathologiste et le clinicien.

E. RIVIÈRE.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Duchêne*, médecin-major de 1re classe au 3e bataillon du 91e régiment de ligne, envoie la relation d'une *épidémie de fièvre typhoïde* qui a sévi sur ce régiment en janvier 1881.

M. le docteur *Vogelin*, médecin aide-major de 1re classe au 5e régiment d'artillerie, adresse un Rapport sur les *vaccinations* et les *revaccinations* qu'il a pratiquées en 1887-1888 dans les corps de troupe de la garnison de Besançon.

M. *Rochard* présente le second volume du *Traité des résections* de M. le docteur *Ollier*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose un mémoire de M. le docteur *Estradère* sur *la constitution médicale de Luchon*.

M. *Larrey* présente un travail manuscrit de M. le docteur *Feuvrier*, médecin principal d'armée, sur *le sol, le climat et la flore du Monténégro*.

M. *Ollivier* fait hommage d'un Rapport sur *l'impétigo contagieux* et d'un autre Rapport sur une *épidémie de choléra infantile* à Paris en 1887.

M. *Vallin* dépose un mémoire de M. le docteur *Geschwind*, médecin-major au 2e régiment de tirailleurs algériens à Mostaganem, sur une *épidémie de fièvre typhoïde* dans cette ville.

M. *Tarnier* présente, de la part de M. le docteur Pierre *Thomas*, un *crochet* destiné à pratiquer la décollation quand l'épaule se présente et que la version est impossible.

EAUX MINÉRALES. — M. *Albert Robin* lit une série de rapports sur des demandes en autorisation pour des sources minérales. Les conclusions de ces rapports, successivement mises aux voix, sont adoptées par l'Académie. Elles sont favorables pour les sources Lithine à Saint-Julien-du-Gua (Ardèche), Farincourt nos 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 à Labégade (Ardèche), du Pavillon à Vals, Aubert à Saint-Yorre, Œsculap à Buda-Pesth, Elisabeth à Vals, Favorite à Saint-Yorre, Ternant à Saint-Hérent (Puy-de-Dôme). Elles sont défavorables pour la source Farincourt n° 2 à Labégade (Ardèche).

RÉFLEXES AURICULAIRES. — Après avoir exposé les méthodes délicates qu'il a créées pour l'examen et la constation du jeu fonctionnel de l'appareil de conduction et de l'accommodation de l'oreille, M. le docteur *Gellé* démontre l'association des deux organes auditifs dans l'accommodation, et il rend cet acte manifeste par des expériences appropriées. Ainsi, sous l'influence des pressions centripètes exercées sur l'oreille droite, par exemple, le sujet annonce que le son du diapason posé en face de la gauche s'atténue. Dans cette épreuve de la synergie des mouvements d'adaptation dans les deux organes de l'ouïe, l'oreille pressée exécute un mouvement passif; mais l'oreille libre se meut d'une façon active; il y a effort. Il en résulte que, en clinique, il sera possible de constater désormais l'énergie ou la parésie des muscles moteurs de la chaîne des osselets. Quand l'épreuve des synergies est négative, les pressions centripètes montrent la fixité de l'étrier; si cette fixité existe des deux côtés, c'est qu'une double ankylose a raidi les organes; alors il n'y a pas de mouvements possibles ni d'accommodation bilatérale manifeste. Mais l'accommodation binauriculaire peut faire défaut, bien que les épreuves passives, qui démontrent la mobilité de l'appareil conducteur, du tympan à l'étrier, continuent à fournir des résultats normaux. Les osselets se meuvent; les moteurs agissent des deux parts; cependant aucune transmission motrice n'a lieu d'une oreille à l'autre, par les expériences indiquées.

Quelle est donc la source de cette accommodation binauriculaire? Quel lien unit les deux appareils, associe leurs mouvements synergiques intérieurs? Une excitation partie de droite aboutit à une action motrice à gauche : voilà le fait. C'est un acte involontaire, inconscient; c'est un réflexe. Quel est son point de départ? Le mouvement imposé à l'appareil transmetteur d'un côté, ou mieux, ce sont les sensations, musculaire, tendineuse, articulaire, ainsi provoquées. Or M. Gellé prouve, faits en mains, que, chez les hémianesthésiques, le phénomène se produit comme dans l'état normal. On ne peut donc admettre, comme origine du réflexe, ni l'excitation du nerf acoustique, ni celle de la sensibilité générale (cinquième paire). C'est le grand sympathique qui réunit et conduit ces multiples sensations liées aux mouvements de la chaîne des osselets.

Où est le centre du réflexe constaté? Lorsqu'on observe l'atténuation du son du diapason placé à droite par suite de la pression faite à gauche, on constate l'existence d'un réflexe d'accommodation binauriculaire; de plus, quand ce réflexe manque, toutes les autres conditions restent normales; du reste, il faut bien admettre que c'est le centre réflexe lui-même qui est atteint.

Les expériences permettent d'éliminer tour à tour le cerveau, le bulbe et le cervelet. Si, parmi les maladies de la région cervicale, on étudie les affections nerveuses, médullaires surtout, dans lesquelles les oreilles et l'audition restant normales, la réflexe binauriculaire fait défaut, lorsqu'on se guide sur la notion du centre réflexe pupillaire, on trouve ce réflexe altéré, disparu dans plusieurs cas, et surtout dans des observations bien nettes de pachyméningites cervicales. Aussi M. Gellé se croit-il autorisé à conclure que le centre réflexe de l'accommodation binauriculaire est situé dans la moelle et dans la région cervicale.

HÔPITAUX DE VARIOLEUX. — Déjà, l'année dernière, M. le docteur *Créquy* avait accusé le voisinage de l'hôpital spécial de varioleux à Aubervilliers, d'avoir été la cause de 14 cas de variole, dont 3 suivis de mort, parmi les ouvriers de l'usine à gaz de la Villette. Depuis cette époque 30 nouveaux cas, dont 8 mortels, se sont produits dans ce personnel et plus particulièrement chez les ouvriers de l'atelier de distillation, le plus rapproché de l'hôpital, soit à 230 mètres de celui-ci. M. Créquy en conclut que les hôpitaux de varioleux devraient être éloignés d'au moins 500 à 1000 mètres de toute habitation; une telle distance ne pouvant être obtenue dans aucun hôpital, tout pavillon d'isolement lui paraît illusoire. Reste la revaccination des ouvriers; comme ceux-ci y sont très réfractaires, la compagnie des chemins de fer de l'Est à laquelle appartient cette usine, refuse dorénavant tout ouvrier qui ne peut prouver qu'il a été revacciné depuis moins de huit ans. — (Le mémoire de M. le docteur Créquy est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Léon Colin*, *Brouardel* et *Dujardin-Beaumetz*.)

TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR L'ÉLECTROPUNCTURE. — M. *Dujardin-Beaumetz* rejette complètement, comme l'a fait M. Verneuil dans les trois dernières séances, la méthode de Moore pour le traitement des anévrysmes de l'aorte. Il rappelle qu'il a introduit en France, en 1877, le procédé de Ciniselli, soit l'électropuncture, pour la cure des anévrysmes. En raison de l'expérience qu'il a de ce dernier procédé, malgré certains avantages qu'on en a retirés, il le rejette également pour les motifs suivants : d'une part, l'impossibilité où il se trouve de produire une guérison définitive et complète; d'autre part, la puissance de mieux en mieux reconnue du traitement ioduré.

Si bien que, tant que le médecin ne sera pas en possession d'une méthode capable d'amener la guérison définitive des anévrysmes de l'aorte et cela sans danger, malgré le pronostic pour ainsi dire toujours fatal qu'entraînent toujours de pareilles affections, on doit s'en tenir dans la majorité des cas au traitement purement médical et n'avoir recours à l'électropuncture que dans des cas absolument exceptionnels où la rupture menacerait de se faire à l'extérieur. Il y a lieu, bien entendu, d'employer l'iodure de sodium à la place de l'iodure de potassium dont l'action nocive sur le cœur a été démontrée par M. Bouchard; les douleurs, quelquefois si vives, peuvent être victorieusement combattues à l'aide de la phénacétine.

Pansements a l'air libre. — En 1865, M. *Léon Le Fort* a déclaré que la doctrine des épidémies, admise presque sans contestation depuis Hippocrate devait être remplacée par la loi suivante: toute maladie susceptible de se transporter d'un lieu à un autre est contagieuse; l'épidémie n'existe que par la contagion. Il prit dès lors les précautions les plus minutieuses pour empêcher le transport du contage par les doigts, les instruments, les éponges, il fit de la chirurgie aseptique et parvint, dans les années 1868-1869, à ne perdre aucun amputé de cuisse ou de jambe, alors que la mortalité était de 65,7 pour 100 dans les autres services. Cependant deux doctrines se trouvent encore aujourd'hui en présence: l'une, celle de Lister, acceptée par tous les chirurgiens, largement amplifiée et pour laquelle l'air non purifié est un véritable poison, empêchant les réunions primitives, amenant les suppurations et même les infections de tout ordre.

M. Léon Le Fort, au contraire, n'attribue à l'air aucune influence; il nie que le germe de l'infection purulente chirurgicale ou puerpérale soit transmissible par l'air, et il n'admet comme mécanisme de propagation que le transport des germes-contages d'un individu malade à un individu sain par l'intermédiaire des doigts, des instruments, des éponges. Voulant montrer le bien fondé de sa doctrine, il a laissé, depuis plusieurs mois comme il l'avait fait autrefois, toutes les plaies de ses opérés à l'hôpital Necker en contact immédiat, permanent avec l'air atmosphérique; il y a maintenant, guéris ou en voie de guérison, en particulier trois amputés de cuisse, trois amputés de jambe, un amputé du pied, un réséqué du genou, un réséqué du coude, un amputé de neuf orteils, etc; non seulement tous les opérés ont guéri sans aucun accident, mais tous ont guéri en guérissant sans suppuration et par première intention. M. Léon Le Fort, au moment de quitter pour deux mois son service, invite ses collègues à venir constater dans son service les résultats actuels, afin de voir si quelques détails de l'expérimentation leur semblent défectueux ou de préparer leurs objections pour une discussion ultérieure.

Exstrophie de la vessie. — M. *Léon Le Fort* présente un enfant qu'il a opéré, avec succès, pour une exstrophie de la vessie, malformation congénitale consistant dans l'absence de la paroi antérieure de l'abdomen au niveau de cet organe. Il rappelle les divers procédés déjà employés pour des cas semblables et c'est notamment l'un de ses opérés en 1872 qui, aujourd'hui, est assez bien guéri, pour pouvoir exercer le métier de tonnelier. Dans le cas présent, il a pu reconstituer complètement la vessie et faire une gouttière uréthrale par laquelle l'urine s'écoule, non plus sur les aines et les cuisses, mais dans un appareil en caoutchouc facile à dissimuler sous des vêtements masculins.

Fièvre jaune. — Il résulte des recherches que M. le docteur *Gibier* a pu faire à la Havane sur l'étiologie et le traitement de la fièvre jaune, que le sang, l'urine, la bile, la cavité péricardique et les viscères (sauf le tube digestif) des personnes atteintes de cette maladie ne renferment dans la très grande majorité des cas aucun micro-organisme. Par contre, l'intestin contient une matière noire ou foncée, plus ou moins abondante et toxique; M. Gibier y a isolé un bacille nettement déterminé, qui semble jouer un rôle important dans la coloration de cette substance, sinon dans la pathogénie de l'affection en elle-même. D'où il suit que le traitement le plus rationnel consiste dans les purgatifs répétés et les désinfectants intestinaux. Cette thérapeutique a réussi dans un cas grave. — (Le mémoire de M. Gibier est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Rochard*, *Nocard* et *Cornil*.)

— L'Académie se forme en comité secret, afin d'entendre la lecture de plusieurs rapports de prix et d'un rapport de M. *Proust* sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la première division (*Médecine*). La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit: 1° M. Vanlair (de Liège); 2° M. Cantani (de Naples); 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Rommelaere et Warlomont (de Bruxelles).

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 18 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Orteil en marteau; résection articulaire : MM. Brun, Charles. M. Terrier, rapporteur (Discussion : MM. Terrillon, Desprès, Trélat, Schwartz). — Ascite chyliforme : M. Terrillon (Discussion sur l'ascite dans les tumeurs abdominales : MM. Bouilly, Quénu, Terrier, Lucas-Championnière). — Extirpation totale du larynx : M. Le Dentu.

M. *Terrier* lit un rapport sur deux observations, envoyées par MM. Brun et Charles, de *résection phalango-phalanginienne* pour orteil en marteau. Il ajoute à cela une observation personnelle où la difformité, datant de l'enfance, a été aggravée par le port de chaussures trop étroites. Si à ces observations antérieures et aux actuelles on en joint une de M. Richelot et deux de M. Schwartz, on arrive à huit opérations avec huit succès. Cette intervention a été proposée déjà par M. Barette (*Encycl. intern. de chir.*, Chirurgie orthopédique). Elle diffère de celle qu'a préconisée W. Adams : la résection de la tête de la première phalange. Cette opération est parfois insuffisante pour le redressement, et d'autre part elle adosse une surface osseuse et une surface cartilagineuse, ce qui est défavorable à l'ankylose. M. Terrier termine par l'observation d'un docteur de trente-quatre ans, atteint depuis l'enfance de déviation en marteau des quatre derniers orteils, du cinquième surtout; il semble qu'il y ait là quelque influence héréditaire. Depuis l'âge de cinq ans, des cors existent sur la jointure fléchie. Ils sont devenus douloureux pendant le service militaire et depuis le patient en était venu à marcher de moins en moins bien. L'opération pratiquée des deux côtés sur le cinquième orteil a eu un plein succès. Cette résection est de beaucoup préférable à l'amputation conseillée cependant par M. Blum dans un livre récent.

M. *Terrillon* relate cinq succès, observés sur quatre sujets.

M. *Desprès* a vu un cas de récidive (M. *Terrier* demande quand et par qui l'opération avait été faite). Il est donc pour l'amputation. Il considère la dernière observation de M. Terrier comme un pied creux des interosseux.

M. *Trélat* est de l'avis de M. Terrier sur le principe de l'opération. Il ajoute que l'orteil en marteau existe souvent dans l'enfance mais souvent sans pied creux. Or, dans le jeune âge l'orthopédie (électrisation, semelle à fourreau de M. Collin) donne de fort bons résultats. C'est chez l'adulte que l'intervention chirurgicale est indiquée. M. Trélat cite deux succès qu'il a obtenus chez l'enfant.

M. *Schwartz* a guéri aussi un enfant de la sorte. Chez l'adulte, il est partisan de la résection. En opérant, il a

trouvé une fois la phalangine complètement luxée, à angle droit, sur la phalange. L'orteil une fois redressé, il conseille, avec M. Le Fort, de le maintenir sur un plan supérieur à celui de ses voisins, pour éviter que sa pression ne cause l'incarnation de l'ongle du gros orteil.

— M. *Terrillon* fait une communication sur un cas d'*ascite chyliforme* chez une femme de trente-huit ans, malade depuis environ huit ans. Deux ponctions ont été faites en ville et ont donné environ 8 litres de liquide, sur lequel on a des renseignements insuffisants. Sentant une vague tumeur pelvienne, M. Terrillon s'est demandé s'il ne s'agissait point de végétations péritonéales curables par le raclage. Il a donc fait la laparatomie et a vu s'écouler 8 litres de liquide chyliforme (D. 1021; couleur café au lait; alcalin; 110 pour 1000 de matières solides dont : albuminoïdes, 76; sel, 3.50; graisses, 21), constitué au microscope par une vraie émulsion graisseuse. Or dans le petit bassin il n'y avait qu'un petit fibrome enclavé dans le ligament large. Ce fibrome n'a rien à voir avec l'ascite. Mais il y avait un état tomenteux et saignant remarquable de toute la surface du péritoine, sans dilatations ni crevasses lymphatiques visibles. La suture fut faite immédiatement et la malade s'est rétablie : mais l'ascite a récidivé. M. Terrillon, après avoir rappelé les travaux de Debove, Mad. Perrée, Veil, conteste la théorie de ces auteurs, pour qui c'est la transformation d'un épanchement purulent. Il pencherait plutôt vers l'opinion de M. Straus : rupture de dilations lymphatiques. Il insiste sur l'inflammation manifeste du péritoine.

A ce propos, M. *Bouilly* a dit que la question de l'ascite dans les tumeurs abdominales n'est pas encore bien élucidée. Récemment il a opéré une femme chez laquelle l'ascite lui faisait redouter un cancer : or il n'y avait qu'un petit fibrome utérin brièvement pédiculisé. Le péritoine était tout entier rouge et saignant. Le résultat opératoire a été bon.

M. *Quénu* insiste sur l'état du péritoine, où il a bien des fois trouvé de petites granulations qui ressemblaient assez à des tubercules ou à du cancer, mais étaient, au microscope, purement inflammatoires. L'ascite survient toutes les fois que le péritoine est irrité et le cancer n'en a point l'apanage. Elle est très fréquente dans les kystes végétants, non malins cependant et aussi lorsque de petits kystes se rompent dans le péritoine. M. Quénu a fait des expériences sur le chien pour démontrer ce rôle nocif du liquide des kystes. Mais toutes les tumeurs abdominales peuvent en causer autant; ainsi il y a plusieurs observations d'ascite par fibrome utérin. M. *Terrier* appuie cette manière de voir; il a d'ailleurs déjà expliqué l'ascite par une péritonite chronique, possible même avec de toutes petites tumeurs. Reste à déterminer dans quelles conditions s'engendre cette péritonite. M. Quénu a mis en relief le rôle des ruptures des petits kystes. Pour les autres tumeurs, la question est encore tout à fait obscure.

M. *Lucas-Championnière* est à peu près de cet avis, mais il maintient que l'ascite est rare dans les tumeurs bénignes; qu'elle doit faire redouter une tumeur maligne.

— M. *Le Dentu* rapporte un cas d'*extirpation totale du larynx*. L'asphyxie menaçante, le diagnostic étant hésitant entre la syphilis et le cancer, avait d'abord nécessité d'urgence la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Le diagnostic de cancer fut ensuite nettement formulé, mais le patient amélioré a refusé la laryngectomie. Quatre mois après, il revint : l'opération était encore possible. Elle fut pratiquée quelques jours après une trachéotomie aussi inférieure que possible. La guérison opératoire fut obtenue, mais au bout de trois mois une récidive se déclara dans le plancher buccal, et un mois après le malade était mort. Mais la laryngectomie n'a pas abrégé ses jours : on peut seulement regretter qu'elle n'ait pas pu être assez précoce pour avoir quelques chances de succès définitif. Des statistiques récentes ont été données par Hahn (de Berlin), par Hache (*Bulletin médical*, 1887), au total M. Le Dentu réussit 105 laryngectomies ave 43 morts opératoires et 62 survies, dont 28 récidives au bout d'un an. Au premier abord, cela ne semble pas meilleur que les résultats de la trachéotomie, dont la mortalité n'est que de 20 pour 100. Mais on ne pourra porter un jugement définitif que lorsque l'opération sera bien réglée et qu'elle aura été faite sans trop tarder.

A. BROCA.

Société de biologie.

SÉANCE DU 21 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

Thermomètre enregistreur pour iee eaux profondes : M. Regnard. — Photomètrs pcur lse saux profondss : M. Rsgnard. — Apparsil photographique pour le fond de la msr : M. Regnard. — Influenoss diversee eur lss oontraotione dss musclss de i'œil : M. Charpentisr. — Recherchs des acides billaires dans ies sécrétlons dse ictériques : MM. Bœlde et Lavrand. — Apparsils destlnée à produire ls sommsil hypnotiqus : M. Luys. — Dévsloppsmsnt du tubsrouls génitel : M. Tourneux. — Procédé pour dètruire lee tatouagee : M. Variot. — Recherchee ephygmomètriques eur lee hémlplégiquee : M. Féré. — Présenoe du etreptoooque pyogène dane la sallvs : M. Nsttsr. — Présenos d'un strsptoooqus non pathogèns dane le mucue vaginal : M. Legraln. — Sur lee mouvoments respiratoirss aprée la eectlon du bulbe : M. Werthelmsr. — Différenoe sntrs la déoapitatlon ohez l'homms st ohez lss animaux : M. Loys.

M. *Regnard* envoie trois notes : la première, sur un thermomètre enregistreur destiné aux profondeurs abyssales ; la deuxième, sur un photomètre destiné à fonctionner dans les eaux de la mer et des lacs; et la troisième, sur un appareil photographique permettant de photographier au fond de la mer.

— M. *Charpentier* envoie une note relative à l'étude d'influences diverses sur la contraction des muscles de l'œil.

— M. *Dumontpallier* dépose une note de MM. *Bœlde* et *Lavrand* (de Lille) sur la recherche des acides biliaires dans les sécrétions chez les ictériques.

— M. *Luys* présente différents appareils qui, d'après lui, détermineraient facilement le sommeil hypnotique; ces appareils ne sont autre chose que des miroirs à alouettes. M. Luys aurait de même provoqué l'hypnose au moyen de lampes électriques Trouvé. Les sujets ainsi endormis seraient suggestionnables.

— M. *Retterer* présente une note de M. *Tourneux* sur le développement du tubercule génital et la formation de l'anus chez l'embryon du mouton et chez l'embryon humain.

— M. *Variot* décrit un procédé qui lui a permis de faire disparaître, sans déterminer d'accidents, des tatouages. A l'endroit même du tatouage, on introduit sous la peau, au moyen d'aiguilles fines, des particules de tannin, puis du nitrate d'argent. La douleur est modérée. Il se forme bientôt une petite eschare et le tatouage disparaît, laissant une cicatrice qui n'a rien de difforme.

— M. *Féré* a étudié, avec le sphygmomètre de Bloch, l'état de la pression sanguine chez un certain nombre d'hémiplégiques, et il a constaté que, du côté où il y avait atrophie musculaire, la pression artérielle était abaissée très notablement.

— M. *Netter* a trouvé un certain nombre de fois, dans la salive normale, le streptocoque pyogenes, qu'il n'a pas seulement caractérisé morphologiquement, mais aussi par des inoculations. On comprend dès lors, chez les individus porteurs de ce microbe, s'ils viennent à être atteints d'amygda-

lite ou de quelque autre affection des voies respiratoires, la possibilité du développement d'une maladie à forme purulente.

— M. *Gley* présente une note de M. *Legrain* (de Nancy) sur la présence dans le mucus vaginal, à l'état normal, d'un streptocoque non pathogène. M. Legrain s'est particulièrement attaché à différencier ce micro-organisme du streptocoque pyogenes, avec lequel on pourrait le confondre.

— M. *Wertheimer*, à propos des observations présentées par M. Laborde dans la séance précédente, maintient que le « nœud vital » n'est pas l'unique centre respiratoire, et que ses expériences, dont les résultats ont été antérieurement exposés à la Société, prouvent qu'il existe dans la moelle des centres respiratoires.

— M. *Loye* croit inexactes les observations présentées par M. Laborde dans la dernière séance relativement à certains effets de la décapitation chez l'homme. Les recherches bibliographiques qu'il a faites à ce sujet lui ont montré qu'on n'avait jamais observé de mouvements des membres après la décapitation; au contraire, ses expériences prouvent qu'il se produit dans ce cas chez le chien des mouvements convulsifs, à moins que la décapitation n'ait lieu exactement au niveau du nœud vital. Il y a donc bien là une différence réelle entre les effets de cette opération chez l'homme et chez l'animal.

Société anatomique.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1888.

M. *Cuvillier* montre des *reins polykystiques*.

— M. *Tison* fait voir un *kyste dermoïde de l'ovaire*.

— M. *Hallé* fait une communication sur la tuberculose rénale.

— M. *Hallé* expose le procédé du professeur Guyon pour la *cure de l'ongle incarné*.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude des manifestations spinales de la blennorrhagie, par MM. G. Hayem et E. Parmentier. — Aujourd'hui que l'idée d'infection est intimement liée au mot blennorrhagie, on est conduit à mettre sur le compte de cette infection générale divers accidents qui se montrent au cours de l'uréthrite gonorrhéique. Parmi ceux-ci, certains accidents nerveux à forme spinale avaient attiré l'attention d'un petit nombre d'observateurs tels que Stanley, Gull, Everard Home, Tixier, Peter, Ricord; mais ces accidents n'avaient pas jusqu'ici reçu d'interprétation bien satisfaisante et avaient été confondus, au moins en partie, avec des manifestations de sciatique. MM. G. Hayem et E. Parmentier reprennent à nouveau la question; s'appuyant sur les observations antérieures et sur des faits observés par eux, ils montrent que l'on rencontre chez les blennorrhagiques, dans quelques cas, des phénomènes spinaux tels que douleurs en ceinture, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, sciatique double, hyperesthésie, exagération du réflexe patellaire, trépidation épileptoïde, affaiblissement de la motilité, et atrophie des muscles des jambes et des cuisses. On a signalé de véritables paraplégies. Ces phénomènes se montrent ordinairement au milieu d'accidents articulaires et synoviaux, subissant avec eux des périodes de recrudescence et d'apaisement, ce qui exclut l'idée de simple coïncidence, et présentent, comme ceux-ci, une époque d'apparition des plus variables par rapport au début de la blennorrhagie. Ils peuvent se grouper en trois catégories: troubles de la sensibilité; troubles de la sensibilité et de la motilité réunis; et troubles isolés de la motilité, paraplégie à divers degrés. Ils portent d'ailleurs, toujours exclusivement sur les membres inférieurs. Ils se présentent surtout sous l'aspect d'une congestion de la moelle, d'une méningo-myélite intéressant plus ou moins le système postérieur ou latéro-postérieur de la moelle. Il faut cependant tenir compte de l'irritation inflammatoire que peuvent subir les racines nerveuses traversant les méninges rachidiennes, et peut-être, ainsi que l'a signalé Vulpian, de la compression ou de l'irritation directe de ces racines au cours d'arthrites vertébrales.

En résumé, parmi les accidents spinaux à cause jusqu'ici indéterminée, il en est qui dérivent directement de la blennorrhagie. C'est là une preuve nouvelle que l'infection, qui choisit d'ordinaire son terrain, peut, dans certains cas, avoir les déterminations les plus variées. Désormais les accidents spinaux devront être rangés parmi les localisations exceptionnelles de l'infection blennorrhagique. (*Revue de médecine*, n° 6, 10 juin 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Maladies de l'appareil digestif, t. II, *Pathologie des annexes*, par M. L. Baumel, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier. — Montpellier, Camille Coulet; Paris, Lecrosnier, Babé et Cie, 1889.

« Le bienveillant accueil accordé à mon premier volume sur les *Maladies de l'appareil digestif* m'encourage à publier aujourd'hui le second, sur les *Maladies de ses annexes.* » De ces lignes, empruntées à la préface de ce volume, on pourrait conclure qu'il est conçu dans le même esprit que celui auquel il fait suite. Il n'en est pas ainsi cependant; cela tient à ce que la pathologie des annexes du tube digestif est, en dehors de ce qui concerne le foie et le péritoine, beaucoup moins connue que celle du tube digestif lui-même; cela tient surtout à ce que parmi les questions que M. Baumel aborde, plusieurs ont fourni depuis longtemps matière à ses recherches personnelles. La part des faits originaux, des vues propres à l'auteur est donc, dans ce volume, beaucoup plus grande que dans celui qui l'a précédé.

Ce n'est plus un traité didactique que nous apporte M. Baumel, mais plutôt, à côté d'un rapide aperçu de la pathologie du foie et du péritoine, un exposé des idées de l'auteur sur certaines questions peu connues ou controversées; on trouvera également dans ce tome l'étude de sujets négligés d'habitude dans les ouvrages de pathologie. C'est ainsi qu'une série de leçons ont trait aux accidents de dentition, aux principales lésions dentaires, enfin aux dyspepsies dues à une mastication insuffisante; de même M. Baumel étudie avec détails tels symptômes dus à des altérations des glandes salivaires comme la sialorrhée et la dyssialie, sur lesquels les principaux traités de pathologie interne restent muets.

La partie la plus originale — partant la plus intéressante — de cet ouvrage est incontestablement celle qui est consacrée aux maladies du pancréas. M. Baumel se trouve là sur son terrain de prédilection; il cherche à démontrer que cet organe n'est pas inaccessible à nos moyens d'investigation, comme on le pense généralement; il essaye d'établir qu'il est souvent en cause dans des processus morbides habituellement imputés à l'estomac ou à l'intestin. Malheureusement nous sommes bien pauvres en données précises sur les affections du pancréas; c'est ce qui ressort surtout du travail de M. Baumel.

De même son plaidoyer en faveur de la théorie pancréatique du diabète sucré, formulée ici dans les termes les plus absolus, n'est pas de nature, je le crains, malgré les

faits nouveaux que produit l'auteur, à entraîner toutes les convictions.

On lira également avec intérêt les leçons consacrées aux maladies des lymphatiques digestifs, telles que la leucocythémie, l'adénie, le carreau enfin que M. Baumel se refuse à rattacher à l'infection tuberculeuse ; le caractère pratique de son enseignement s'affirme aussi dans une étude de la pathologie générale de la rate, comme dans les leçons relatives aux affections de la veine porte.

C'est, on le voit, aux questions les plus délicates que M. Baumel s'est attaqué ; il s'est tiré de cette tâche difficile à son honneur et nous enregistrons avec satisfaction l'engagement qu'il prend de compléter à bref délai son œuvre par l'étude des parasites des voies digestives et de l'influence des maladies locales et générales sur la digestion.

L. DREYFUS-BRISAC.

VARIÉTÉS

L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le projet sur la réorganisation d'une Ecole du service de santé militaire a donné lieu à une discussion qui méritait d'être mieux écoutée. Mais le résultat final a été bon et cela doit nous suffire. On n'a pas oublié que, depuis 1873, le recrutement des médecins militaires est devenu libre et nous avons assez souvent insisté sur les inconvénients de ce système pour n'avoir pas besoin de les indiquer de nouveau. En 1883, un décret institua deux Ecoles de santé : l'une à Nancy, l'autre à Bordeaux. Aujourd'hui, l'on propose de revenir sur ce décret, en créant une Ecole unique où les étudiants seraient casernés.

M. Labrousse, député de la Corrèze, ancien médecin militaire, a défendu ce système qui est aussi le nôtre. Une Ecole unique a de grands avantages aussi bien au point de vue de l'organisation générale que de l'éducation militaire des futurs médecins de l'armée.

M. Mézières a soutenu avec tout son talent et tout son cœur un amendement tendant au maintien des deux Ecoles instituées par le décret de 1883. Les arguments développés par M. Mézières sont en faveur de la création d'une Ecole à Nancy. Et, en effet, c'est avec raison qu'il a rappelé que les deux cinquièmes de nos médecins militaires sont fournis par l'Alsace, par la Lorraine et par les Ardennes et que deux autres cinquièmes proviennent du sud-ouest, du pays entre Toulouse et Bordeaux ; mais cette question du recrutement régional n'est que secondaire et des motifs d'ordre militaire aussi bien que d'ordre universitaire font pencher la balance en faveur de Lyon ou de Bordeaux. C'est ce que M. Gadaud, rapporteur, puis M. de Freycinet, ministre de la guerre, ont laissé entendre sans le dire explicitement. Ce qui montre d'ailleurs que les questions d'intérêt local intéressent et font agir les députés qui ont pris la parole à cette occasion, c'est l'intervention de M. Deandreis, qui a soutenu, contrairement à ses collègues, l'utilité du recrutement libre des médecins de l'armée.

Le projet de loi présenté par le gouvernement a été adopté par 463 voix contre 37 et M. Dujardin-Beaumetz, directeur au ministère, a été chargé d'aller étudier à Bordeaux et à Lille les propositions des municipalités et les installations que l'on pourrait offrir à la nouvelle Ecole. Nous croyons que Lyon sera préféré à Bordeaux. Telle était du moins il y a quelques mois l'opinion accréditée au ministère de la guerre. Mais nous savons aussi que de pressantes démarches sont faites par la municipalité bordelaise. Sous peu de jours une détermination définitive sera prise par le ministre.

— Tandis que M. Dujardin-Beaumetz voyage ainsi pour étudier l'installation des Facultés de province, il est regrettable que le ministre de la guerre ne songe pas à visiter l'Ecole du Val-de-Grâce. Hier, 24 juillet, il allait s'assurer par lui-même de l'insalubrité des casernements de l'Ecole polytechnique. On espérait un peu qu'il profiterait de sa présence dans le quartier du Panthéon pour s'arrêter au Val-de-Grâce et se rendre compte de l'organisation de son enseignement technique. Il est certain que la création d'Ecoles nouvelles ne doit rien lui enlever à ce point de vue, mais le ministre de la guerre n'aurait pas eu de peine à comprendre tout le mal que lui a fait un récent décret.

LEGS MÈGE. — Par décret, en date du 9 juillet 1888, la Commission générale de l'Association des médecins de la Seine, reconnue d'utilité publique par décret du 16 mars 1851, est autorisée à accepter le legs fait à cette œuvre par le sieur Jean-Baptiste Mège, suivant son testament olographe du 10 juin 1863 et consistant en une rente annuelle et perpétuelle de 28 francs.

Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une rente annuelle et perpétuelle de trois cents francs (300 francs) que lui a fait le sieur Jean-Baptiste Mège, suivant son testament olographe du 10 juin 1863.

Les arrérages de cette rente seront consacrés à la fondation d'un prix triennal, qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet de physiologie expérimentale, d'anatomie pathologique, et ensuite à la volonté de l'Académie.

Les secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences de l'Institut de France sont autorisés à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une somme de 10000 francs, que lui a fait le sieur Jean-Baptiste Mège, suivant ses testament et codicille olographe des 10 juin 1863 et 4 février 1869.

Cette somme sera donnée en prix à l'auteur qui aura continué et complété les essais du sieur Mège sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine depuis l'antiquité jusqu'à nos jours.

SOCIÉTÉ MÉDICALE. — Une nouvelle Société médicale vient de se fonder dans le VIIe arrondissement de Paris. Son bureau a été constitué de la manière suivante : président, M. Ferrand ; vice-présidents : MM. Guéniot et Berger ; secrétaire général archiviste : M. Tolédano ; secrétaires, des séances : MM. Tisné et Bœhler ; trésorier : M. de Crésantignes.

DISPENSAIRE DE LA SOCIÉTÉ PHILANTHROPIQUE. — M. le docteur Comby vient de publier le rapport médical qu'il fait chaque année pour rendre compte des résultats obtenus au dispensaire de la rue de Crimée. Ces résultats sont des plus satisfaisants. Le traitement à domicile, alors surtout qu'il s'agit de maladies infantiles, ne saurait être trop encouragé. Le rapport de M. Comby, en montrant la fréquence des maladies des yeux et des maladies cutanées, presque toutes susceptibles de guérison rapide quand elles sont prises à temps, confirment les espérances que faisait naître il y a cinq ans l'installation de ce dispensaire. Il a reçu cette année 6932 consultants et 2064 enfants se sont inscrits au traitement externe pour les maladies les plus diverses. Sur les 2064 enfants traités il y en a eu 1275 guéris, 213 améliorés, 26 restés à l'état stationnaire, 13 morts et 537 restés inconnus.

MORTALITÉ A PARIS (28e semaine, du 8 au 14 juillet 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 3. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 23. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 36. — Tumeurs : cancéreuses, 41 ; autres, 10. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 42. — Bronchite aiguë, 25. — Bronchique chronique, 15. — Broncho-pneumonie, 12. — Pneumonie, 31. — Gastro-entérite : sein, 24 ; biberon, 54. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 25. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 155. — Causes inconnues, 10. — Total : 844.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les pulvérisations biiodo-mercuriques et technique des pulvérisations, par MM. les docteurs P. Miquel et Rueff. 1 vol. in-8°. Paris, G. Masson. 3 fr.

Étude clinique sur le délire religieux (essai de séméiologie), par M. le docteur Dupain. 1 vol. in-8°. Paris, Lecrosnier et Babé (ancienne maison A. Delahaye et E. Lecrosnier). 5 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

15611. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Chaque numéro de la Gazette hebdomadaire contient un supplément consacré à l'annonce des **Actes de la Faculté de médecine de Paris** et à divers documents intéressant le public médical (Postes médicaux, Assistance publique, Cours particuliers, Actes des Facultés des départements, etc.)

BULLETIN

Paris, 1er août 1888.

Académie de médecine : **La pelade.** Rapport de M. le docteur ERNEST BESNIER.

Après le savant rapport qu'il avait consacré à l'analyse des recherches relatives à la lèpre, M. Ernest Besnier vient de communiquer à l'Académie de médecine une œuvre aussi remarquable et qui mérite à tous égards d'appeler l'attention non seulement des dermatologistes, mais encore de tous ceux que préoccupe l'étude scientifique et prophylactique d'une maladie de plus en plus fréquente.

Si nous avions à faire ressortir la valeur de semblables travaux, nous ne manquerions pas de faire remarquer avec quelle sympathique attention ils sont accueillis dans le monde savant. Le rôle des Académies n'est-il pas de chercher la solution des problèmes de pathologie générale et spéciale les plus obscurs et ne convient-il pas de louer hautement l'Académie de médecine de l'avoir si bien compris en discutant avec tant de soin des sujets qui, comme la prophylaxie de la syphilis, la pathogénie de la lèpre ou les dangers que présente le plâtrage des vins, ne peuvent être étudiés qu'après avoir été l'objet de rapports aussi consciencieux, aussi érudits que ceux qui, à diverses reprises depuis deux ans, ont dû être signalés à cette place?

Mais nous ne voulons pas nous attarder à louer l'important travail qui vient d'être lu par M. Ernest Besnier. Nous croyons mieux faire en suivant pas à pas le savant rapporteur et en essayant, par une analyse détaillée, de bien établir quelles sont aujourd'hui les idées que l'on doit se faire de la pelade, de son anatomie pathologique, de sa pathogénie, de son évolution clinique et des mesures prophylactiques qui paraissent les plus utiles pour empêcher son extension.

Cette question, dit M. Ernest Besnier, est d'une difficulté exceptionnelle; dans les pelades tout est étrange, extraordinaire, irrégulier, parce que tout — ou presque tout — est incompréhensible et inexplicable. Et, en effet, l'histoire clinique et anatomo-pathologique des alopécies peladiques reste encore relativement obscure.

Au début, sous l'influence de la doctrine dermatologique de Bazin, on réunissait sous le nom de *pelades* un certain nombre de maladies que l'on confondait plus ou moins avec les teignes et contre lesquelles on tendait à prendre les mesures appliquées aux malades atteints de *favus* ou de *tricophytie*. De là ces règlements un peu cruels qui ont pour but d'isoler et d'exclure de nos écoles et de nos lycées tous les malades atteints d'une alopécie en aires. Mais, comme il arrive nécessairement toutes les fois qu'il s'agit de concilier les intérêts particuliers avec des lois ou des arrêtés jugés un peu trop sévères, la plupart des médecins se sont montrés plus larges et plus libéraux que ne semblait l'exiger la doctrine de Bazin. Pourquoi d'ailleurs se montrer si rigoureux alors que la contagiosité de la pelade était parfois si exceptionnelle qu'elle pouvait être niée — on l'a vu récemment à l'occasion des communications de M. Ollivier — alors surtout que dans l'état actuel de nos études microbiologiques, il semble nécessaire, quand on veut affirmer la nature contagieuse d'une maladie, de pouvoir isoler et décrire le parasite qui lui donne naissance? Dès les premières heures, la doctrine de Bazin fut donc en butte à des attaques très vives.

Après avoir inutilement recherché le parasite de Gruby et Bazin, la plupart des dermatologistes arrivèrent à nier sinon la contagiosité, du moins la nature microphytique de la pelade. En vain les histologistes découvrent-ils plusieurs microbes différents. A l'hôpital Saint-Louis on les considère tous comme accidentels, banals et non pathogènes. On démontre de plus que le poil peladique, s'il est cadavérisé, athrepsié, atrophié, ne présente ni dans ses gaines, ni dans ses tuniques les traces de destruction directe que l'on observe dans la tricophytie où le parasite est réellement pilivore, ni les altérations complexes, à la fois irritatives et microphytiques, qui appartiennent au poil favique. Ainsi, conclut M. Ernest Besnier, non seulement on n'a pas reconnu dans le poil peladique de parasite vrai, mais encore les altérations histologiques de ce poil pas plus que les phénomènes de sa mue ne semblent être de l'ordre parasitaire direct.

Donc l'étude microbiologique de la pelade ne donne que des résultats négatifs.

Voyons si la clinique ou l'anatomie pathologique nous éclairent davantage :

Cliniquement la description de Batemann reste vraie. On observe des taches unies, brillantes et d'une blancheur remarquable, sur lesquelles on ne trouve aucun cheveu alors que tout à l'entour les cheveux sont aussi abondants qu'à l'état normal. C'est le plus souvent par hasard que les malades s'aperçoivent de l'affection dont ils sont atteints. Ils constatent la plaque d'alopécie sans qu'aucun autre caractère ait pu les mettre sur la voie de l'affection qui va se déclarer. Tous les autres symptômes observés sont jusqu'à un certain point secondaires. Ce n'est pas à dire que l'exposé clinique de la maladie, écrit avec tant d'autorité et de compétence dans le rapport de M. Besnier, n'ait pas une grande valeur. Il est toujours nécessaire de bien connaître les symptômes subjectifs aussi bien que l'histologie pathologique d'une maladie déterminée. La réunion, la constatation bien faite de tous ces symptômes laisse peu de place à l'erreur, et peut être très utile pour mieux déterminer la nature de la maladie. Mais, ajoute M. Besnier, aucun de ces symptômes n'est absolu, pathognomonique. Bien plus, malgré les consciencieuses recherches des habiles collaborateurs de M. Ernest Besnier, MM. Balzer et Juhel-Rénoy, on ne peut arriver, au point de vue histologique, qu'à cette conclusion négative, à savoir que les altérations histologiques du poil n'indiquent qu'une dystrophie simple, que la fonction pilaire demeure plus ou moins longtemps suspendue plutôt qu'abolie, enfin que, dans le cas où les lésions seraient gouvernées par des altérations nerveuses périphériques, celles-ci restent absolument ignorées.

Au point de vue étiologique mêmes obscurités. Il est nettement démontré que certaines vivisections, d'autres fois un choc traumatique ou bien une commotion morale, une altération générale de la nutrition, ou encore une maladie grave du système nerveux (tabes, maladie de Basedow, etc.), ou enfin les affections générales les plus diverses ont pu donner naissance à la pelade. Dans celle-ci, il n'y a donc que des lésions trophopathiques et non des lésions de parasites telles qu'on les trouve dans la tricophytie où le poil est éclaté, et vraisemblablement sous le seul effort du parasite qui le bourre, et dans le poil favique dont les gaines vitreuses et visqueuses, infiltrées par l'achorion, présentent des signes d'irritation accusés par la présence fréquente de globules de pus, témoins irrécusables de cette irritation. Dans la pelade, ce n'est pas le cheveu qui est primitivement malade, c'est la papille elle-même ou le nerf pilaire, car c'est bien sur la racine du poil que porte l'altération essentielle. Le poil est comme sidéré. La chute s'opère en quelques jours et dès lors survient une suspension souvent très longue de la fonction pilaire, ce qui ne s'observe dans aucune maladie parasitaire du cuir chevelu. Ces lésions trophonévrotiques jointes à l'influence indéniable qu'exerce le nervosisme de certains sujets sur la pathogénie de la pelade devaient nécessairement faire considérer la maladie comme étant d'origine exclusivement nerveuse.

Mais, d'autre part, un très grand nombre d'observations prouvent, jusqu'à l'évidence, que les commotions nerveuses les plus graves, que les maladies qui atteignent avec le plus d'intensité et désorganisent même le système nerveux, peuvent rester sans influence aucune sur la nutrition et la chute des cheveux. M. E. Besnier en cite des preuves indéniables : « Si, dit-il en concluant, certaines alopécies peladiques procèdent d'une origine tropho-névrotique pure; si tous les nerveux sont prédisposés à des pelades; si enfin le processus éliminateur du poil est névrosique, cela n'implique en aucune manière que la pelade commune soit une trophonévrose pure et n'exclut en aucune façon la possibilité ni la vraisemblance de l'action d'un agent provocateur extrinsèque, que nous ignorons aussi profondément que nous ignorons celui de la rage ou de la syphilis, mais dont la notion est inséparable du fait de la transmissibilité qui appartient à la pelade vulgaire. »

Les faits de contagion de la pelade sont, en effet, aussi nettement démontrés que ceux dans lesquels la transmissibilité de la maladie a pu être contestée. Aussi M. E. Besnier, qui veut bien, à ce propos, rappeler l'observation que je citais dernièrement dans la *Gazette hebdomadaire*, tend-il à admettre l'influence combinée d'un agent de transmission qui serait la cause déterminante de la maladie et du nervosisme, qui n'en serait que la cause occasionnelle.

Ce qui prouve bien que la pelade n'est pas une trophonévrose simple, c'est sa distribution géographique, ce sont ses allures générales, qui la rapprochent des teignes. C'est, enfin, sa transmissibilité et le mode spécial suivant lequel s'exerce la contagion.

Nous n'avons pas à résumer ici une récente discussion, non plus que les arguments opposés à M. Ollivier par divers membres de l'Académie. Après avoir rappelé les conclusions de M. Horand, puis celles de M. Ollivier, M. E. Besnier cite les faits nombreux qu'ont apportés aux contagionnistes diverses épidémies récentes, en particulier celle qui vient de sévir sur le régiment des sapeurs-pompiers.

Mais, lorqu'il s'agit d'appréciations scientifiques, c'est-à-dire de déterminer où et comment s'exerce la contagion, les doutes et les difficultés recommencent. La contagion de la pelade est extrêmement inégale et irrégulière; parfois elle s'exerce avec une extrême facilité; dans d'autres circonstances, elle rencontre la plus extrême difficulté. Mais diverses conditions, bien indiquées par M. E. Besnier, montrent que l'on peut, jusqu'à un certain point, déterminer quelques-unes des conditions de la contagion peladique. Ainsi les sujets qui ont la chevelure la plus luxuriante sont plus exposés que d'autres à la contagion. Le fait d'avoir la tête couverte est un élément de protection de premier ordre. Ainsi les femmes du monde, qui n'ont pas recours aux coiffeurs, ainsi les religieuses sont très rarement peladiques. De même les personnes qui ont les cheveux très courts, qui ont la tête enduite d'un corps gras, qui se soignent régulièrement, ont peu de tendance à transmettre la maladie. La contagion est surtout indirecte. Elle s'opère par les objets de coiffure, les ustensiles du coiffeur, les échanges de coiffures, les oreillers, traversins, les dossiers de meubles, les appuis de tête, dans les chemins de fer, chez les coiffeurs, les dentistes, etc. La contagion peut s'opérer à une période relativement avancée de la maladie, alors que celle-ci pouvait être considérée comme presque guérie.

Ces notions étant établies, il importe, après avoir fait remarquer combien le pronostic de la maladie est douteux et relativement grave, d'indiquer les mesures à prendre pour éviter l'extension de la maladie.

Rappelant à ce point de vue la discussion soulevée par M. Ollivier : « Oui, dit M. E. Besnier, M. Ollivier a eu raison de faire l'agitation sur la question de la pelade; oui, il fal-

lait s'expliquer sur le rôle du système nerveux, que l'on faisait trop effacé. Oui, il y a lieu, ainsi qu'il l'a demandé, de reviser les règlements existants, lesquels, appliqués à la lettre, dépassent le but, et il faut donner aux médecins des établissements ou des services publics une base provisoire de jugement et d'action, en attendant que les progrès de la question permettent d'instituer un règlement ferme. »

C'est cette instruction sur les mesures à prendre à l'égard des sujets atteints de pelade qui termine le remarquable travail que nous venons d'analyser. Nous la reproduisons ci-après page 489.

Congrès de la tuberculose.

Fidèles à nos habitudes, nous grouperons, à partir du prochain numéro, les communications faites au Congrès pour l'étude de la tuberculose, ainsi que les discussions dont elles ont été l'objet, de manière à en faire une analyse comparative et une critique rationnelle. Mais nous ne voulons pas attendre davantage pour dire combien le succès de cette réunion, succès que nous espérions il y a huit jours en rendant compte de la séance d'ouverture, s'est affermi et avec quel éclat le Congrès a poursuivi ses importants travaux. Nous avons plaisir à en faire tout d'abord honneur à ses habiles et dévoués organisateurs qui n'ont épargné ni leur temps ni leurs peines; le plus bel éloge qui puisse leur être adressé, celui qui les touche de plus près, c'est assurément de constater que cette manifestation peut être à bon droit considérée comme un triomphe pour la science en général, et aussi, plus particulièrement, pour la science française.

En voulant appeler d'une manière spéciale l'attention des savants sur la tuberculose, en voulant réunir les travaux ayant pour objet cette terrible affection si meurtrière, il était peut-être difficile de penser que les communications afflueraient avec tant d'abondance. Il y a quelques années à peine, il eût été impossible de tenter un pareil projet. Mais aujourd'hui que les moyens d'étude se sont multipliés, on a pu voir la bactériologie, l'anatomie pathologique, la physiologie, la clinique, l'hygiène, la police sanitaire apporter, chacune à leur tour, un contingent précieux de documents; on a cette fois quelque peine à les mettre en ordre et à les discerner à leur juste valeur, mais ils se classeront désormais avec une précision d'autant plus grande que chacun a appris, par comparaison, à déterminer la place, l'importance et le but réel de ses propres investigations. Ce Congrès aura ainsi une influence marquée, tant sur les recherches scientifiques applicables à la tuberculose que sur les conséquences curatives et prophylactiques que le public est en droit d'en attendre. On peut dire en effet qu'aucune des notions actuellement établies sur cette maladie n'a été négligée, que le bilan des acquisitions scientifiques vient d'être dressé au grand jour et que la direction à donner au traitement comme à la prévention a été dégagée d'un grand nombre des obscurités qui la voilaient encore. Bien peu de personnes pouvaient se douter des résultats que l'immortelle découverte de Villemin a successivement provoqués; voici qu'aujourd'hui tous ceux qui s'adonnent, suivant leurs aptitudes particulières, à ce difficile problème de la tuberculose, connaissent à quel degré de la solution on est parvenu. Médecins et vétérinaires, cliniciens et hommes de laboratoire, hygiénistes et administrateurs, ils ont pris de nouvelles forces pour s'efforcer d'épargner à l'humanité les dangers de l'un des plus redoutables fléaux qui la déciment.

Déjà, comme s'il avait voulu s'associer à l'œuvre du Congrès et lui rendre hommage, le gouvernement s'est empressé d'ajouter la tuberculose dans l'espèce bovine à la nomenclature des maladies qui sont réputées contagieuses et qui donnent lieu à l'application des dispositions de la loi du 21 juillet 1881 sur la police sanitaire des animaux. Un arrêté ministériel a en effet prescrit, il y a quatre jours, que tout animal reconnu tuberculeux doit être isolé, séquestré, et ne peut être déplacé si ce n'est pour être abattu sous la surveillance du vétérinaire sanitaire. En outre, les viandes provenant d'animaux tuberculeux seront exclues de la consommation : 1° si les lésions sont généralisées, c'est-à-dire non confinées exclusivement dans les organes viscéraux et leurs ganglions lymphatiques; 2° si les lésions, bien que localisées, ont envahi la plus grande partie d'un viscère ou se traduisent par une éruption sur les parois de la poitrine ou de la cavité abdominale; ces viandes, exclues de la consommation, ainsi que les viscères tuberculeux, ne pourront servir à l'alimentation des animaux et devront être détruites; l'utilisation des peaux n'est permise qu'après désinfection. Enfin, la vente et l'usage du lait provenant de vaches tuberculeuses sont désormais interdits; toutefois le lait pourra être utilisé sur place pour l'alimentation des animaux après avoir été bouilli.

Nous ne voulons pour le moment que transcrire ces dispositions, sans examiner si elles sont suffisantes; quelle que soit l'opinion qu'on en ait, elles sont de nature à répondre aux nécessités les plus urgentes, et elles témoignent de la sollicitude des pouvoirs publics à l'égard des animaux et aussi à l'égard de la sécurité de notre alimentation.

Aussi pensons-nous qu'il y a lieu de tenir grand compte des résolutions adoptées hier par le Congrès dans sa séance de clôture. A l'unanimité de ses membres, il a émis le vœu que des Instructions simples soient répandues à profusion dans les villes et dans les campagnes, afin d'indiquer les moyens à employer pour se mettre à l'abri des dangers de l'infection tuberculeuse par l'alimentation, particulièrement avec le lait, et pour détruire les germes virulents contenus dans les crachats, linges, literie, etc., des tuberculeux.

A ce point de vue, il est indispensable de soumettre à une surveillance spéciale les vacheries destinées à la production industrielle du lait pour s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses susceptibles de se communiquer à l'homme.

C'est pourquoi il faut poursuivre par tous les moyens possibles, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totale pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux.

Afin de réaliser ces mesures, le Congrès a été d'avis de placer dans les attributions des conseils d'hygiène toutes les questions relatives aux maladies contagieuses des animaux domestiques, y compris celles qui ne semblent pas quant à présent transmissibles à l'homme. A la vaccine, la morve, la rage, le charbon, la tuberculose peuvent, en effet, s'ajouter plus tard d'autres maladies infectieuses communes exigeant également une protection commune.

Si la tuberculose était inscrite dans les lois sanitaires de tous les pays du monde parmi les maladies contagieuses

nécessitant des mesures prophylactiques spéciales, on pourrait espérer que, dans un temps relativement court, la prophylaxie de la tuberculose serait enfin assurée.

D'ici au second Congrès, qui aura lieu dans deux ans sous la présidence de M. Villemin, ces questions auront pu être de nouveau élucidées et la plupart d'entre elles suivies de résolutions. Il en sera de même sans doute de l'hospitalisation des tuberculeux, qu'il a été décidé de porter également à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

Le Congrès n'a pas manqué de travaux importants sur la gravité et la multiplicité des moyens de transmission de la phthisie par la voie alimentaire; mais l'ingestion de viandes ou de lait tuberculeux ne suffit pas et n'explique pas l'innombrable quantité de personnes atteintes de cette maladie. On a aussi nettement établi au Congrès combien il importe d'en surveiller la propagation par les produits d'expectoration et de modifier le terrain de réceptivité par des mesures appropriées. La prophylaxie humaine est moins avancée que celle des animaux, on l'a dit depuis longtemps, et la preuve vient d'en être de plus en plus manifeste; les mœurs n'y sont pas encore habituées et les lois ne s'en préoccupent pas avec assez d'autorité et d'énergie. L'administration supérieure tout au moins promet tout son appui et en fournit des preuves appréciables, ainsi qu'en témoigne l'excellent discours prononcé au nom du gouvernement par M. le directeur de l'Assistance publique en France, discours si bien accueilli au banquet de lundi soir. Les circonstances sont donc éminemment favorables pour faire entrer dans l'ordre des réalisations pratiques les vœux émis avec tant d'autorité au Congrès. La tuberculose est, parmi les maladies évitables, l'une de celles dont les moyens prophylactiques sont aujourd'hui le mieux connus; il nous appartient d'en assurer l'exécution par nous-mêmes et d'aider les pouvoirs publics dans la tâche qui leur incombe également à cet effet. On sait quels sont les agents principaux de transmission de la maladie; on sait aussi quels procédés peuvent les combattre et les détruire; notre éducation ne serait-elle donc pas assez avancée pour appliquer ces procédés? L'indifférence en pareille matière est désormais coupable.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Maladie de Bright d'origine infectieuse. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 27 juillet 1888, par M. le docteur Fernet, médecin de l'hôpital Beaujon.

Les néphrites infectieuses, dont la fréquence paraît grande depuis qu'on sait mieux les circonstances nombreuses dans lesquelles elles se développent et qu'on s'applique davantage à les découvrir, se présentent le plus souvent sous le type aigu; leur existence est fréquemment passagère, et cette espèce particulière de néphrite, dont l'albuminurie est le principal, quelquefois l'unique caractère, disparaît au bout d'un temps assez court, comme la maladie infectieuse à laquelle elle se rattache et dont elle n'est ordinairement qu'une des manifestations.

L'influence des infections sur le développement des néphrites chroniques ou mieux de la maladie de Bright est beaucoup moins connue, et les cas de cette espèce semblent plus rares; peut-être cette rareté apparente tient-elle à ce que les recherches ne sont pas encore assez poursuivies dans ce sens. Quoi qu'il en soit, le fait que j'ai l'honneur de communiquer à la Société me paraît présenter de l'intérêt, d'abord comme un exemple de mal de Bright dont l'origine infectieuse semble bien probable, ensuite par quelques autres particularités; je n'en donnerai que la relation résumée, d'après les notes de mon interne M. Laffitte qui, dans cette circonstance, avait bien saisi la condition étiologique du développement de la maladie.

Le nommé C... (César), âgé de trente-sept ans, polisseur, entre dans mon service le 29 février 1888 pour une néphrite albumineuse. Ses antécédents héréditaires et personnels sont négatifs. La maladie actuelle a débuté le 22 août 1887, à Londres, où le malade travaillait à cette époque, brusquement par un mal de gorge et une céphalalgie intense; dès le lendemain, le visage et les pieds étaient œdématiés et le malade fut forcé d'entrer à l'hôpital français de Londres, cinq jours après le début de l'angine. Dès ce moment l'anasarque était généralisée.

Le médecin qui le soigna alors examina la gorge, mais déjà l'angine avait disparu; il rechercha aussi s'il n'y avait pas sur le corps de la rougeur et de la desquamation, mais il n'y en avait pas trace. Les urines furent examinées à plusieurs reprises, elles n'étaient pas sanglantes, mais leur couleur était celle de la bière foncée; le malade ne saurait dire si on y trouva de l'albumine, toujours est-il que dès son entrée on le soumit au régime lacté.

Dans les quinze premiers jours de son séjour à l'hôpital de Londres, notre malade eut des épistaxis abondantes, tous les jours un flux sanguin hémorrhoïdal, de la diarrhée, quelques vomissements et de l'oppression.

Le malade quitta l'hôpital de Londres le 3 novembre, bien que l'anasarque persistât, et il revint à Paris où il dut garder le lit, et il continua à boire deux litres de lait par jour.

Quand il vint à l'hôpital Beaujon en février 1888, il présentait tous les signes d'une maladie de Bright confirmée: l'anasarque était considérable; les urines, de la couleur du bouillon sale, étaient peu abondantes, un litre par jour contenant 6 grammes d'albumine; le microscope y décelait des cylindres cireux, des cylindres granuleux, des cellules épithéliales du rein et des globules rouges. Les bruits du cœur étaient un peu éclatants, mais sans souffle et sans bruit de galop. La vue était considérablement affaiblie, et l'examen ophthalmoscopique révélait des lésions rétiniennes considérables: papilles à contours indistincts, plaques blanchâtres, petits foyers hémorrhagiques.

Le malade fut soumis au régime lacté avec persévérance; par intervalles il prit de la digitale, de la caféine, du tanin, etc., sans résultat bien apparent: l'anasarque restait énorme, la quantité des urines était pourtant plus considérable (deux litres à deux litres et demi).

Depuis un mois, il y a une amélioration marquée: les urines ont notablement augmenté de quantité et s'élèvent à quatre litres au moins par jour, avec 7 à 8 grammes d'albumine en tout (est-ce sous l'influence du perchlorure de fer qui est administré depuis ce temps?), l'anasarque a considérablement diminué ainsi que les maux de tête qui étaient habituels, la respiration est plus facile, l'état général est meilleur; seule la vue ne s'est pas améliorée et reste aussi trouble.

Mais j'ai hâte de revenir aux circonstances dans lesquelles est survenue la maladie. Le malade travaillait alors depuis cinq ans, à Londres, dans une fabrique de cols américains; il avait toujours les mains humides, maniant une boue faite avec de la pierre ponce en poudre où il trempait les cols; quelque temps auparavant, ses mains avaient été écorchées pendant quelques jours seulement au contact de cette pierre ponce. Les cols qui passaient par ses mains sortaient tout

humides des presses, ils étaient faits d'une substance inconnue, mélangée de camphre, d'alcool rectifié, etc.

Quatorze ouvriers étaient employés à ce travail, ils étaient disséminés par groupes. Depuis dix-huit mois, notre malade travaillait à la même table avec deux Anglais, en contact continuel avec eux, buvant quelquefois dans le même verre. Or, un de ces Anglais se plaignit, huit jours avant notre malade, de souffrir de la gorge et de la tête; il revint le lendemain à l'atelier, sa figure était bouffie et ses jambes très enflées. Il dut entrer à l'hôpital, où il mourut au bout d'une quinzaine de jours.

Le second Anglais tomba malade en même temps que l'homme de Beaujon : comme lui, il eut d'abord un mal de tête, puis dans les jours suivants de l'œdème de la face et des jambes; il entra aussi à l'hôpital, et y était encore quand notre malade quitta l'Angleterre pour revenir à Paris.

Ainsi voilà trois personnes travaillant ensemble et vivant en contact quotidien qui sont prises presque simultanément, ou à quelques jours d'intervalle, d'angine, de céphalalgie et d'anasarque, aucune autre personne du même atelier n'ayant présenté d'accidents semblables.

Je n'ajouterai à l'exposé qui précède que quelques courtes réflexions. Que la maladie de Bright dont notre malade a été et est encore atteint soit d'origine infectieuse, cela semble bien probable, et cette opinion s'appuie sur la coexistence de l'angine, sur l'absence de toute autre condition étiologique appréciable, sur l'invasion brusque, sur les phénomènes généraux.

Autre point : on a vu que la maladie avait atteint simultanément trois personnes; il y a donc eu une sorte de petite épidémie, et ce fait impose presque l'idée d'une cause d'infection capable d'exercer son influence à la fois sur tous ceux qui y sont soumis. Les exemples analogues à celui-ci pour d'autres maladies, notamment pour la fièvre typhoïde, ne manquent pas.

De quelle maladie infectieuse s'agissait-il? Y a-t-il eu transmission d'un premier malade aux deux autres? Cela est possible; mais étant donné que la maladie a atteint les trois malades dans un temps très court, il est plus probable qu'il y a eu une cause commune agissant sur eux simultanément.

Quant à la nature de l'infection, au microbe pathogène dont on peut ici soupçonner l'intervention, on ne pourrait faire que des hypothèses et je crois devoir m'en abstenir.

S'agit-il dans ce cas, et dans les cas analogues, d'une néphrite chronique au vrai sens du mot ou bien d'une maladie infectieuse aiguë ayant développé dans le rein des lésions indélébiles et par suite une albuminurie persistante, alors même que la cause infectieuse aurait cessé d'agir? Je ne saurais non plus répondre à cette question; je me contente de noter ici que, chez notre malade, un examen de l'urine pratiqué récemment au point de vue bactériologique n'a donné qu'un résultat négatif. Ce résultat négatif n'a pas, du reste, une grande importance en raison de l'ancienneté de la maladie; c'est dans le début que cet examen de l'urine eût eu une importance majeure.

Je ne me dissimule pas les lacunes du fait que je viens d'exposer : tel qu'il est cependant il m'a paru digne d'être mentionné.

Pathologie générale.

La première enfance envisagée comme milieu organique dans ses rapports avec la tuberculose (Communication faite au Congrès pour l'étude de la tuberculose, dans la séance du 30 juillet 1888), par M. le docteur L. Landouzy, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

Envisagé au travers de son évolution, qui le mène de la naissance à l'apogée, au déclin et à la mort, l'homme présente dans la constitution de ses milieux, dans leur état physique, chimique et dynamique d'une part, des facilités plus ou moins grandes à se laisser contagionner et infester; d'autre part, des différences réactionnelles que les nosographes ont de tous temps pris soin d'indiquer.

Avec ces facilités plus ou moins grandes, avec ces différences variables à l'infini (variables en qualité, quantité, durée) comptent journellement les cliniciens quand ils ont, aux divers âges de la vie humaine, à juger de la contagion, de la symptomatologie, de la marche, de la durée, du diagnostic, du pronostic et du traitement des maladies.

Le bébé, l'enfant, l'adolescent, l'adulte, le vieillard gardent chacun, vis-à-vis des mêmes causes morbifiques, des privautés, des manières de combattre, de se défendre ou de succomber, des manières de réagir si diversement nuancées, que. s'il n'est que juste, avec Verneuil, d'affirmer l'unité de la pathologie, de proclamer l'égalité des médecins qui la cultivent, il n'est pas moins indispensable de reconnaître qu'il y a vraiment une clinique de l'enfance, une clinique de l'adulte et une clinique du vieillard, chacune de ces cliniques se chargeant de faire connaître toutes les variantes que les âges (considérés comme milieux organiques) peuvent jouer sur un thème connu.

La chose est trop évidente pour qu'il soit nécessaire d'insister : on n'aurait que l'embarras du choix, s'il fallait citer des exemples, s'il fallait rappeler ce que deviennent en clinique certaines maladies infectieuses, la diphthérie ou la pneumonie, par exemple, suivant qu'elles s'attaquent au bébé, à l'adulte ou au vieillard.

Si, pour le pathologiste la maladie est une, si, en pathologie le thème infectieux est bien connu, que de diversités relevées par le clinicien dans la facilité ou dans la difficulté à se laisser contaminer, que de variantes symptomatiques et réactionnelles constatées en clinique?

La tuberculose, plus qu'aucune autre maladie, présente de ces nuances infinies, suivant qu'elle s'attaque au milieu organique représenté par chacun des âges de l'homme.

Parfois, on se prend à se demander s'il s'agit bien d'une seule et même maladie, tant sont grandes les diversités, aux différents âges, dans la manière, pour le terrain : d'être facilement, vite et fortement bacillisé; de traduire son infection par des processus, tantôt difficiles à saisir macroscopiquement, tantôt grossièrement reconnaissables, tantôt diffus et disséminés, tantôt ramassés et circonscrits en des territoires d'élection.

Nul terrain humain n'est plus intéressant à considérer à ces multiples points de vue que le milieu organique représenté par l'enfant du premier âge, c'est-à-dire par l'enfant considéré de la naissance à deux ans, tel que nous l'étudions dans notre crèche de l'hôpital Tenon, où, à côté de vingt-cinq lits de mères, sont constamment occupés vingt-cinq berceaux.

Ce terrain du premier âge s'est trouvé, dans nos observations et nos autopsies, parfois tellement différent du milieu organique qu'on dénomme la seconde enfance (les frontières de celles-ci commencent au delà de la seconde année) que nous avons reconnu la nécessité de séparer l'étude et la description de la bacillose des bébés de la bacillose de la seconde enfance. En dépit de la logique, les dissemblances l'emportent beaucoup sur les analogies.

Les dissemblances sont telles que le médecin qui voudrait, en étiologiste, en nosographe, en clinicien et en anatomo-pathologiste, pour reconnaître la tuberculose du premier âge, s'en tenir exclusivement et toujours à la description si complète et si détaillée donnée par nos classiques de la tuberculose de l'enfance, s'exposerait à de singuliers mécomptes et risquerait de tomber dans l'erreur qui consiste à méconnaître la tuberculose chez les bébés, simplement parce qu'elle peut affecter, en clinique et en anatomie pathologique, des modes de traduction avec lesquels on ne nous a guère appris à compter.

Cette évolution spéciale et ces modes de traduction anatomo-pathologique et symptomatologique, nous les avons signalés dans des travaux antérieurs (1) basés sur nos observations personnelles, dont un certain nombre ont inspiré, en 1886, la thèse remarquée sur la tuberculose du premier âge, d'un de nos internes les plus distingués, le docteur Queyrat. Dès cette époque, nous professions que « si on veut établir un parallèle entre la tuberculose de la seconde enfance et celle des bébés, on peut dire que, dans la seconde enfance la maladie prend volontiers des airs de tuberculose locales difficile à méconnaître, tandis que chez le bébé l'infection tuberculeuse tend, d'ordinaire, à mieux garder ses allures de maladie générale et parfois ne pousse ni fort avant ni profondément ses localisations.

La preuve de cette affirmation, nos observations la fournissent dans la constatation d'un double fait, à savoir que : 1° durant la vie, l'expression symptomatique a été souvent moins celle d'une affection pulmonaire, méningée, digestive ou péritonéale, que celle d'une maladie générale dénoncée par la fièvre, l'anorexie, l'amaigrissement et la mise à mal de tout l'organisme; 2° à l'autopsie, souvent, la localisation sur le poumon est peu de chose comme étendue et comme profondeur : parfois même elle est moins intense que ne le sont diverses lésions dont la dissémination presque constante sur une série d'organes (altération et hypertrophie du foie, hypertrophie de la rate, injection des plaques de Peyer, etc.) témoigne de l'infection tout entière.

Comme nous le répétons journellement à l'hôpital, à considérer ces diverses lésions, aussi bien dans le détail que dans l'ensemble, on ne comprend vraiment ni pourquoi ni comment la mort est survenue. Ce n'est assurément, ni à quelques rares granulations errantes dans le parenchyme rénal ou sur le foie, ni à un noyau de broncho-pneumonie du volume d'un marron, ni à telle ou telle détermination viscérale congestive circonscrite, mais à l'infection tuberculeuse qu'a succombé le bébé.

La fièvre tuberculeuse tue d'ordinaire les enfants du premier âge avant que de grosses localisations aient eu le temps de se produire : parfois les lésions sont d'ordre congestif simplement, d'aspect banal, on a peine à rencontrer le granule tuberculeux, c'est qu'il n'est pas exceptionnel de voir la bacillose tuer le bébé avant d'avoir, en son évolution, poussé jusqu'au granulome tuberculeux ; c'est qu'il n'est pas exceptionnel de voir la maladie s'arrêter à une étape prégranulique. Parfois, pour tout résultat d'autopsie macroscopique, avec des lésions caractéristiques des maladies infectieuses : foie gras, rate hypertrophiée, plaques de Peyer injectées, nous trouvons, simplement limité à l'un des lobes pulmonaires, un petit noyau de broncho-pneumonie d'aspect banal. Suffisante pour se dénoncer à l'auscultation, surtout à la percussion — qui donne parfois plus de renseignements chez le bébé que l'auscultation, — cette broncho-pneumonie n'est pas responsable de la mort, qui est bel et bien le résultat d'une infection prégranulique.

La preuve qu'il s'agit bien là d'une infection bacillaire prégranulique est dans l'examen bactériologique, qui, dans la broncho-pneumonie d'aspect banal, soit à l'état frais par raclage, soit sur des coupes après durcissement, révèle le bacille de Koch. Cette constatation bacillaire, il nous est arrivé de la faire plusieurs fois, — en l'absence de lésions nodulaires tuberculeuses, — sur des foyers broncho-pneumoniques trouvés chez de nos bébés qui succombaient avec une broncho-pneumonie survenue au cours d'une rougeole. Tout récemment encore un de nos bébés, amené dans le service avec une rougeole, succombait avec une broncho-pneumonie d'aspect banal, sans production tuberculeuse, et dans les coupes du noyau broncho-pneumonique nous trouvions le bacille de Koch.

Avec Queyrat nous avons déjà cité pareils faits à propos d'un bébé de dix mois, nourri au sein, et mort à Tenon avec une broncho-pneumonie d'aspect banal. Pareille constatation avait été faite par notre maître le professeur Cornil (1) dans un cas devenu classique ; mêmes faits ont été observés par Thaon (2).

Les cas de broncho-pneumonie de rubéoliques dont l'examen soit macroscopique, soit bactériologique révèle la nature tuberculeuse sont, croyons-nous, la règle chez les enfants du premier âge. Depuis bientôt cinq ans que nous observons à Tenon, nous sommes encore à voir une autopsie de broncho-pneumonie morbilleuse, nous voulons dire par là, une broncho-pneumonie de nature morbilleuse, car nous ne nions pas la complication fréquente de broncho-pneumonie au cours de la rougeole. La seule chose sur laquelle nous tenons à insister c'est sur ce fait, que les broncho-pneumonies dénoncées chez nos rubéoliques se sont toutes trouvées, soit macroscopiquement, soit bactériologiquement, tuberculeuses.

Nous ne nions pas la possibilité de la broncho-pneumonie d'essence rubéolique, nous disons simplement *que nous ne l'avons pas vue*, pas plus, du reste, que la broncho-pneumonie *a frigore* si complaisamment admise. Il va de soi que nous ne voulons pas faire complet le procès de la broncho-pneumonie chez les rubéoliques ni de la broncho-pneumonie chez les bébés refroidis, nous voulons dire que ces broncho-pneumonies *quoique* rubéoliques et *a frigore* se sont microscopiquement révélées à nous bacillaires. En dépit du résultat bactériologique nous ne nierons, dans aucune des deux circonstances, le rôle de la rougeole ou du froid, nous le ramènerons simplement au rôle de cause occasionnelle. Chez nos bébés, l'étiologie a été le bacille, la pathogénie, la rougeole, à la faveur de laquelle s'est dénoncée et localisée la tuberculose jusque-là restée latente. La rougeole a, comme fièvre, à proprement parler, mis à l'étuve le bouillon de culture représenté par le bébé en puissance de bacillose : le bouillon de culture ensemencé, mais inerte, n'attendait que l'élévation de température produite par l'invasion de la rougeole pour donner des résultats positifs. Quant à la détermination bacillaire du bord postérieur des poumons (siège d'élection de la broncho-pneumonie rubéolique), on en devrait peut-être chercher la raison dans une localisation énanthématique doublée d'une stase provoquée par la déclivité de l'organe et le décubitus du malade.

Quelle que soit la valeur de ces explications pathogéniques, les faits subsistent et nous font douter de la réalité des broncho-pneumonies rubéoliques. Bien des broncho-pneumonies de rubéoliques nous ont paru à nous et à Queyrat, comme à Cornil, à Thaon et à Damaschino (communication orale), être simplement *monnaie* de tuberculose, l'infection n'attendant pour évoluer que la réunion de conditions thermiques et dyscrasiques propres à sa germination.

Comme nous l'avons dit ailleurs, il n'y a pas seulement dans la subordination de la tuberculose à la rougeole (celle-ci préparant son lit à celle-là) un fait de curiosité anatomo-pathologique et une nouvelle preuve de ces associations microbiennes étudiées ici par quelques-uns de nos confrères ; il y a dans cette constatation un fait qui intéresse le nosographe et permet de remettre les choses en leur place légitime.

Les broncho-pneumonies des rubéoliques sont l'œuvre de la bacillose et non l'œuvre de la rougeole ; si cela est, la part de léthalité tuberculeuse s'augmente d'autant, et tels de nos bébés que nous aurions, avant la découverte de Koch, éti-

(1) *Note sur la tuberculose infantile*, par Landouzy et Queyrat (*Soc. méd. des hôpitaux*, avril 1886). — *De la fréquence de la tuberculose du premier âge* (*Revue de médecine*, 1887). — Cours d'hygiène de la Faculté, 1885. — Conférences de pathologie générale de la Faculté, 188 .

(1) *Les Bactéries*, 1885.

(2) *Revue de médecine*.

quetés morts de broncho-pneumonie rubéolique, nous les portons au bilan de la tuberculose qui s'augmente d'autant. Voilà comment peut, pour une part, s'expliquer l'erreur qui avait cours hier encore touchant la rareté de la tuberculose du premier âge. Une partie du désaccord tient à ce que preuves bactériologiques en mains, nous pouvons avec certitude rapporter à la tuberculose et considérer comme monnaies de tuberculose telles broncho-pneumonies que nos devanciers pouvaient tout au plus suspecter tuberculeuses, ou telles athrepsies qui ne sont que des manières d'éthisie bacillaire.

Par ce double côté de broncho-pneumoniques rubéoliques et d'athrepsiques reconnus bacillifères, la question de la tuberculose change de face : ce qu'on croyait rare — habitué qu'on était à vouloir déduire de la tuberculose de l'enfant celle du bébé — il le faut proclamer fréquent, et savoir que la tuberculose s'attaque avec une facilité déplorable aux sources mêmes de la vie humaine.

Les observations cliniques et anatomo-pathologiques (nous avons fait plus de cinquante autopsies démonstratives de tuberculose) que nous poursuivons depuis plus de quatre ans, au travers de conditions toujours semblables, dans un milieu toujours le même, prouvent à quel degré le terrain infantile, où est semé le germe tuberculeux, peut influer sur le développement de ce dernier, non seulement dans la facilité, mais encore dans la rapidité et la modalité vraiment personnelles de sa germination.

Aptitude déplorable à l'infection; originalité, dans la manière de recevoir et de traduire l'infection, telles sont les caractéristiques de la première enfance, envisagée comme terrain, dans ses rapports avec la bacillose.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Perforations traumatiques de l'intestin.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, M. le docteur Reclus m'accuse de lui avoir prêté, dans le traitement des plaies par armes à feu, de l'abdomen, une opinion qui n'est pas la sienne. Il n'est pas, dit-il, ennemi de la laparotomie en général, mais seulement de la laparotomie *exploratrice et immédiate*. C'est bien ainsi que j'ai compris la chose. Il reste donc entendu que M. Reclus est l'adversaire de la laparotomie *immédiate* que je me suis efforcé de défendre. A l'heure actuelle, tous les arguments ont été produits de part et d'autre. Il me paraît donc inutile de prolonger la discussion. La parole est aux faits, qui ne sauraient tarder à fournir la solution de cette intéressante et difficile question. Nous prions donc tous nos confrères de faire connaître les faits qui se présenteront à leur observation, en nous indiquant le traitement suivi par eux et le résultat final.

Dr E. Kirmisson.

RÉPONSE.

Je suis heureux de pouvoir déférer au vœu de M. Kirmisson : je viens de recueillir un fait nouveau où la laparotomie « immédiate et exploratrice » qu'on cherche à naturaliser en France, n'a pas été pratiquée, au grand bénéfice du blessé maintenant hors d'affaire. C'est donc cinq cas et non plus quatre, que j'inscris sur la statistique générale à l'édification de laquelle nous convie M. Kirmisson.

Il s'agit d'un homme de soixante ans qui a reçu, presque à bout portant et en plein ventre, un coup de revolver de gros calibre; la balle mesurait 10 millimètres et a produit une plaie noire avec eschare centrale entourée d'une brûlure. Elle siège à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde. un peu à gauche, à 2 centimètres environ de la ligne médiane : c'est donc bien encore une de ces blessures de la zone péri-ombilicale où il faut « intervenir immédiatement ».

On n'en a rien fait : le blessé, déshabillé avec les plus grandes précautions, a été porté dans son lit; on a mis une vessie pleine de glace sur la plaie désinfectée au préalable et recouverte d'un pansement antiseptique ; on a prescrit une diète sévère; à peine de temps en temps un peu de lait et de bouillon. Il n'est survenu aucun accident grave et le blessé n'accuse qu'une douleur vive, dans le dos, lors des mouvements un peu étendus. Au bout de trois semaines notre individu pouvait quitter son lit.

Avec la laparotomie « immédiate et exploratrice » eût-il guéri et à si peu de frais ?

Ma statistique sur la laparotomie en France était inexacte : à ma connaissance, disais-je dans mon article, il n'existe chez nous que quatre cas d'intervention et tous suivis de mort. J'oubliais le fait remarquable que nous a communiqué Vaslin (d'Angers) au dernier Congrès des chirurgiens français et où la résection de 4 centimètres d'intestin grêle et la suture de deux plaies du côlon descendant ont donné un très beau succès.

Mais, ici encore, il ne s'agit pas de laparotomie « exploratrice et immédiate ». Le chirurgien appelé huit heures après le traumatisme constate des accidents péritonéaux très graves: « vomissements, douleurs vives dans presque toute l'étendue de l'abdomen, pouls petit et fréquent. » M. Vaslin est intervenu, comme nous l'aurions fait à sa place, car les signes étaient évidents qui montraient l'échec du traitement opiacé.

Paul Reclus.

Vertige des fumeurs.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Bien que la question du vertige des fumeurs soit devenue un sujet à peu près banal, vu sa fréquence, je crois devoir, en lisant la *Gazette hebdomadaire* du 20 avril 1888 (p. 249), confirmer pour ce qui me concerne les conclusions de M. le docteur Decaisne. Les observations que j'ai faites à cet égard ont été personnelles en ce sens que j'ai été moi-même un gros fumeur. Or pendant une quinzaine d'années j'ai été atteint de troubles dyspeptiques variés avec langue saburrale et grande faiblesse. En même temps j'ai éprouvé des vertiges avec absence, phénomènes qui rappelaient beaucoup ceux du *petit mal;* j'étais incapable de lire d'une façon continue, de m'occuper à un travail un peu soutenu. Eh bien, tous les symptômes disparurent avec la cessation non seulement de l'abus, mais encore de l'usage du tabac et chez tous les malades que j'ai vus atteints de vertiges gastriques, la cessation de l'usage du tabac a de même amené une guérison complète. Je crois avoir remarqué que le tabac était surtout nuisible aux dyspeptiques et que c'est après les repas que ceux-ci étaient surtout atteints de vertige. C'est pourquoi je suis devenu un adversaire acharné du tabac. Et c'est aussi pourquoi j'ai cru devoir, après tant d'autres, insister sur ses dangers.

Dr Cursino de Moura.

Taubaté (province de Saint-Paul, Brésil).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 23 JUILLET 1888.

Sur l'anagyrine. Note de MM. *E. Hardy* et *N. Gallois*. — On sait que l'*Anagyris fœtida* est une plante de la famille des légumineuses qui croît dans le midi de la France, en Algérie et dans tout le bassin de la Méditerranée, et que l'anagyrine, son principe actif, est une substance toxique découverte par MM. E. Hardy et N. Gallois. Ces deux savants ont commencé à étudier l'action physiologique du chlorhydrate d'anagyrine, d'abord avec M. Bochefontaine, puis avec M. Gley. Les phénomènes généraux qu'ils ont observés sur les animaux à sang chaud sont à peu près ceux que M. Arnoux a constatés avec l'extrait d'anagyrine: vomissements, frissons avec tremblement, ralentissement des mouvements respiratoires; enfin, arrêt de la respiration et arrêt du cœur.

. Alcaloïdes volatils de l'huile de foie de morue. Note de MM. *Arm. Gautier* et *L. Mourgues*. — Dans une précédente communication MM. Arm. Gautier et L. Mourgues ont montré comment avaient été extraits de l'huile de foie de morue les six alcaloïdes suivants: butylamine, amylamine, hexylamine, dihydrolutidine, aselline et morrhuine, accompagnés d'un acide répondant à la composition $C^9H^{13}AzO^3$, l'*acide gaduinique*, à la fois acide et base. Aujourd'hui ils s'occupent, au point de vue de leurs propriétés:

1° De la butylamine, dont les sels produisent à petite dose, sur les animaux, une accélération des fonctions de la peau et des reins, et, à forte dose, le fatigue, la stupeur et les vomissements;

2° De l'amylamine qui, à petite dose, excite les réflexes et la sécrétion urinaire, et, à dose élevée, produit un tremblement général, puis des convulsions bien caractérisées et la mort;

3° De l'hexylamine, dont l'action est semblable, mais bien moins toxique;

4° De la dihydrolutidine, qui est médiocrement vénéneuse. A faible dose, elle diminue la sensibilité générale; à dose plus élevée, les animaux sont pris de tremblements, localisés surtout à la tête; ils tombent dans une dépression profonde, entrecoupée de périodes d'excitation extrême et meurent paralysés des membres postérieurs.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Influence des excitations simples et épileptoïques du cerveau sur l'appareil circulatoire. Note de M. *Fr. Franck*. — La divergence des opinions émises sur le sens des effets produits sur le cœur et les vaisseaux par les excitations du cerveau a paru à l'auteur résulter de ce fait que presque toutes les expériences ont été pratiquées sur des animaux immobilisés par le curare et mis en état d'*épilepsie interne* à l'insu des expérimentateurs. Vulpian seul a attribué à leur véritable cause les troubles circulatoires observés dans ces conditions. M. Fr. Franck a développé la même idée dans son cours de 1884, mais ses conclusions sur la nature des modifications circulatoires différant notablement de celles de Vulpian, il a tenu à les contrôler de nouveau. Ses recherches sont relatives:

1° Aux troubles cardiaques accompagnant les convulsions;

2° Aux troubles cardiaques des accès épileptiques masqués par la curarisation (accès organiques, épilepsie interne);

3° Aux troubles vasculaires de l'épilepsie provoqués avec ou sans convulsions externes;

4° Aux effets circulatoires d'origine corticale, indépendants de l'état épileptique.

Sur la toxicité comparée de l'ouabaïne et de la strophantine. Note de M. *E. Gley*. — Voici les conclusions des nombreuses expériences faites par l'auteur sur des grenouilles, des chiens, des cobayes et des lapins:

1° L'ouabaïne et la strophantine, qui ont presque la même composition chimique, qui sont homologues, ont les mêmes propriétés physiologiques;

2° Ce sont des poisons du cœur; leur administration durcit cet organe, le met en systole et la mort ne tarde pas à survenir si la dose a été suffisante;

3° Cette dose varie suivant les animaux: chez la grenouille 1/40e de milligramme suffit; chez le cobaye du poids de 475 à 500 grammes, 1/10e de milligramme; chez le lapin et le chien la dose mortelle est de 1/4 de milligramme;

4° Le mode d'administration le plus rapide est l'injection intraveineuse, puis vient l'injection sous-cutanée; l'administration stomacale est beaucoup plus lente, mais également toxique;

5° La toxicité de l'ouabaïne est supérieure à celle de la strophantine; elle est double chez la grenouille et le lapin; triple chez le chien et quadruple chez le cobaye;

6° La mort survient dans le court espace de six minutes à une heure.

E. Rivière.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD

M. le docteur *Soubhy Saleh* (du Caire) adresse un mémoire imprimé sur *les dystocies*.

M. le docteur *di Lorenzo* (de Naples) envoie un ouvrage intitulé: *Clinique des maladies de la peau, de l'utérus et des maladies syphilitiques*.

M. *Constantin Paul* présente, au nom de M. le docteur *Gouguenheim* et de M. *Tissier*, un volume ayant pour titre: *Phthisie laryngée*.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage de la 5e édition de sa *Clinique thérapeutique* et de la 2e édition de son *Hygiène alimentaire*. Il dépose: 1° une note de M. *Jacquemaire*, pharmacien à Villefranche (Rhône), sur *la stérilisation par l'acide carbonique de quelques solutions médicamenteuses altérables;* 2° un *spiromètre portatif*, imaginé par M. le docteur *Binet* (de Saint-Honoré).

M. *Fournier* présente, de la part de M. le docteur *Marty*, un volume intitulé: *Le lupus du larynx*.

M. *Ball* fait hommage de la 2e édition de son ouvrage ayant pour titre: *La morphinomanie*.

M. *Schutzenberger* dépose une note manuscrite de MM. *E. Hardy* et *N. Gallois* sur l'*anagyrine*.

M. *Cornil* présente un *stérilisateur*, imaginé par M. le docteur *Reynal O'Connor*.

Élections. — Par 31 voix sur 43 votants, M. *Vanlair* (de Liège) est élu correspondant étranger dans la division de médecine. M. Warlomont (de Bruxelles) obtient 6 voix; M. Cantani (de Naples), 4, et M. Rommelaere (de Bruxelles), 2.

M. *Cantani* est ensuite élu correspondant étranger dans la première division; M. Warlomont obtient 15 voix et M. Rommelaere, 5.

Morve. — M. le docteur *Babès* a pu, en Roumanie, où la morve est très fréquente, examiner les productions morveuses de trois individus morts de cette maladie. D'après ses recherches histologiques, le bacille de la morve peut pénétrer dans les follicules pileux; il s'y multiplie en produisant une dilatation du follicule, puis en traversant les couches épithéliales; on le trouve en premier lieu seulement autour du follicule, surtout dans des fentes lymphatiques, sans que le tissu environnant montre une irritation très prononcée. Outre ces lésions, on observe çà et là et par petites plaques des papules proéminentes qui sont le noyau d'ulcérations. Il s'agit d'une infiltration de

cellules embryonnaires, principalement de cellules polynucléaires, tandis que les cellules mononucléaires et endothéliales sont hyperplastiques. Enfin, les altérations des glandes et surtout des follicules pileux sont beaucoup plus prononcées que celles de l'épitbélium superficiel. Ce qui frappe tout d'abord, c'est que les follicules pileux sont toujours agrandis au milieu de l'infiltration embryonnaire, tandis que le tissu embryonnaire ne contient pas de bacille. — (Le mémoire de M. le docteur Babès est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Cornil* et *Nocard*.)

Traitement des anévrysmes par l'acupuncture. — M. *Constantin Paul* condamne, comme MM. Verneuil et Dujardin-Beaumetz, la filipuncture et l'électropuncture pour le traitement des anévrysmes. Il donne la préférence à la méthode qui consiste à obtenir une inflammation modérée de la poche à l'aide d'aiguilles extrêmement fines, telles que des aiguilles japonaises, dont il a pu se procurer une intéressante collection. Pour pratiquer cette acupuncture, il laisse très peu de temps dans la poche plusieurs aiguilles, placées à 5 centimètres de distance les unes des autres et pendant un quart d'heure; il se produit alors une induration de la membrane d'enveloppe si manifeste que, si l'on vient ultérieurement à pratiquer une nouvelle opération, on trouve une résistance plus grande à l'introduction des aiguilles et celle-ci finit par devenir tout à fait impossible à la quatrième ou cinquième opération. De cette façon on évite la rupture de l'anévrysme à l'extérieur, ainsi qu'il l'a observé plusieurs fois, notamment sur une malade qu'il soumet à l'examen de ses collègues.

M. *Dujardin-Beaumetz* ne rejette pas à priori l'acupuncture, qui lui paraît répondre dans une certaine mesure aux indications signalées par M. Constantin Paul avec une grande réserve; mais il se demande s'il est vraiment bien nécessaire de s'efforcer d'empêcher la rupture de la poche anévrysmale à l'extérieur dans les cas excessivement rares où cette rupture a lieu sous cette forme, dans les anévrysmes de l'aorte. C'est bien plutôt la rupture à l'intérieur qu'il faudrait pouvoir empêcher et il est à craindre qu'on ne la favorise en agissant comme il vient d'être dit.

Pelade. — M. *Ernest Besnier* donne lecture de son rapport analysé plus haut (voy. p. 481) sur les mesures à prendre à l'égard des sujets atteints de pelade. Ce document considérable se termine par les instructions suivantes :

Instruction provisoire sur les mesures a prendre a l'égard des sujets atteints de pelade.

I. — *Mesures de prophylaxie générale.*

1° Dans tous les établissements publics, asiles, écoles municipales, pensions, lycées, écoles supérieures, corps de troupe, administrations, et généralement dans toutes les agglomérations, aucun sujet atteint de pelade ne peut réclamer son admission ou sa conservation comme un droit. Cette admission ou cette conservation restent subordonnées aux résultats de l'enquête ouverte par les médecins particuliers à chacun de ces groupes. Pour les cas où l'intéressé n'accepterait pas la décision de ces médecins, ou si ceux-ci déclinaient la responsabilité à encourir, la question serait portée devant une Commission compétente nommée par l'autorité supérieure.

2° Les mesures de prophylaxie générale doivent être dirigées de manière à protéger les sujets sains contre les contacts médiats ou immédiats avec les régions atteintes de pelade. Les contacts immédiats seront évités, en maintenant la tête des peladiques couverte, ou au moins en oblitérant exactement la surface malade; les bonnets, les perruques partielles ou totales, les emplâtres agglutinatifs, les enduits de collodion, etc., peuvent être utilisés selon les diverses circonstances. Sans parler du mode de traitement à employer qui doit être laissé à la direction absolument indépendante du médecin traitant, il est nécessaire de dire que l'exécution de ce traitement a une importance de premier ordre dans la prophylaxie générale de la pelade. Le sujet peladique, régulièrement traité et soumis à des mesures de propreté convenables, représente le minimum possible de danger pour les sujets sains avec lesquels il peut être mis en rapport. Concourent au même but tous les moyens de nettoyage et de propreté qui doivent être strictement appliqués aux peladiques.

Pendant toute la durée de la maladie, ils auront les cheveux tenus courts sur toute la tête; la barbe sera rasée ou coupée rase aux ciseaux; chaque matin, les parties malades seront exactement lavées à l'eau chaude et au savon sans préjudice des moyens thérapeutiques que le médecin traitant jugera utile d'appliquer et dont il conserve la plus libre disposition. Ces mesures ont pour seul but d'éliminer régulièrement de la surface de la tête tout élément qui y serait déposé et qui pourrait être un agent de transmission; elles sont absolument de rigueur. Il sera prudent de les continuer longtemps après la guérison confirmée, non seulement pour assurer celle-ci, mais encore pour prémunir les sujets sains contre la contamination directe ou indirecte, au cas très fréquent de guérison imparfaite ou de récidive. On s'attachera avec autant de soin à mettre les sujets sains à l'abri du contact, particulièrement sur la tête ou sur la face, avec les objets ayant été en rapport avec les parties malades. On interdira et on préviendra par des mesures appropriées, soit dans les familles, soit dans les divers établissements, l'échange des coiffures, la communauté des objets de literie, particulièrement des oreillers, traversins, lits de camp, appuis de tête divers et l'on devra, au moins, les recouvrir, si l'on est obligé de s'en servir, de linge appartenant au sujet sain. Tous les objets ayant été en contact avec la tête des peladiques seront désinfectés, sinon détruits. Cette mesure est nécessaire, même pour le peladique qui peut être réinfecté par ses propres coiffures. Les objets de toilette du sujet malade doivent lui être réservés exclusivement; il ne serait pas inutile d'aviser les coiffeurs que cette mesure est de rigueur pour tout client sur la tête duquel existe une plaque de pelade, maladie qu'ils connaissent très bien. Dans les agglomérations où la tondeuse est en usage, celle-ci sera momentanément abandonnée aussitôt qu'on aura constaté l'existence d'un peladique dans le groupe auquel elle sert; en tout temps, il serait bien de la désinfecter par immersion et mise en action dans l'huile ou dans la glycérine portées à l'ébullition; les ciseaux ordinaires, imbibés d'alcool, pourront être aisément et rapidement flambés.

II. — *Mesures de prophylaxie spéciale.*

3° Chaque sujet atteint de pelade fera l'objet d'une enquête médicale qui aura pour but de rechercher par une analyse attentive du cas particulier, les conditions dans lesquelles la maladie s'est développée, ses origines probables ou certaines, et de déterminer la période à laquelle est arrivée l'affection. Son ancienneté, son état stationnaire, le bon état du cuir chevelu en dehors de la portion dénudée, sa réparation manifestement en voie d'exécution sont au nombre des conditions qui permettront l'admission ou la conservation sous certaines réserves qui seront formulées; les circonstances opposées, le début récent, l'augment manifeste, la multiplicité des plaques alopéciques et le peu d'adhérence des cheveux alentour motiveront, au contraire, la non-admission, le renvoi ou l'isolement temporaires. Dans l'application, dont le détail va être indiqué, les règles pourront être modifiées selon les différentes conditions et les cas particuliers.

4° Pour les asiles et les écoles de la première enfance, la non-admission, l'exclusion ou l'isolement effectif seront la règle, parce que la rigueur de ces mesures n'a pas pour les enfants de cet âge la même gravité que pour ceux qui sont plus avancés, et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur concours.

5° Dans les écoles primaires, il sera possible d'admettre les peladiques, à la condition qu'ils demeurent séparés pendant les classes, isolés pendant les récréations, soumis à un traitement approprié et aux mesures de propreté ci-dessus indiquées, enfin qu'ils auront la tête couverte toutes les fois que l'étendue et le nombre des plaques alopéciées ne permettront pas d'en faire l'occlusion effective.

6° Pour tous les externats, les peladeux peuvent être admis aux classes et aux cours à des conditions analogues; la récréation et l'étude en commun sont soumis à une surveillance particulière sous la direction du médecin de l'établissement. Les élèves auront la tête couverte par une perruque si les plaques peladiques sont nombreuses et étendues, ou un bonnet dans les cas moins intenses.

7° Pour les internats, écoles supérieures, etc., la surveillance pouvant être exercée encore plus utilement que dans les conditions de l'article précédent par le médecin attaché, et l'âge des sujets pouvant permettre de compter sur leur concours, on ne prononcera la non-admission ou l'exclusion temporaires que rarement et pour des cas particulièrement intenses. Presque toujours les jeunes peladiques peuvent être conservés, à la condition que leurs parents acceptent les mesures auxquelles ils doivent être soumis, la surveillance et les soins du médecin de l'établissement, qu'il soit pris, aux récréations ou au dortoir, des mesures de précaution appropriées, et qu'ils auront la tête couverte d'une perruque ou d'un bonnet. Si ces mesures, dont le degré sera réglé par l'intensité de la maladie, ne sont pas applicables dans un établissement en particulier, on aura toujours la ressource de les conserver comme externes.

8° Dans les agglomérations militaires, l'exécution des règlements en vigueur permet de donner satisfaction à toutes les exigences du service et de préserver les sujets sains, ainsi que cela se pratique dans l'armée de mer et dans l'armée de terre. Les hommes reconnus peladiques sont envoyés à l'hôpital; les suspects sont momentanément isolés et mis en observation en même temps que l'on prend toutes les mesures de désinfection et de prophylaxie appropriées : nettoyage de la tête, suspension de l'usage de la tondeuse, flambage des ciseaux du perruquier après chaque opération, interdiction des échanges de coiffure, objets de toilette particuliers à chaque homme, surveillance des lits de camp, etc.

9° Dans tous les cas où des sujets peladiques conservés par tolérance seront devenus le point de départ manifeste de cas nouveaux, cette tolérance cessera aussitôt la constatation d'un foyer, laquelle entraîne de plein droit l'élimination immédiate de tous les malades.

M. *A. Ollivier* fait remarquer que la question d'existence et la contagion de la pelade, question posée à l'origine des débats, devient maintenant une question de fréquence; elle est justiciable de la statistique, dont les résultats ultérieurs détermineront la conviction dans un sens ou dans un autre.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Hémoglobinurie paroxystique: M. Lépine (de Lyon). — Présentation de brochure: M. Comby. — Pachyméningite hémorrhagique; déductions thérapeutiques: M. Duponchel. — Maladie de Bright d'origine infectieuse: M. Fernet. — Cancer du corps thyroïde: M. Hayem. — Pneumothorax et antisepsie pleurale: M. Moizard (Discussion: MM. Féréol, Juhel-Rénoy). — Oreillon sous-maxillaire double suppuré: M. Ferrand (Discussion: M. Bucquoy).

M. *Lépine* (de Lyon) a adressé à la Société une lettre relative à l'hémoglobinurie. Il rappelle qu'il a, le premier, établi l'existence de deux espèces d'hémoglobinurie : l'une résultant de l'hémoglobinhémie, l'autre de la congestion rénale. Celle-ci a été niée, à tort, par M. A. Robin; en effet l'expérimentation prouve que l'on peut produire une hémoglobinurie de cause rénale indépendamment de tout trouble préalable de nutrition. Sans doute il peut exister des hémoglobinuries mixtes, et peut-être est-ce le cas pour certaines hémoglobinuries *a frigore*, mais il s'agit alors d'un défaut de résistance des globules rouges sous l'influence de la syphilis, et de leur dissolution dans le réseau capillaire cutané. Seule l'hémoglobinhémie chez ces malades peut rendre compte de l'ictère; de même les signes de congestion rénale et les douleurs lombaires, quand elles existent, s'expliquent par la décharge au niveau des reins de l'hémoglobine en dissolution dans le sang.

— M. *Comby* présente une brochure sur le cinquième exercice du dispensaire pour enfants malades de la Société philanthropique, à la Villette.

— M. *Duponchel* donne lecture d'une observation de *pachyméningite hémorrhagique*, suivie de mort. Il s'agit d'un militaire âgé de vingt-cinq ans, ayant exercé la profession de marchand de vins, alcoolique, et qui se plaignait, depuis deux mois environ, de maux de tête. Le 28 juin, pendant les efforts de vomissements résultant de l'ingestion d'un ipéca, il tomba dans le côma et fut transporté au Val-de-Grâce. La perte de connaissance était complète, les yeux saillants et déviés à gauche, avec inégalité des pupilles, la tête en rotation à gauche; température, 37 degrés. Les membres droits sont contracturés et anesthésiés; on provoque la trépidation épileptoïde du pied droit; la commissure labiale droite est légèrement abaissée, mais des contractures passagères se montrent dans ce côté de la face. Les quatre membres, soulevés, retombent lourdement, moins cependant à droite par suite d'un certain degré de contracture. Quelques intermittences cardiaques; pas de bruit de souffle. Le lendemain, la température monte à 38°,5; le coma est moins complet; les contractures persistent dans tout le côté droit; la sensibilité est revenue à droite, mais reste très obtuse à gauche. Incontinence d'urine; légère albuminurie; pas de glycosurie. Le troisième jour les phénomènes persistent; la température s'élève à 39 degrés, la respiration s'embarrasse et le malade meurt soixante-dix heures après le début des accidents. Le diagnostic porté fut: lésion cérébrale du côté gauche, atteignant particulièrement les régions corticales. A l'autopsie, on constate que la dure-mère est soulevée en avant et sur la convexité du lobe gauche, dans une étendue de 6 centimètres, par un liquide fluctuant, non enkysté. A l'incision, il s'écoule 80 grammes de sang noir, représentant environ la moitié du sang épanché sous la dure-mère gauche. Ce foyer hémorrhagique s'étendait dans les deux tiers antérieurs de l'espace intra-arachnoïdien où il a laissé une imprégnation jaunâtre. Les circonvolutions antérieures de la convexité du lobe gauche sont aplaties, déprimées, non altérées. Il existe un dépoli manifeste de la face interne de la dure-mère en ce point; quelques adhérences lâches, filamenteuses, anciennes; et, au niveau de la partie

moyenne de la circonvolution pariétale ascendante, un îlot néo-membraneux récent au milieu duquel se voit un petit vaisseau de nouvelle formation renfermant un caillot sanguin gros comme une tête d'épingle. C'est évidemment l'origine de l'hémorrhagie.

Il est manifeste que, dans les cas analogues, le danger de la pachyméningite hémorrhagique consiste dans la compression du cerveau renfermé dans une boîte inextensible; si l'on *desserrait* le cerveau, on pourrait sans doute parer aux accidents mortels. Dès lors, la trépanation, dont les travaux chirurgicaux récents ont montré l'innocuité, ne semble-t-elle pas indiquée? Elle arrêterait les phénomènes de compression cérébrale, et l'on peut admettre que l'hémorrhagie, alors même qu'elle deviendrait un peu plus abondante, ne tarderait pas cependant à se suspendre. Évidemment le bénéfice serait considérable puisque, le premier danger écarté, la pachyméningite comporte une évolution lente et une longue survie. On voit, d'ailleurs, dans le cas particulier, que l'on a tout le temps de pratiquer l'opération et que, sans doute, en choisissant le moment de la légère amélioration au second jour on aurait trouvé l'hémorrhagie arrêtée. Le diagnostic de l'hémorrhagie méningée intra-arachnoïdienne n'est pas toujours facile, il est vrai, mais il n'est nullement impossible; et, d'ailleurs, l'opération ne serait-elle pas justifiée même dans le cas d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne toujours fatale? Le pronostic est assez grave et l'impuissance thérapeutique assez complète jusqu'ici pour que la trépanation soit légitime, surtout lorsque l'on considère son innocuité résultant de la méthode antiseptique. Quant au point d'application du trépan, il devrait être discuté suivant chaque cas; mais il semble que l'on ne serait pas obligé de l'appliquer dans un point très déclive, l'expansion du cerveau devant chasser le sang hors de la boîte crânienne ouverte, comme le fait l'ampliation pulmonaire pour le liquide pleurétique dans la thoracentèse ou l'empyème. Il semble, en résumé, que la trépanation soit une chance de survie et de guérison que l'on n'est plus en droit de refuser aux malades atteints de pachyméningite hémorrhagique.

— M. *Fernet* rapporte un fait qui contribue à établir l'évolution d'un *mal de Bright d'origine infectieuse.* (Voy. p. 484.)

— M. *Hayem* dépose sur le bureau l'observation de la malade, atteinte de *cancer du corps thyroïde avec leucocytose considérable*, qui a fait le sujet d'une communication antérieure.

— M. *Moizard* donne lecture d'un mémoire intitulé: *Pneumothorax et antisepsie pleurale.* (Sera publié.)

M. *Féréol* demande si les malades ont accusé dans la bouche le goût si caractéristique de l'iodure de potassium.

M. *Moizard* n'a pas constaté la production de ce phénomène. Seul le second malade a éliminé par ses urines une notable quantité d'iode, sans que le rein en ait d'ailleurs souffert, puisque, à aucun moment, on n'a trouvé d'albuminurie.

M. *Juhel-Rénoy* a employé, dans trois cas de pleurésie séreuse ayant nécessité, sans arriver à la guérison, sept ou huit ponctions successives, l'injection intrapleurale de 1 gramme d'une solution de chlorure de zinc au dixième. Il a fait cette injection avec une seringue de Pravaz, après ponction exploratrice pratiquée avec une autre seringue semblable. Après trois ou quatre injections de chlorure de zinc, à des intervalles variables, il a obtenu la guérison complète de ses trois malades, sans aucun accident.

— M. *Ferrand* communique une observation d'oreillon sous-maxillaire double survenu, chez un enfant de sept ans, six jours après le début d'une roséole. L'inflammation localisée aux deux glandes sous-maxillaires se termina au bout d'une semaine par suppuration, et l'on dut inciser les deux foyers purulents. Le pus recueilli et examiné ne contenait pas les micro-organismes habituels de la suppuration, ni ceux de la tuberculose ou de l'oreillon; il renfermait un certain nombre de streptocoques, ne se développant pas sur la gélatine à la température ordinaire, et presque tous disposés trois par trois.

M. *Bucquoy* émet quelques doutes sur la réalité d'oreillons sous-maxillaires dans ce cas; l'allure générale des accidents, précédés d'une roséole, la rapidité de la suppuration donnent plutôt l'idée d'une détermination d'origine infectieuse sur les glandes sous-maxillaires, rappelant les parotidites infectieuses. D'autre part, on n'a pu déceler dans le pus le microbe des oreillons. Dans cette dernière maladie la suppuration est absolument exceptionnelle, et ne se produit alors que très tardivement. Existait-il la contagion nette d'oreillons dans un foyer épidémique?

M. *Ferrand* n'a pu trouver la contagion dans l'enquête à laquelle il s'est livré; mais la localisation nette aux glandes sous-maxillaires, l'aspect de la tuméfaction qui s'est étendue en remontant jusque vers la partie supérieure des joues et de la région parotidienne, lui semblent justifier son diagnostic. Sans doute on peut trouver la cause de cette rapide suppuration dans l'état général du sujet, modifié par la roséole antécédente.

— La séance est levée à cinq heures.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Ascite chylliforme : MM. Terrier, Tillaux, Terrillon, Quénu. — Fistules stercoro-purulentes : M. Trélat (Discussion : M. Routier).

M. *Terrier* a soigné l'an dernier la malade dont M. Terrillon a parlé dans la dernière séance. Lui aussi avait pensé à une ascite causée par une tumeur, et il a fait une ponction; l'année précédente, Kœberlé, non moins embarrassé, en avait fait autant. Or, le pharmacien chargé de l'analyse chimique avait conclu à un liquide kystique à cause de la grande quantité de principes solides. Cela montre d'abord qu'entre les deux cas types du liquide kystique et du liquide ascitique, il y a des intermédiaires avec lesquels la clinique doit compter. D'autre part, l'analyse de l'an dernier a prouvé qu'il n'y avait pas de matières grasses. C'est un argument contre l'opinion de MM. Straus et Terrillon, pour qui l'ascite chyliforme est une entité morbide, due à l'issue du chyle dans le péritoine. Bien au contraire, cela vient à l'appui de la thèse soutenue à deux reprises par M. Letulle dans la *Revue de médecine*, qu'il s'agit d'une transformation d'un liquide ascitique, que c'est une hydro-péritonite chronique avec transformation chyliforme.

M. *Tillaux* a opéré, avec M. Prengrueber, une femme à diagnostic douteux, chez laquelle l'analyse chimique avait conduit à affirmer le kyste. Or à la laparotomie il a trouvé une tumeur de l'épiploon avec ascite. Il est donc bien résolu à ne plus interroger jamais l'analyse chimique. M. *Quénu* proteste en faveur de l'analyse chimique, qui n'est certes pas infaillible, mais qui peut donner des probabilités en faveur du kyste lorsqu'il y a près de 100 pour 1000 de matières solides.

M. *Terrillon* n'a voulu qu'émettre une hypothèse, vérifiée par M. Straus dans une autopsie (*Arch. de physiologie*). Il ne considère nullement sa propre observation comme démonstrative. Il pense seulement que cette ascite

spéciale, durant depuis huit ans, mérite d'attirer l'attention.

— M. *Trélat* fait une communication sur l'*entérorrhaphie dans les fistules pyo-stercorales*. Il a observé d'abord un garçon de seize ans chez qui un phlegmon iliaque droit est ouvert depuis un an, cinq ans après une fièvre typhoïde. Il n'y a pas d'accidents, il y a peu de fistule : en pareil cas, il faut s'abstenir. Mais son deuxième malade est un homme de vingt-deux ans, chez lequel une pérityphlite à répétitions a causé un abcès iliaque ouvert depuis le mois de janvier dernier, et il s'est formé une fistule grave, avec altération de la peau, avec décollement sous-cutané et intra-musculaire. Dans ce cas, il faut intervenir. Or, M. Trélat a réuni à ce propos dix-sept opérations analogues, et il en a conclu que la thérapeutique est en pareil cas encore assez mal fixée. Il pense qu'il faut établir plusieurs catégories. L'échec est certain lorsque autour de la fistule existent dans l'abdomen des adhérences dures, volumineuses : ainsi lorsqu'un phlegmon péri-utérin, par exemple, s'ouvre à la fois à la peau et dans l'intestin. On ne saurait encore réussir pour certains trajets longs, sinueux, bizarres : telle une fistule ombilicale ayant le cæcum pour origine. Autre cause d'insuccès : les orifices intestinaux multiples. A part ces trois conditions, les opérations qui échouent ont ordinairement été mal conduites. Il est vrai que le diagnostic est malaisé. Sur son malade en particulier, M. Trélat ne savait pas trop si l'orifice intestinal était ou non unique ; s'il y avait beaucoup d'adhérences. Le plan opératoire fut donc d'examiner à fond la poche après incision large et curage : il serait alors facile de déterminer si l'entérorrhaphie était possible. En grattant la paroi de l'abcès, M. Trélat eut un accident dont le malade tira grand bénéfice : le péritoine fut crevé, ainsi que le prouva l'issue d'un peu d'épiploon. Séance tenante, l'intestin fut libéré, attiré au dehors ; une perforation assez large fut avivée et suturée. Puis, après drainage à la gaze iodoformée, la paroi abdominale fut suturée : sa friabilité empêcha la suture en étages. La guérison fut rapide. Or M. Trélat n'a trouvé que quatre succès semblables, dus à Julliard, Riedel (deux), Horteloup. Mais dans les quatre, il y avait eu encore plusieurs insuccès préalables, tenant à ce qu'on avait suturé la perforation sans avoir libéré l'intestin de ses adhérences. Les cinq succès sont à l'actif de l'entérorrhaphie faite sur l'intestin libéré et amené au dehors entouré de son péritoine. C'est là la conduite de choix. Mais si l'incision large du foyer démontre qu'elle est impossible, il reste ce qui était la méthode de choix il y a peu de temps encore, ce qui a donné des succès à MM. Duplay, Verneuil : les séances successives de cautérisation au thermocautère.

M. *Routier* avait eu à soigner la malade guérie par M. Horteloup. Il y avait à l'intestin une perte de substance longue de 14 centimètres. Il en a suturé avec succès 12 centimètres, tout ce qui était au-dessus de la valvule de Bauhin. Puis M. Horteloup a réussi à fermer la fistule restante.

— *Vacances pendant les mois d'août et septembre.*

A. Broca.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 11 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Antisepsie des voies digestives par la saccharine : M. C. Paul. — De la parthéicine : M. Bocquillon. — Quelques indications de la caféine : M. Huchard (Discussion : MM. E. Labbée, Créquy, Catillon).

M. *C. Paul* étudie la saccharine comme antiseptique des voies digestives (voy. le compte rendu de l'Académie de médecine dans le numéro du 13 juillet, p. 443).

— M. *Bocquillon* présente à la Société un spécimen de parthéicine, acide-alcool cristallisé en aiguilles blanches, découvert par Ulrici. Ses applications thérapeutiques sont encore mal connues.

— M. *H. Huchard* insiste de nouveau sur les heureux effets thérapeutiques de la caféine dans certains cas de cardiopathie avec défaillance du cœur. Tout dernièrement, se trouvant en présence d'une femme de soixante-dix ans atteinte de cardiopathie artérielle à la période d'asystolie, il eut d'abord recours à la digitale, qui procura une sensible amélioration ; mais bientôt le même médicament resta sans effet, et les accidents de collapsus cardiaque avec œdème considérable se montrèrent de nouveau et devinrent immédiatement menaçants. Il pratiqua alors des injections hypodermiques de caféine, à la dose de 1 gramme et demi par jour, avec la solution dont il a indiqué précédemment la formule. Sous l'influence de la caféine, les contractions du cœur reprirent de l'énergie, la tension artérielle s'éleva rapidement, et la diurèse ne tarda pas à s'établir. En peu de jours, les accidents graves avaient disparu. Ce fait montre bien que, dans certaines conditions au moins, la caféine possède une action sur le système nerveux plus marquée encore que celle de la digitale, et qu'elle est appelée à rendre de grands services dans la thérapeutique. Elle agit, en particulier, d'une façon heureuse sur les manifestations asystoliques, qui révèlent parfois l'existence de quelque cardiopathie, jusque-là méconnue, chez des individus atteints de pneumonie ou de maladies broncho-pulmonaires adynamiques ; c'est ainsi qu'elle trouve son indication dans la pneumonie des vieillards, dont le danger réside si souvent dans des accidents cardiopathiques. M. H. Huchard désire, à ce sujet, protester contre le procédé de certains auteurs étrangers, qui omettent systématiquement de citer les travaux des observateurs français qui ont étudié et préconisé avant eux les bons effets de la caféine dans les affections cardiaques et thoraciques. Il cite enfin l'opinion du professeur Semmola (de Naples), qui, dans une lettre qu'il lui a adressée depuis la dernière séance, vante l'action de la caféine sur les cardiopathies d'origine bulbaire, et tout spécialement chez les sujets atteints d'arythmie, d'adynamie cardiaque ou de troubles circulatoires tenant à quelque affection du système nerveux bulbaire. Tout en faisant quelques réserves à l'égard de ces conclusions, M. H. Huchard ne craint pas d'affirmer que la caféine agit non seulement sur le cœur, mais aussi sur le système nerveux : il a montré qu'elle est indiquée contre les manifestations cardiaques secondaires aux affections broncho-pulmonaires.

M. *E. Labbée* demande à M. Huchard de spécifier les indications majeures de la caféine au cours des cardiopathies.

M. *H. Huchard* a recours à la caféine chez les cardiaques, lorsque la lésion cesse d'être compensée et que les accidents d'asystolie ne sont pas efficacement enrayés par l'administration de la digitale : or, le fait n'est pas absolument rare, sans que l'on puisse en déterminer la raison. On sait, d'ailleurs, combien il est difficile d'expliquer toujours l'action thérapeutique de certains médicaments ; elle est, parfois, sujette à varier d'un moment à l'autre, sans qu'il soit possible d'expliquer le phénomène. Il a récemment constaté, par exemple, l'inefficacité de la poudre de digitale à la dose de 50 centigrammes chez un individu atteint de cirrhose cardiaque, qui fut cependant rapidement soulagé peu de temps après par une dose identique du même médicament. En somme, si la caféine n'a pas dans les cardiopathies d'indications propres parfaitement précises, elle rend souvent de grands services lorsque la digitale vient à échouer. D'autre part, elle paraît produire chez les cardiaques en asystolie, moins de phénomènes

d'intolérance que la digitale, qui semble contre indiquée d'une façon générale à la dernière période des cardiopathies.

M. *Créquy* fait remarquer que la dose de 50 centigrammes de digitale est assez élevée et que l'on s'expose, en pareil cas, à déterminer rapidement des effets toxiques. Il est à remarquer, d'ailleurs, que l'on obtient d'excellents résultats avec des doses relativement bien moins fortes, même avec 10 centigrammes. On doit également ne pas oublier que les digitales de diverses provenances sont loin de posséder une activité identique.

M. *H. Huchard* reconnaît l'exactitude des observations de M. Créquy; mais il est convaincu que l'on attribue à la digitale une puissance accumulatrice et toxique plus grande que celle qu'elle possède en réalité.

M. *Catillon* insiste sur les différences d'action des digitales de diverses provenances : c'est là un fait bien connu. Les conditions de terrain, d'âge des feuilles, d'époque de récolte, d'ancienneté de dessiccation font varier dans des proportions notables l'activité du produit. On a été, par exemple, assez longtemps dans l'impossibilité de retrouver, après Nativelle, la digitaline cristallisée qu'il avait fait connaître, et cela parce que toutes les feuilles de digitale n'en renferment pas.

M. *H. Huchard* ajoute que l'activité des préparations faites avec les feuilles de digitale se montre même variable suivant les années où elles ont été recueillies, et suivant qu'on emploie la feuille entière ou dépourvue de ses nervures; dans ce dernier cas, l'activité est plus grande, car les nervures renferment moins de principes médicamenteux.

M. *E. Labbée* fait remarquer que les effets varient avec la préparation; la poudre par exemple est plus active que la macération. En la donnant tout de suite avant le repas on en obtient d'excellents résultats sans dangers d'accidents.

M. *Huchard* ne partage pas cette bonne opinion à l'égard de la poudre de digitale qu'il considère comme un médicament infidèle.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

A propos de la saccharine : MM. Duchesne, C. Paul. — Manifestations cardiaques et angine de poitrine chez les diabétiques : M. H. Huchard (Discussion : MM. Moutard-Martin, C. Paul, Bucquoy).

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Duchesne* demande à M. C. Paul si c'est bien 6 grammes de saccharine, dissous dans 100 grammes d'alcool, qu'il emploie dans la formule de son élixir pour la bouche? Le pouvoir sucrant de la saccharine étant 280 fois plus grand que celui du sucre, il semble que l'on doive obtenir, avec la formule indiquée, un sirop presque pâteux.

M. *C. Paul* a bien donné la formule ci-dessus, à laquelle on ajoute 4 grammes de bicarbonate de soude, 20 gouttes d'essence de menthe, et un peu de carmin dissous dans l'ammoniaque pour colorer. On met 1 centimètre cube de cet élixir dans un verre d'eau pour les soins de la bouche. La préparation est parfaitement exécutable, et, bien que la saccharine possède un pouvoir sucrant considérable, elle ne donne pas des solutions sirupeuses. — M. C. Paul a continué ses recherches depuis sa précédente communication, et a reconnu que le développement du bactérium termo sur la gélatine commence à se produire lorsqu'on ajoute seulement 1/300e de saccharine. Pour le staphylococcus pyogenes aureus la proportion de 1/700e s'oppose encore à son développement, qui ne commence que si l'on abaisse la proportion de saccharine à 1/750e, ou 1/1000e. Ces chiffres, évidemment, ne peuvent être qu'approximatifs; en effet, lorsqu'on se rapproche de la proportion minima, l'ensemble des autres conditions de température et de quantité de germes ensemencés peut faire varier les résultats obtenus. La saccharine s'oppose d'ailleurs au développement de l'ensemble des microbes variés contenus dans la salive, et à la fluidification de la gélatine sur laquelle on ensemence le liquide buccal.

— M. *H. Huchard* fait une communication sur *les manifestations cardiaques et l'angine de poitrine chez les diabétiques*. Chez un diabétique offrant de l'œdème des jambes, dont il a parlé dans une séance antérieure, et qui, depuis lors, est mort de tuberculose à marche rapide, il a vu se développer quinze jours avant la mort des accidents d'arythmie et des troubles cardio-vasculaires imputables à l'artério-sclérose du cœur. Le fait a été vérifié à l'autopsie pour l'examen histologique du myocarde. Il rappelle, d'ailleurs, que depuis longtemps déjà, en 1883, il a combattu l'idée émise par M. Vergely (de Bordeaux), à savoir que la sténocardie présente des rapports de cause à effet avec le diabète: les manifestations angineuses chez les diabétiques sont indépendantes du taux de la glycosurie et de sa marche progressive ou décroissante; elles ne sont en rien influencées par le traitement de la glycosurie, tandis qu'elles sont utilement combattues par la médication artérielle : iodure et trinitrine. C'est qu'il ne s'agit pas, en réalité, d'une angine de poitrine *diabétique*, mais d'une angine *chez les diabétiques* relevant soit de l'arthritisme, soit de l'artério-sclérose des coronaires. Dans le premier cas, l'angine de poitrine appartient à la catégorie des pseudo-angines et n'est pas grave; dans l'autre, il s'agit bien d'une angine *vraie* dont l'extrême gravité est l'un des principaux caractères. Il en est de même, non seulement de l'angor, mais de toutes les manifestations cardiaques chez les diabétiques : elles ne dépendent pas directement du diabète, mais bien de l'artério-sclérose, qui peut ne se révéler qu'à l'occasion d'autres accidents morbides, surtout sous l'influence de la pneumonie. Ces manifestations cardiaques ont fréquemment une marche rapide et un pronostic grave, de même que chez les obèses, qu'ils soient ou non diabétiques. Cette artério-sclérose d'origine arthritique est également la cause de l'hypertrophie cardiaque qui s'observe assez fréquemment chez les diabétiques. Il en est de même de l'asthme, vrai ou faux, qui se montre chez les diabétiques, et dont une des formes relève encore de l'artério-sclérose : il conviendra de la rechercher avec soin afin de lui opposer la médication nécessaire. Quant à l'influence des troubles cardiaques survenant chez les diabétiques, elle consiste dans une diminution de la quantité d'urine excrétée et dans l'aggravation imprimée aux accidents pulmonaires. M. Huchard fait remarquer, à ce propos, que l'angine de poitrine dite *brightique*, admise par M. Dieulafoy, comporte la même interprétation : elle dépend directement, non pas du mal de Bright, mais de l'artério-sclérose. On ne l'observe pas, en effet, au cours du gros rein blanc, mais seulement chez les sujets porteurs du petit rein rouge et qui sont des artério-scléreux. En résumé, l'angine de poitrine et les diverses manifestations cardiaques chez les diabétiques, ne dépendent pas du diabète, mais de l'arthritisme du sujet et des lésions d'artério-sclérose dont il est atteint.

M. *C. Paul* fait remarquer que les cas graves d'angine de poitrine ont seuls attiré l'attention dans les premiers temps, mais que, par la suite, l'étude plus complète du syndrome a permis de reconnaître que le phénomène de l'angor peut dépendre de causes multiples, parmi lesquelles il en est

de relativement bénignes. Aussi, le pronostic doit-il être, aujourd'hui, moins sombre; l'angine de poitrine n'est réellement grave que s'il existe quelque lésion importante du cœur ou de l'aorte, lésion qui peut, il est vrai, demeurer longtemps méconnue. Chez les nerveux, les hystériques, l'angine de poitrine, quelle que soit son intensité, n'amène pas la mort; il en est de même pour les tabagiques, qui ne succombent que s'il existe chez eux des lésions cardiaques ou aortiques.

M. *Huchard* a constamment soutenu cette opinion. Il est heureux d'entendre que son collègue a abandonné la théorie nerveuse. Il fait observer que, chez les tabagiques, on observe deux formes d'angine de poitrine : l'une qui disparaît dès que l'on cesse l'usage du tabac; l'autre qui persiste, et qui semble résulter d'une artério-sclérose engendrée par l'intoxication nicotique. Le fait n'est pas encore absolument démontré; il est évident qu'il faut tenir compte de l'influence concomitante de l'alcoolisme ou de la syphilis, mais dans certains cas le tabagisme existe seul et paraît déterminer l'artério-sclérose. Ce qui est aujourd'hui bien établi, c'est que l'angine de poitrine n'est pas grave si le myocarde ou l'aorte ne sont pas altérés.

M. *Moutard-Martin* ne saurait se montrer aussi optimiste, et rappelle que l'on voit parfois succomber à l'angine de poitrine des individus chez lesquels on n'a pu déceler, pendant la vie, aucun signe de cardiopathie ou d'aortite.

M. *Huchard* ne pense pas être optimiste au sujet de l'angor, puisqu'il évalue à 9/10 la mortalité de l'angine de poitrine *vraie*, *d'origine artérielle*, lorsque celle-ci n'est pas soumise au traitement rationnel des iodures, etc. Mais il est d'avis que chez les nerveux, chez les hystériques, etc., c'est-à-dire dans l'angine de poitrine *fausse*, *non artérielle*, la proportion doit être renversée. Pour sa part, il n'a *jamais* constaté la mort dans aucune des pseudo-angines. D'autre part, il fait observer que ce n'est pas une raison parce qu'on n'a pas constaté de signes d'affection cardio-aortique pour qu'il n'existe pas en réalité de lésions. Les cas, exceptionnels, il est vrai, rapportés par M. Potain d'aortites exactement limitées au pourtour des artères coronaires (*aortites péricoronaires*), dans lesquels l'angine a amené la mort, ne sauraient être diagnostiqués pendant la vie. Mais dans la plupart des cas, et dans ceux qu'il vient de rappeler, on aura pour se guider un certain nombre de signes précieux : c'est d'abord la dyspnée d'effort et l'apparition de l'accès à l'occasion de l'effort ou du mouvement : c'est le type de l'angine de poitrine artérielle. Les accès nocturnes se montrent dans toutes les formes, mais ils s'accompagnent d'accès provoqués par l'effort chez les artério-scléreux. D'autre part, la dilatation de l'aorte, dont la matité déborde de deux ou trois centimètres le bord droit du sternum, le retentissement diastolique au foyer des bruits aortiques, révélant l'augmentation de la tension artérielle, enfin certaines modifications des bruits cardiaques, l'assourdissement du premier bruit qui offre néanmoins en même temps un caractère vibrant particulier, permettent de soupçonner, sinon d'affirmer une altération du myocarde et une angine de poitrine d'origine artérielle.

M. *Moutard-Martin* ne conteste pas l'importance de ces signes, mais ils lui semblent un peu délicats dans leur appréciation. Il fait remarquer, d'ailleurs, qu'il a eu soin de dire que, dans certains cas mortels, on ne constate aucun signe cardiaque *pendant la vie*, ce qui doit imposer une certaine réserve dans le pronostic; il reconnaît d'ailleurs que l'autopsie, dans les faits de ce genre, révèle des lésions cardio-aortiques qui n'ont pu être reconnues à l'examen clinique.

M. *C. Paul* insiste sur l'importance de la constatation du phénomène de la reptation artérielle au-dessus du pli du coude, comme signe révélateur de lésions des artères, pouvant faire soupçonner une altération de l'aorte.

M. *Bucquoy* se range en grande partie aux opinions de M. H. Huchard; et il est avec lui d'avis que si l'on se bornait à rechercher les bruits de souffle cardiaque on serait souvent fort embarrassé; mais, comme il l'a dit, le timbre à la fois sourd et métallique du premier bruit indique une altération plus ou moins étendue du système artériel, qu'il s'agisse d'une lésion en activité ou d'une dégénérescence secondaire : c'est une *note artérielle*. Enfin, il est incontestable que l'on perçoit un éclat tout spécial du second bruit au foyer aortique, lorsque le vaisseau est scléreux, épaissi et induré. Peut-être, d'ailleurs, n'est-il pas besoin pour produire ce retentissement d'une augmentation de la tension artérielle, et doit-on faire entrer aussi en ligne de compte les vibrations de la colonne liquide; en effet, on retrouve le même phénomène après les hémorrhagies graves, et l'hypertension artérielle, en pareil cas, n'est pas encore suffisamment démontrée. Quoi qu'il en soit, c'est un signe précieux d'altération de l'aorte chez les angineux.

— La Société s'ajourne au mercredi 10 octobre.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

Présentation d'ouvrage : M. Mégnin. — Sur le développement de l'ascaris mystax : M. Mégnin. — De la tension de dissociation de l'oxyhémoglobine : M. Brasss. — Passage dans le sang des substances médicamenteuses : MM. Gréhant et Quinquaud. — Sur l'excitabilité de l'écorce grise cérébrale : M. Joao Paulo. — Nature du ganglion ophthalmique : M. Phisalix. — De la cyclopie chez les mammifères : M. Phisalix. — Influence des excitations cérébrales sur les fonctions organiques : M. François-Franck. — Présentation d'ouvrage : M. Giard.

M. *Mégnin* présente, de la part de l'auteur, la thèse de M. *Yovanovitch* sur l'*Entomologie appliquée à la médecine légale*.

— M. *Mégnin* a étudié le développement de l'ascaris mystax et sa propagation chez les tout jeunes chiens. A ce propos, il pense que le développement des ascarides peut être souvent tout à fait direct.

— M. *Brasse* a constaté que la tension de dissociation de l'oxyhémoglobine croît avec la température; ainsi à zéro elle est presque nulle, d'où il résulte qu'à cette température l'oxyhémoglobine ne cède pour ainsi dire pas d'oxygène aux tissus. M. Brasse croit que de ce fait sortiront d'importantes conséquences physiologiques.

— M. *Gréhant* a cherché à déterminer avec M. *Quinquaud* à quel moment apparaît dans le sang une substance injectée sous la peau ou dans l'estomac. Le choix des substances à expérimenter ne laissait pas de présenter de sérieuses difficultés. Jusqu'ici les expériences de MM. Gréhant et Quinquaud ont été faites avec l'iodure de sodium et le salicylate de soude. Or on ne peut déceler dans le sang la moindre trace d'iodure de sodium, quand on en a introduit 2 grammes dans l'estomac, une heure après l'introduction; si on en fait absorber 7 grammes, il s'en montre entre la vingt-troisième et la vingt-quatrième minute. Au contraire, cette même substance, injectée sous la peau à la dose de 3 grammes, apparaît dans le sang au bout de huit minutes. Quant au salicylate de soude, introduit dans l'estomac à la dose de 3 grammes, il apparaît après une heure neuf minutes; à la dose de 6 grammes, il peut être décelé

après quarante-cinq minutes. Si on l'injecte sous la peau, on ne le retrouve pas au bout d'un temps plus court. Cette substance ne se comporte donc pas, à ce point de vue, comme l'iodure de sodium.

— M. *Hénocque* présente une note de M. *Joao Paulo* (de Rio-de-Janeiro) sur l'excitabilité expérimentale de l'écorce grise du cerveau.

— M. *Phisalix* communique le résultat de ses recherches embryologiques sur la nature du ganglion ophthalmique; il montre l'indépendance de ce ganglion par rapport au nerf moteur oculaire commun; c'est du ganglion de Gasser qu'il provient, bien avant qu'ait apparu le moteur oculaire commun; à une période plus avancée du développement, ce dernier nerf se met par un filet en communication avec le ganglion.

M. *François-Franck* demande à M. Phisalix quelles relations il a pu déterminer entre le ganglion ophthalmique et le système sympathique, et fait observer que, tant au point de vue de l'anatomie générale qu'au point de vue physiologique, le ganglion paraît bien être d'origine et de nature sympathiques.

— M. *Phisalix* a pu étudier quelques faits de cyclopie chez des mammifères; il donne les conclusions de ses recherches histologiques à ce sujet.

— M. *François-Franck* rappelle que depuis plusieurs années il s'est attaché à déterminer d'une manière précise l'influence des excitations cérébrales sur les diverses fonctions organiques. Il ressort de ses nombreuses expériences qu'on doit distinguer deux sortes de réactions fonctionnelles, vasculaires, pupillaires, etc., suivant que les excitations du cerveau donnent lieu à des mouvements simples ou à des mouvements convulsifs. Ainsi les vaisseaux se resserrent toujours, chaque fois qu'il se produit des mouvements convulsifs. Mais les modifications cardiaques consécutives à ces mêmes excitations cérébrales peuvent venir troubler les réactions vasculaires. En effet le cœur, s'il se produit des mouvements convulsifs, pendant la phase tonique de l'accès se ralentit; pendant la phase clonique il s'accélère. Pour savoir exactement comment se comportent les vaisseaux, il faut donc supprimer les réactions cardiaques; on y arrive aisément au moyen de l'atropine. — M. François-Franck rappelle qu'il a de même étudié les modifications respiratoires, pupillaires, sécrétoires qui surviennent à la suite des excitations cérébrales.

— M. *Giard* présente, de la part de M. *de Varigny*, la traduction de la *Vie et correspondance de Darwin*.

— Les séances de la Société sont dorénavant interrompues pour deux mois.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Résection du nerf buccinateur, par M. ZUCKERKANDL. — L'opération a été pratiquée par la joue, pour atteindre le rameau principal du nerf sur la face externe du buccinateur (Michel, Billroth, Holl). On peut aussi aller par la voie buccale à la recherche du tronc principal (Panas, Nélaton), ce qui déjà est un avantage. Mais on n'est pas sûr de trouver ainsi ce tronc lui-même, et par cette voie étroite on est parfois forcé d'arracher la dent de sagesse (Wœlfler). Aussi Zuckerkandl, après une étude anatomique complète, conseille l'incision cutanée à environ un doigt au-dessous de l'arcade zygomatique, sur une ligne allant du tragus au milieu du pli naso-labial : incision de 5 centimètres, dont 3 1/2 en avant du bord antérieur du masséter. Le canal de Sténon une fois récliné, par en bas de préférence, on met à nu le bord antérieur du masséter, on extirpe la boule graisseuse et l'on tombe sur le tronc du buccinateur contre le tendon du temporal. (*Zur Resektion des Nervus buccinatorius*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 264.)

Cancer cutané de la face, par M. OHREN. — Ce travail est essentiellement statistique : il étudie le cancer de la face, abstraction faite du cancer des lèvres. Il se fonde sur les opérations, faites par Schœnborn (de Wurzbourg), de 1877 à 1887, et les résultats sont exposés en cinq tableaux. Au total, sur 72 cas, 31 sans récidive; 11 sans nouvelles; 24 récidives; 3 morts par cancer viscéral; 3 morts opératoires. Donc le pronostic est meilleur que pour les autres cancers, ce qui, il est vrai, n'est plus à prouver. Cette bénignité relative s'accentue si l'on tient compte de la longue durée du mal avant l'opération. Les cancers viscéraux sont peut-être, en partie au moins, des coïncidences plutôt que de vraies généralisations, en tous cas exceptionnelles. Les trois morts sont dues, d'après le tableau I, à : délire (le huitième jour); rhumatisme articulaire aigu; inanition (le lendemain). Les renseignements sont plus explicites pour la deuxième observation; nous lisons alors qu'au troisième jour le lambeau se gangrène; le quatrième jour le malade fait sous lui, a une fièvre élevée, souffre dans la hanche; puis le cinquième jour dans la main et le pied. Il meurt dans le coma. Pas d'autopsie. Un esprit malveillant trouverait que ce « rhumatisme articulaire aigu » ressemble furieusement à de la pyohémie! (*Ueber die Endresultate der Carcinome des Gesichts, mit Auschluss der Lippencarcinom*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 307.)

BIBLIOGRAPHIE

Tuberculose vertébrale (mal de Pott; mal vertébral postérieur; mal sous-occipital, tuberculose sacro-iliaque; tuberculose du sacrum et du coccyx). Leçons faites à la Faculté de médecine par M. le professeur LANNELONGUE, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de chirurgie, chirurgien de l'hôpital Trousseau, recueillies par M. le docteur V. MÉNARD, chef de clinique de la Faculté. Avec 36 figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie. Paris, 1888. — Asselin et Houzeau.

C'est toujours une heureuse fortune que d'avoir à lire un livre du professeur Lannelongue. Depuis plus de dix ans, notre maître accumule les observations qu'il recueille en son service hospitalier et, comme cela est de règle lorsqu'un auteur édifie une description sur des observations personnelles et nombreuses, son enseignement est empreint d'une originalité incontestable. De là l'intérêt avec lequel nous avons ouvert l'ouvrage dont nous parlons aujourd'hui, sûr que nous étions de nous y instruire grandement. Notre espoir n'a certes pas été déçu.

Cette série de leçons fait suite, pour ainsi dire, à celles qui, il y a deux ans, avaient donné de la coxo-tuberculose une description si remarquable. Après avoir, en effet, étudié la tuberculose osseuse en général, M. Lannelongue s'est attaché à chacune des localisations importantes de cette affection. Après la hanche, ç'a été le tour du rachis.

Le titre du livre est : *Tuberculose vertébrale*. Le mal de Pott vulgaire n'y est en effet pas seul visé. A côté de lui une place est faite, le sous-titre l'indique, à des modalités spéciales dont quelques-unes n'avaient pas encore été jugées dignes d'une description didactique. Nous faisons allusion surtout au mal vertébral postérieur et à la tuberculose sacro-coccygienne. Aucun de nos traités classiques ne s'occupe de ces localisations tuberculeuses. Les pages qui leur sont ici consacrées prouvent que c'était un tort, que le praticien a un intérêt majeur à bien connaître les lésions accessibles à

la chirurgie, bien différentes en cela du mal antérieur contre lequel la thérapeutique opératoire est bien souvent insuffisante.

C'est ce mal antérieur qui constitue ce que l'on appelle vulgairement le mal de Pott, avec sa triade symptomatique classique : gibbosité, paraplégie, abcès par congestion. On serait tenté de croire qu'il n'y a plus grand'chose à dire sur cette affection dont l'évolution clinique est scrutée depuis si longtemps, dont la nature tuberculeuse est aujourd'hui démontrée. En réalité, après avoir lu ces pages, on demeure convaincu que bien des points étaient encore peu connus.

Prenons surtout l'anatomie pathologique. La gibbosité y est l'objet d'une étude particulièrement soignée. M. Lannelongue nous y montre comment et pourquoi on a tort de vouloir faire de la déformation angulaire la caractéristique absolue de la gibbosité du mal de Pott. Le rôle de la contracture musculaire, jointe au poids du segment supérieur, est bien mis en relief dans la production de cette gibbosité; c'est là un point qui a de l'importance pour les déductions thérapeutiques.

Etudions maintenant la concavité de la courbure anormale, l'angle rentrant du rachis. De la cinquième dorsale à la deuxième lombaire nous pouvons y constater une lésion du plus haut intérêt et sur laquelle presque tous les auteurs avaient jusqu'à présent gardé le silence. Nous voulons parler des inflexions de l'aorte. Ce vaisseau peut être plié à angle aigu; ailleurs, au contraire, il sera soulevé par un abcès froid et alors une déviation latérale peut s'ajouter à la déviation antéro-postérieure. La plicature semble avoir un grand intérêt, car elle diminue, cela va de soi, le calibre du vaisseau, et il est bien possible que l'ischémie relative ainsi engendrée en aval ait à entrer en ligne de compte dans l'explication de certains phénomènes parétiques des membres inférieurs. Lorsqu'il y a contact avec un abcès froid, avec un tuberculome puisqu'il faut l'appeler par son nom, la paroi vasculaire peut s'ulcérer, se rompre, envahie qu'elle est par le processus tuberculeux. Au reste, les ulcérations vasculaires dans les abcès froids sont déjà chose connue.

Dans la description clinique, nous relevons une étude approfondie des phénomènes capables de permettre un diagnostic précoce. Nous remarquons encore le passage relatif aux symptômes nerveux et là des observations originales sur une forme rare, caractérisée par des crises névralgiques et épileptiformes, crises qui peuvent être parfois des manifestations précoces, capables par conséquent d'induire en erreur. Ce chapitre se termine par un exposé des ymptômes du mal de Pott, suivant les régions. Cela encore serait vainement cherché dans les livres que nous avons entre les mains : seul le mal sous-occipital y a les honneurs d'une mention spéciale.

Certes, il la mérite, et M. Lannelongue s'en est occupé avec grand soin. Comme tous les auteurs qui ont écrit sur ce point, il a bien montré que tout le danger de cette forme particulièrement grave vient du voisinage du bulbe et de la fréquence des luxations pathologiques. Mais pour notre maître on a abusé des classifications pour les déplacements; on n'a pas tenu assez compte des lésions destructives, des substitutions tuberculeuses qui ici tiennent le premier rang, qui empêchent de faire une classification parallèle à celle des luxations traumatiques. « Il n'est pas besoin de démontrer que la luxation est un phénomène consécutif et la résultante des lésions osseuses et ligamenteuses. Cette étude préalable enseigne que le déplacement des surfaces est complexe, qu'il n'y a pas seulement déviation de l'occipital et de l'atlas, en avant, en arrière et latéralement, mais que les condyles sont en partie effacés, et que les masses latérales de l'atlas ont perdu de leur hauteur. Pareillement, les facettes de l'axis correspondant à ces masses se sont ulcérées et creusées par le mécanisme de la compression; il en résulte un certain degré d'affaissement et de raccourcissement de la région. Ainsi s'explique cette mention fréquente dans les observations, mais qu'on n'a pas mise en relief, à savoir que l'apophyse odontoïde occupe le centre du trou occipital, ou bien que son sommet est venu se souder avec un point de pourtour de ce trou. »

C'est donc l'ulcération compressive qui, comme pour la gibbosité du mal de Pott, domine toutes ces déformations. De cela résulte la conséquence thérapeutique suivante : le vrai traitement sera le repos au lit et l'extension continue. Sauf indications spéciales, M. Lannelongue n'est pas partisan du corset de Sayre pendant la période d'activité des lésions tuberculeuses.

Il nous faut nous arrêter dans cette analyse. Il nous est impossible, en effet, d'énumérer tous les points souvent laissés dans l'ombre et que M. Lannelongue a mis en pleine lumière. Aussi bien pensons-nous que c'est inutile et que notre compte rendu eût pu se borner à un simple conseil, en quelques lignes : chacun doit lire par lui-même ce livre où les aperçus nouveaux fourmillent à chaque pas.

A. Broca.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — M. le docteur Gaché, maire de Grenoble, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Hygiène scolaire. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, il est institué une Commission pour l'étude des améliorations à introduire dans le régime des établissements d'enseignement secondaire.

Font partie de cette Commission : MM. les docteurs Blatin, Bouchard, Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Lagneau, Perrin, Proust, Rochard.

Société médicale des hôpitaux (séance du vendredi 10 août). — *Ordre du jour :* M. Letulle : Origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac ou du duodénum. — M. Brocq : Note rectificative au point de vue de l'historique de la destruction des poils par l'électrolyse.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fieuzal, médecin en chef et premier médecin de la clinique ophthalmologique à l'hôpital des Quinze-Vingts, auteur de plusieurs mémoires d'oculistique, chevalier de la Légion d'honneur, et de M. le docteur Jean Jourjon, médecin du Bureau de bienfaisance et médecin inspecteur des écoles du XIIe arrondissement.

Mortalité a Paris (29e semaine, du 15 au 21 juillet 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 1. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 30. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs : cancéreuses, 47 ; autres, 6. — Méningite, 42. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 32. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 36. — Bronchite aiguë, 12. — Bronchite chronique, 16. — Bronchopneumonie, 21. — Pneumonie, 29. — Gastro-entérite : sein, 17; biberon, 51; autres, 1. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 18. — Suicides, 14. — Autres morts violentes, 12. — Autres causes de mort, 162. — Causes inconnues, 5. — Total : 859.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

15690. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr **L. LEREBOULLET**, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 8 août 1888.

Académie de médecine : **Action des médicaments à distance. — Inflammations intestinales. — Pulvérisations, désinfectants.** — *Conseil d'hygiène de la Seine :* **Les hôpitaux d'isolement.**

Lorsque à la séance du 6 mars 1888, M. Dujardin-Beaumetz lut, au nom de la Commission dont il était le rapporteur et qui comprenait avec lui MM. Hérard, Bergeron, Brouardel et Gariel, le rapport sur les faits si singuliers avancés par M. Luys près d'un an auparavant, nous avons déclaré qu'il n'y avait qu'à s'incliner devant le verdict prononcé. La Commission, en effet, dut alors émettre l'avis qu'aucun des effets qu'elle avait constatés, contradictoirement avec M. Luys, sur l'action des tubes renfermant des substances médicamenteuses et placés à distance chez des sujets hypnotisables ne s'est trouvé en rapport avec la nature des substances mises en expérience; par conséquent, ni la thérapeutique ni la médecine légale n'avaient à tenir compte de pareils effets.

M. Luys vient de s'efforcer, en un langage empreint de la conviction la plus ardente, de s'inscrire contre ce verdict. Il a contesté sur tous les points les déclarations de la Commission et il s'est étendu, avec une certaine complaisance, sur le grand nombre de phénomènes insolites relatés dans les expériences. Mais M. Dujardin-Beaumetz et M. Brouardel se sont empressés de faire observer que ces phénomènes rentraient dans le domaine de l'hystérie, dont la malade observée constitue précisément un spécimen bien connu, et qu'en tout cas, lorsque toute cause de simulation, tout soupçon de supercherie de la part de cette malade ont pu être absolument écartés, les effets observés ont été tout différents de ceux qui étaient annoncés. M. Luys avait pris soin d'amener ce sujet à la bibliothèque, et après la séance, un grand nombre de ses collègues et de représentants de la presse ont pu voir se renouveler sur cette hystérique le cortège accoutumé des phénomènes qu'elle présente depuis longtemps et qu'elle renouvelle fréquemment. Les assistants désiraient que les tubes à médicaments ne fusent pas placés préalablement devant la malade, qu'on les remît à une tierce personne inconnue d'elle, qu'ils fussent employés dans un ordre indéterminé et qu'elle pût être mise à l'abri de toute suggestion; son présentateur n'a pas cru pouvoir pour cette fois la soumettre à ces épreuves et chacun en a été quitte pour constater sur cette malade un des nombreux cas, trop communs aujourd'hui, d'hystérie et d'hypnotisation professionnelles.

— La discussion soulevée par M. Luys a fait un peu perdre de vue la remarquable communication de M. Cornil sur les inflammations pseudo-membraneuses et ulcéreuses de l'intestin. Les recherches anatomo-pathologiques très nombreuses qui y sont consignées apportent des éclaircissements sur les relations qui existent entre les diverses lésions anatomiques constatées dans ces affections; ils permettent surtout de suivre pas à pas la marche du processus inflammatoire. D'autre part, la microbiologie explique comment les maladies spontanées de l'homme et des animaux qui se caractérisent par cette suite de lésions sont produites par des micro-organismes spéciaux pour chacune d'elles; ce sont des maladies infectieuses marquées non seulement par les troubles du côté de l'intestin, mais aussi par des altérations de même ordre des ganglions lymphatiques, souvent de la rate et du foie et par une intoxication générale.

— L'emploi des pulvérisations désinfectantes se multipliant de plus en plus dans la pratique, il y a un grand intérêt à se rendre compte des procédés propres à les utiliser de la manière la plus efficace possible. A ce titre nous appelons l'attention sur le substantiel mémoire dans lequel M. le docteur Nicaise a consigné ses recherches expérimentales sur la température du spray. L'abaissement considérable de cette température à quelques centimètres de la sortie du bec concorde avec ce qu'ont déjà constaté tous ceux qui ont cherché à employer la vapeur pour la désinfection des murailles et des parquets. Les recherches de M. Nicaise montrent que ce n'est certainement pas la température du spray qui peut être invoquée à l'appui de son emploi, mais bien plutôt l'action antiseptique de la substance pulvérisée. Dans les opérations ordinaires de désinfection, on sait que la vapeur a pour effet d'obtenir une pénétration plus complète qu'avec des solutions antiseptiques froides, tout en mouillant moins et pouvant sécher plus vite. Actuel-

lement, cinq procédés sont proposés à cet effet, dans les divers pays où la question a été successivement étudiée. Le premier consiste à se servir de solution pulvérisée avec entraînement de vapeur; les recherches de M. Nicaise montrent que la chaleur ne saurait ici intervenir dans la désinfection produite. Dans le second, on emploie l'eau bouillante mélangée de vapeur et l'on peut ainsi obtenir sur les surfaces une température assez élevée, mais trop fugace pour qu'elle soit à elle seule suffisamment efficace. On a, en troisième lieu, pensé à la vapeur surchauffée; mais ici les déperditions de chaleur à la sortie sont considérables, et, d'autre part, la vapeur surchauffée se comporte à l'air comme un gaz sec, avide d'eau. Quant à la circulation continue d'un courant de vapeur d'eau à 100 degrés, les nombreuses recherches récemment faites en Allemagne montrent que si ce procédé parvient à tuer les spores, il ne le fait ni aussi facilement ni aussi vite que la vapeur sous pression. Cette dernière méthode est incomparablement supérieure, toutes les fois qu'on peut désinfecter en vase clos. Lorsqu'il s'agit d'envoyer sur une muraille ou dans l'atmosphère d'une salle une solution désinfectante, il importe de bien se rendre compte que la pulvérisation à chaud n'a d'autre avantage spécial que de permettre la production automatique de l'effet cherché; encore y a-t-il à rechercher si l'emploi d'une pompe à pression n'aurait pas des résultats plus pénétrants.

— On sait que la Ville de Paris se préoccupe depuis quelque temps déjà de la création d'hôpitaux d'isolement dans la banlieue et que les maires des communes qui entourent les fortifications ont pris successivement des arrêtés pour s'efforcer d'en empêcher l'établissement sur leur territoire. M. Léon Colin vient de lire au Conseil d'hygiène de la Seine un rapport que nous nous empressons de signaler aujourd'hui, en nous réservant d'y revenir très prochainement.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement prophylactique et antiseptique de l'impétigo.

L'impétigo est-il contagieux? Quel doit être son traitement prophylactique et thérapeutique?

Cette question a fait l'objet de discussions déjà anciennes, et n'a jamais été résolue. Serait-elle sur le point d'aboutir? De récents travaux permettent de l'espérer au grand profit de l'hygiène et en particulier de l'hygiène des milieux scolaires, dans lesquels cette affection s'observe si fréquemment et de la thérapeutique des dermatoses infantiles.

I

Le génie des dermatologistes a été fécond en interprétations pathogéniques de cette maladie qui, depuis les efforts de Villan, possède une individualité clinique. Ici, théorie de l'irritation s'exerçant sur les téguments; là, théorie diathésique en vertu de laquelle l'impétigo serait une manifestation de l'herpétisme, du lymphatisme, du scrofulisme et en conformité avec la doctrine humorale, servirait de signature cutanée à l'un ou à l'autre de ces « vices internes » que l'on invoque si volontiers : là, enfin, théorie exanthématique, ayant pour effet de l'apparenter avec les fièvres éruptives, théorie du reste assez caduque, puisque, malgré l'époque lointaine où elle a été primitivement formulée, elle attend toujours sa démonstration.

La première de ces théories serait en harmonie avec la doctrine pathogénique d'un germe extérieur implanté sur les téguments et de préférence sur les régions découvertes et librement exposées à la contagion. Déjà, en 1854, devançant les expériences contemporaines, Devergie avait noté la disposition topographique des plaques impétigineuses et leur lieu d'élection préféré, sur la face et les mains. En dépouillant un dossier de 254 observations, il constatait la répartition de l'éruption, 152 fois sur ces régions, 59 fois sur le tronc, et dans quelques cas seulement sur toute la surface cutanée. Cette prédilection de l'éruption pour les régions découvertes n'était-elle pas, par analogie avec le siège habituel des autres dermatoses parasitaires, un argument en faveur de la contagion de l'impétigo?

Puis, autre analogie empruntée encore à l'observation clinique : l'impétigo s'accompagne de prurit, et ces démangeaisons ne sont-elles pas comparables à celles de ces dermatoses dans lesquelles l'agent morbigène est inoculé par le grattage avec les ongles ou véhiculé sur les érosions de l'épiderme par les doigts chargés de produits morbides? Et cette prédilection de l'impétigo pour les régions ou les téguments sont délicats, aux yeux, aux oreilles ou aux ailes du nez? N'est-elle pas aussi, comme le montre M. M. Comby, un argument de présomption favorable à cette opinion?

Voici un autre argument emprunté, encore, à l'observation des maladies : Tilbury Fox, Kaposi, Durhing, Piffard, van Herlingen et Breynaert (de Dunkerque) ont enregistré le récit, dont l'authenticité ne saurait faire doute, d'épidémie impétigineuses de familles, de maisons, de pensionnats, dont, après eux, je rappelais la fréquence dans l'*Union médicale* du 15 octobre 1885, dans un article sur la *contagiosité et le parasitisme* de l'impétigo au point de vue *thérapeutique et prophylactique.*

Wœster Reach, en 1883, décrivait l'une de ces épidémies dont 50 personnes avaient été victimes. Tout dernièrement par un rapport au Conseil d'hygiène du département de la Seine, qui en approuvait les conclusions, M. Ollivier vient de plaider en faveur de cette doctrine par un ensemble de faits cliniques d'autant plus décisifs qu'ils sont d'observation vulgaire pour les médecins chargés de l'inspection des écoles publiques. On connaît le travail important de Zit (de Prague), établissant la contagiosité de l'impétigo dans une famille où il en avait noté 40 cas. Dans ceux qui ont été observés par M. Ollivier, il s'agit aussi d'écoliers fréquentant le même asile, où l'impétigo « avait fait tache d'huile, après son entrée dans chacune des familles. » Dans deux autres cas soigneusement suivis dans sa clientèle par notre distingué confrère M. Destrieux, la maladie s'était étendue plus loin et, franchissant la famille, avait été propagée à des enfants du voisinage, camarades de jeux des écoliers impétigineux.

On multiplierait aisément ces exemples. Au reste, à quoi bon insister sur des faits qui après tout n'ont pas le mérite de la nouveauté. Devergie, dont on ne saurait, dans l'espèce, assez rappeler les travaux, a signalé la contagion de l'impétigo de l'enfant à la mère ou réciproquement, la contagion de la femme au mari, ou bien encore la contagion « par le contact de bouche à bouche ». Depuis longtemps, M. J. Simon l'enseigne dans ses conférences, et van Herlingen a signalé, lui aussi, des épidermes impétigineuses. Henoch (de Berlin) ne rapporte-t-il pas aussi, dans son *Traité*

clinique des maladies des enfants, la contagion de cette jeune fille qui prit l'impétigo sur le visage, en portant son jeune frère, dont elle avait l'habitude de soutenir la tête avec la joue et le bras? Inutile de poursuivre cette enquête clinique, et, en forme de conclusion, formulons dès maintenant et, j'en conviens, sans grand effort, qu'en *premier lieu le traitement rationnel de l'impétigo peut et doit être prophylactique.*

II

Quelle en est la deuxième indication thérapeutique? Il faut la demander à la médecine expérimentale.

Les essais de Tilbury Fox, en 1864, et ceux de Taylor établissaient l'inoculabilité de l'impétigo; mais Tilbury Fox, on le sait, en admettait deux formes : l'impétigo contagieux et l'impétigo non-contagieux des scrofuleux. C'était une opinion de transition. dont la justification aurait pour conséquence pratique l'adoption d'une médication différente entre l'une ou l'autre de ces formes.

En prouvant l'auto-inoculabilité de l'impétigo, les essais décisifs entrepris par M. Vidal, dès 1876, ont mis fin à ces doutes. Avant cet habile expérimentateur, Rilliet et Barthez avaient reconnu que la sérosité de l'impétigo propage, disaient-ils, « la maladie aux parties de la peau sur lesquelles elle tombe. » Plus tard, en 1883, au Congrès de l'Association dermatologique américaine, Piffard, Hardaway et Graham proclamaient cette virulence. Enfin, dans un important mémoire inséré dans le n° 18 des *Archives de médecine et de pharmacie militaires* de l'année 1885, un médecin militaire distingué, M. Devewre, a fait connaître les résultats de recherches démonstratives sur la virulence de divers produits impétigineux.

Il concluait que dans l'ordre de leur virulence les produits du raclage des pustules viennent au premier rang, précédant le pus sous-crustacé, la poussière des croûtes et surtout le liquide des vésico-pustules. Et puis, ce n'est pas tout. M. Devewre a produit l'impétigo expérimental, en dirigeant sur des plaies vives un courant d'air chargé de la poussière des croûtes, imitant dans cette expérience le dispositif adopté dans les laboratoires pour la transmission par l'air des spores charbonneuses.

L'inoculabilité des produits impétigineux a, ce semble une autre valeur que celle de simples documents cliniques. C'est pourquoi, à mon avis, le thérapeutiste peut à bon droit formuler cette deuxième conclusion : le *traitement de l'impétigo doit être antivirulent.*

Il serait microbicide, si un heureux hasard expérimental mettait quelque jour les histologistes d'accord sur le signalement du parasite de cette affection. Loin de là : cet accord n'existe pas. Le microphyte étudié par M. Devewre diffère des spores et des tubes signalés par Kohn. Ceux-ci ne ressemblent guère aux baguettes et aux corps ovoïdes décrits par Piffard. D'autre part, même indécision sur l'ingénieuse conception dont M. Chaumier (de grand Pressigny) se faisait l'interprète, en 1884, au Congrès de l'Association française, à Blois; puisqu'aujourd'hui encore, on n'a pas fait la preuve de l'identité morphologique qu'il supposait entre les microcoques de la suppuration et les agents spécifiques de l'impétigo, du panaris et de la tourniole. Malgré cette objection, on ne saurait donc pas se soustraire aux deux indications énoncées, et, à l'heure actuelle, la thérapeutique de l'impétigo doit être à la fois préventive et hygiénique, curative et antiseptique.

III

Sa prophylaxie? Elle est d'*hygiène sociale;* elle est aussi d'*hygiène individuelle.*

Dans son rapport, approuvé par le Conseil d'hygiène du département de la Seine, M. Ollivier réclame l'éloignement hors des milieux scolaires, des impétigneux dont MM. Layet, Dubrisay et Yvon avaient aussi reconnu l'urgence et que les médecins inspecteurs d'écoles pratiquaient déjà depuis longtemps. M. Devewre réclamait leur isolement du milieu scolaire. Les observations de contagion entre personnes habitant le même foyer légitiment en effet cette mesure dans les familles. La prophylaxie sociale de l'impétigo, comme celle des autres dermatoses parasitaires, se résume donc dans un seul mot : l'isolement.

Pour ma part, depuis huit ans, j'en ai constaté l'influence sur la diminution de la morbidité impétigineuse. Dans deux écoles primaires, cette mesure a rendu l'impétigo de plus en plus rare, et dans une école maternelle, en 1880 et 1881, j'en observai six à huit cas à chaque visite bi-mensuelle : je n'en constatai plus qu'une moyenne *annuelle* de dix cas, pendant chacune des années 1886 et 1887. Cette atténuation de la maladie en fréquence a été obtenue sans réglementation spéciale et par l'application de l'arrêté préfectoral du 15 décembre 1883, en vertu duquel le médecin inspecteur des écoles publiques peut prescrire le renvoi de l'établissement de tout enfant atteint d'une affection contagieuse. A ce point de vue, on ne saurait donc nier l'utilité de compléter, comme le demande M. Ollivier, la nomenclature des maladies contagieuses dressée par Delpech dans laquelle l'impétigo ne figure pas et de prescrire l'exclusion temporaire des impétigineux hors du milieu scolaire.

Quelle en est la *prophylaxie individuelle?* A ce point de vue, l'adoption de la doctrine parasitaire ne diminue pas la valeur des prescriptions classiques sur le régime et l'hygiène des individus prédisposés à l'impétigo : ici, enfants débilités par la misère et dépourvus de soins, là, diathésiques en puissance de scrofulisme ou de lymphatisme. Quelles sont ces prescriptions? Les soins de propreté, les lotions fréquentes avec une eau savonneuse, la précaution d'exiger une ablution légèrement antiseptique des mains et du visage de l'enfant, chaque matin, dès son arrivée à l'école, la proscription dans la famille où il existe des impétigineux, de l'usage commun des ustensiles de toilette, et en particulier des peignes et des brosses pour les cheveux, enfin, l'habitude de couvrir les régions malades, tête et mains.

Le régime alimentaire présente aussi une importance sur laquelle, à coup sûr, il n'est pas besoin d'insister, lorsque, le plus souvent, il s'agit d'un enfant appartenant à des familles indigentes ou en puissance de misères physiques. N'est-il pas aujourd'hui, après les conquêtes modernes de la microbiologie, d'une vérité banale de répéter que le moyen d'augmenter la résistance de l'organisme est aussi celui de stériliser les terrains et de repousser l'agression du parasite.

Mais, habituellement, il faut en convenir à regret, le traitement prophylactique est négligé et l'invasion de l'agent pathogène se traduit par la poussée impétigineuse. Ici, l'*antisepsie médicale* devient une arme d'incontestable précision. De là, sans nul doute, les succès obtenus autrefois par ceux qui recommandaient les topiques au calomel, l'iodure de soufre, comme Serapio Escobar, la liqueur de

van Swieten, ou même, traitement plus douloureux et plus barbare, les cautérisations antiseptiques par la solution de nitrate d'argent ou la pommade au protonitrate de mercure, dont Rayer a donné la formule.

Aujourd'hui le thérapeutiste dispose d'agents parasiticides plus maniables : les acides phénique et borique, le cinabre, l'onguent mercuriel, dont la pratique de MM. E. Besnier, Vidal, Gaucher et d'autres démontre l'efficacité.

Quel est le manuel opératoire de ce traitement? En premier lieu, il faut préparer la voie aux antiseptiques. A cet effet, on assure la chûte des croûtes et on déterge les surfaces malades. En second lieu, on recouvre ces dernières du topique antiseptique que l'on renouvelle quotidiennement.

Les lotions boriquées ou phéniquées sont insuffisantes pour provoquer la chûte des croûtes. C'est pourquoi M. E. Besnier recommande de les recouvrir d'une compresse formée de huit à dix doubles de tarlatane et imbibée d'eau boriquée au cinquantième. M. Vidal préfère l'application de cataplasme d'amidon, et M. Gaucher les cataplasmes de fécule de pommes de terre, rendus aseptiques par l'addition d'eau boriquée.

L'usage des cataplasmes n'est pas sans inconvénients. Aussi pour éteindre la dermite et en même temps que favoriser la chute des croûtes, je lui substitue plus volontiers les compresses de tarlatane recouvertes d'une feuille de makintosch et imbibée, de la solution classique de fleurs de sureau, mélangée par parties égales avec l'eau boriquée au cinquantième, l'eau phéniquée à 5 pour 100 ou la solution de sublimé à 2 pour 1000.

Comme topique antiseptique M. Besnier recommande une pommade composée de 5 grammes d'onguent de Vigo, de 1 gramme d'acide borique et 30 grammes de vaseline. Etendue sur un linge fin, cette préparation est appliquée en forme d'emplâtre sur la surface malade et après la résolution de toute inflammation.

L'emplâtre rouge que M. E. Vidal, formule, contient 2 grammes et demi de minium et 1 gramme et demi de cinabre pour 20 grammes d'emplâtre de diachylon. Il l'applique en petits morceaux, renouvelle ces derniers quotidiennement, et fait précéder chaque pansement d'une lotion avec une solution d'alcool camphré ou d'eau de baryte.

C'est là encore la méthode des emplâtres. M. Gaucher lui préfère celle des onctions au moyen du glycérolé boriqué à 10 pour 100. L'efficacité de ce traitement est démontrée par les nombreux succès que cet observateur distingué en obtient dans le service de la Clinique des maladies des enfants. La vaseline boriquée officinale qui contient 4 grammes de substance active pour 30 grammes de véhicule, est plus recommandable encore, comme j'ai pu le constater, en raison de sa puissance antiseptique plus grande et de la continuité de son action.

Notons aussi dans les impétigos étendus ou généralisés, l'utilité des bains antiseptiques additionnés de 1 à 4 grammes de sublimé, et des lotions avec la liqueur de van Swieten, étendue de moitié d'eau tiède, que M. Bouchut recommandait déjà, à une époque où l'antisepsie n'avait pas encore prouvé sa puissance curative contre l'impétigo.

Ses victoires ne doivent pas cependant faire oublier les indications classiques du traitement général et l'urgence de modifier le terrain, c'est-à-dire l'organisme, à l'aide des divers médicaments eutrophiques, l'huile de foie de morue, les iodiques, les ferrugineux, les alcalins, les arsénicaux eux-mêmes, dont Biett, Rayer, Cazenave et d'autres, à leur exemple, éprouvèrent plus d'une fois les vertus dans les cas rebelles. Voilà, ce semble, une raison suffisante pour ne pas considérer le traitement antiseptique de l'impétigo comme un désarmement de la thérapeutique traditionnelle au profit exclusif de médications plus nouvelles!

Tout bien considéré, la fécondité clinique de la théorie parasitaire de l'impétigo contagieux est indéniable jusqu'à présent, sans doute elle n'a pu enrichir la botanique dermatologique d'un microphyle de plus : soit, c'est une lacune; mais cette lacune importe peu aux praticiens. Par contre, elle établit la thérapeutique et la prophylaxie de cette maladie sur des bases plus solides. Voilà, — n'est-ce pas? — ce qui nous importe beaucoup!

Ch. Éloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

Influence des excitations du cerveau sur les principales fonctions organiques, par M. François-Franck.

I. — Influence du cerveau sur la fonction respiratoire (1).

Malgré les recherches qui ont été publiées depuis 1875, la question de l'influence qu'exercent sur l'appareil respiratoire les excitations du cerveau, nous a paru mériter une étude nouvelle.

Pour certains expérimentateurs (Danilewsky, Ch. Richet), les excitations du cerveau produisent le ralentissement ou l'arrêt de la respiration; pour d'autres (Lépine, Bochefon-

(1) Mémoire communiqué à la Société de biologie dans la séance du 4 août 1888. Pour le détail des faits, discussions et expériences, voy. François-Franck, *Leçons sur les fonctions motrices du cerveau*, p. 126-160. O. Doin, 1887.

Technique des expériences.

1° L'*examen des mouvements extérieurs* de la respiration peut être facilement pratiqué à l'aide des divers pneumographes imaginés par Marey; la comparaison des mouvements des deux moitiés du thorax peut être faite avec l'un des modèles de pneumographe différentiel, avec celui de Toussaint et Colrat, par exemple; l'indication spéciale des mouvements du diaphragme sera fournie par les phrénographes de Rosenthal ou de Pflüger.

2° L'*exploration de la pression intrathoracique* est facile à pratiquer à l'aide d'un trocart ou d'une sonde pleurale ou au moyen de notre trépan costal; l'examen de la pression dans une veine cave ou dans l'œsophage fournit des indications semblables: dans tous les cas les variations de pression sont enregistrées.

3° L'*examen de la glotte* peut être fait par l'inspection directe des mouvements des cordes vocales, le larynx étant mis à decouvert et renversé en avant; mais on obtient des indications beaucoup plus précises en inscrivant à distance les changements de diamètre de l'orifice glottique au moyen d'une petite ampoule à air fixée entre les cordes vocales.

4° L'*état de contraction ou de resserrement des petites bronches* se révèle par divers procédés: les variations de la résistance du poumon à l'insufflation fournissent les indications les plus positives à cet égard: si les bronchioles se resserrent, le poumon résiste davantage à l'expansion produite par l'insufflation trachéale et l'augmentation inspiratoire du périmètre thoracique est moindre que dans l'état de relâchement bronchique; de même la pression pleurale ne subit pas une aussi importante variation positive. En combinant les deux explorations pneumogastrique et pleurale, on peut être assez exactement renseigné sur l'état des petites bronches qui a été jusqu'ici négligé.

5° L'*étude du courant d'air trachéal*, qui constitue la partie la plus intéressante de ces recherches parce qu'elle montre s'il y a ou non admission de l'air dans le poumon et avec quelle rapidité se fait cette admission, ne peut être poursuivie qu'à l'aide d'appareils indicateurs de vitesse, les appareils indicateurs de pression ne fournissant aucun renseignement sur l'existence ou sur l'absence du courant de l'air: le manomètre différentiel fondé sur le principe des tubes de Pitot et employé à d'autres usages par M. Marey, et, mieux encore, un dispositif analogue à celui de l'hémodromographe de Chauveau, permettent de déterminer s'il y a déplacement de la colonne d'air trachéale et avec quelles vitesses comparatives s'opèrent ces déplacements.

taine), c'est l'irrégularité et l'accélération des mouvements respiratoires qu'on observe. Les uns nient formellement la localisation corticale de centres respiratoires; d'autres, comme Christiani, Newell Martin et Booker, affirment l'existence de centres respiratoires affectés les uns à l'inspiration, les autres à l'expiration. On ne s'accorde donc ni sur le sens des réactions, ni sur la question de localisation. Quant à l'analyse des effets respiratoires produits par les excitations du cerveau, elle est encore à faire: ce n'est point analyser ces effets que de déterminer plus ou moins nettement des modifications dans le rythme des mouvements; il faut savoir, en outre, ce que devient l'amplitude de ces mouvements, s'ils s'exécutent en position inspiratrice ou expiratrice, quelles sont les variations de la pression pleurale, quels changement surviennent dans l'état de la glotte, quels effets subit le tissu contractile propre du poumon, dans quel sens se modifie le courant d'air dans la trachée: sur aucun de ces points, cependant si importants, les recherches antérieures ne nous renseignent. Enfin, personne ne s'est intéressé à la question des troubles respiratoires qui accompagnent les accès épileptiques, provoqués par les excitations du cerveau et n'a songé à établir les différences qui existent entre les réactions respiratoires simples et les réactions convulsives: souvent même ces deux ordres d'effets ont été confondus et c'est cette confusion qui est, en grande partie, la cause des divergences que nous signalions tout à l'heure.

§ 1er. — *Résultats fournis par l'exploration combinée des mouvements respiratoires, de la pression pleurale, de la résistance du tissu pulmonaire, de l'état de la glotte et de la vitesse de l'air dans la trachée.*

L'étude des modifications *simples, non épileptiques*, produites dans l'appareil respiratoire par les excitations de la zone motrice corticale, nous a conduit aux principales conclusions suivantes:

1° L'excitation de la zone motrice, quel que soit le point excité, provoquent, quand elle a une durée d'application et une intensité suffisantes, un certain nombre de modifications de la fonction respiratoire;

2° L'excitation des autres parties de l'écorce cérébrale ne produit de réactions respiratoires simples que quand elle diffuse jusqu'à la zone motrice;

3° Les effets respiratoires consistent en changements de *fréquence:* les mouvements s'accélèrent ou se ralentissent (très rarement s'arrêtent), sans qu'on puisse fixer un rapport entre le point d'application des excitations et le sens du changement produit; c'est surtout le degré d'intensité des excitations (ou le degré d'excitabilité cérébrale) qui parait influencer la fréquence des mouvements: aux plus fortes excitations correspond le ralentissement (ou l'arrêt, si par exception se produit ce phénomène d'inhibition), de sorte qu'il n'y a pas lieu de discuter l'existence de centres corticaux accélérateurs ou modérateurs des mouvements respiratoires;

4° Les effets respiratoires consistent aussi en changements d'*amplitude:* ces changements peuvent varier de rapport avec les modifications de la fréquence, une profondeur plus grande des mouvements s'observant soit avec l'accélération, soit avec le ralentissement; la réciproque se retrouve pour la diminution d'amplitude;

5° La position des parois thoraciques varie également: elles prennent souvent la position inspiratrice (thorax dilaté); dans ce cas, les mouvements respiratoires présentent une amplitude plus grande et l'aspiration pleurale moyenne s'exagère; souvent aussi, c'est l'attitude expiratrice qui se produit: l'amplitude des mouvements décroît alors et l'aspiration pleurale moyenne diminue: ces rapports sont indiqués dans la double courbe schématique ci-jointe (fig. 1);

6° Les bronches contractiles se resserrent énergiquement, comme en témoigne l'exagération de l'aspiration pleurale et la résistance plus grande du poumon à l'insufflation chez les animaux curarisés;

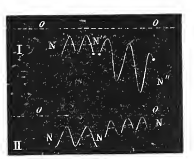


Fig. 1. — Courbes schématiques montrant le sens des variations de l'aspiration pleurale, suivant que les mouvements respiratoires augmentent ou diminuent d'amplitude.

Dans les deux types I et II, la ligne OO correspond au zéro de la pression pleurale; la ligne NN' indique la valeur de l'aspiration moyenne avec des mouvements respiratoires normaux d'amplitude inégale: dans la courbe supérieure (I) l'aspiration est moindre que dans la courbe inférieure (II) où les mouvements présentent une plus grande amplitude. Quand cette amplitude augmente (courbe I, ligne N'N"), l'aspiration moyenne s'exagère très notablement; quand l'amplitude diminue (courbe II, ligne N'N'"), l'aspiration thoracique diminue et la pression pleurale se rapproche de la ligne des zéros.

7° La glotte subit d'importantes variations en même temps que les mouvements respiratoires du thorax se modifient: elle s'élargit quand il y a tendance à l'état inspiratoire; elle se rétrécit dans les conditions inverses; dans tous les cas les changements que présente l'orifice glottique concordent avec le sens des modifications respiratoires et nous ne sommes point parvenu à provoquer, par exemple, le spasme glottique en même temps que les actes inspiratoires: la discordance qui s'observe souvent chez l'homme n'est point réalisable expérimentalement;

8° Il suit de là que nous n'admettons pas de centres corticaux spécialement en rapport avec les mouvements du larynx, question soulevée récemment par Krause (1883), Lannois (1883), Delavau (1885);

9° Nous n'admettons pas davantage de points spéciaux pour les mouvements respiratoires thoraco-abdominaux, la surface de la zone excitable du cerveau pouvant provoquer les changements indiqués.

Cette absence de localisation se retrouvera pour les autres fonctions organiques: la zone excitable, si évidemment subdivisible en territoires distincts au point de vue de la motricité volontaire, se comporte comme une surface sensible, sans attributions dissociables, par rapport aux fonctions organiques. Il est dès lors à peine nécessaire d'ajouter que les ablations corticales (sans lésions irritatives compliquant les effets), ne modifient en rien les fonctions par rapport auxquelles elles ne jouent nullement le rôle de centres.

§ 2. — *Modifications de la respiration dans les accès épileptiques produits par les excitations corticales.*

L'analyse des troubles apportés à la fonction respiratoire par les accès épileptiques a été tout aussi incomplètement faite que celle des modifications simples de la respiration produites par les excitations non épileptogènes du cerveau. Aussi nous sommes-nous attaché, avec autant de soin, à l'examen de ces perturbations respiratoires, convaincu qu'elles ont une grande importance dans l'évolution des accès convulsifs et dans les troubles circulatoires qui accompagnent les convulsions.

Nous exposerons le résultat de nos recherches en indiquant successivement l'état de la respiration: 1° dans les

accès partiels; 2° dans la période tonique des accès généralisés; 3° dans la période clonique de ces mêmes accès; nous y joindrons: 4° l'examen de l'état de la glotte et du courant d'air trachéal dans ces différents cas.

1° *Troubles respiratoires dans les accès partiels.* — La respiration ne se suspend jamais, même pendant la phase tonique de l'accès *localisé:* elle devient, au contraire, plus fréquente et augmente d'amplitude; malgré cette exagération dans la profondeur des mouvements, la pression intra-thoracique s'élève notablement, et le thorax se met en position expiratrice.

2° *Troubles respiratoires pendant la phase tonique des accès généralisés.* — Les parois thoraco-abdominales participent à la contracture générale pendant la phase tonique des grands accès: l'immobilité et la rigidité des parois, de même que la clôture de la glotte rendent inefficaces les mouvements rythmiques du diaphragme, qui peuvent persister encore; la conséquence immédiate de cette suspension de la respiration, avec effort soutenu et violente contracture musculaire générale, est nécessairement l'état asphyxique du sang; cette modification devient, à son tour, le point de départ de troubles cardiaques (ralentissement) et vaso-moteurs (spasme vasculaire).

On voit parfois, cependant, les parois thoraco-abdominales, agitées de contractions spasmodiques, alors que le tétanos des membres est absolu: cette différence entre la forme des convulsions des membres et celle de l'appareil respiratoire introduit une différence notable dans les réactions circulatoires accompagnant la phase tonique des grands accès et explique certaines exceptions apparentes à la formule des troubles cardiaques que nous avons énoncée.

3° *Troubles respiratoires dans les accès cloniques.* — Dans les accès cloniques ou pendant la période clonique des accès complets, les parois du thorax et de l'abdomen participent aux secousses générales; la respiration, entrecoupée, irrégulière et bruyante, persiste cependant à un degré suffisant pour que l'asphyxie ne se produise pas.

Il arrive toutefois, par exception, que pendant que les membres sont agités de secousses convulsives, les muscles de l'appareil respiratoire sont atteints de tétanos: dans cet état de contracture, la respiration est nécessairement suspendue.

4° *Etat des muscles laryngés pendant les périodes tonique et clonique des accès généralisés.* — *a.* Le larynx ne subit, pendant les accès partiels, que des troubles peu accusés, concordant toujours, du reste, avec ceux des muscles respiratoires: les lèvres de la glotte s'écartent et se rapprochent alternativement avec la même rapidité que présentent les mouvements d'inspiration et d'expiration; jamais l'occlusion glottique n'est complète: l'examen du courant d'air trachéal montre, en effet, qu'il continue à se produire des va-et-vient de la colonne d'air, impliquant un passage suffisant par le larynx.

b. Dans la phase tonique des accès généralisés, l'occlusion glottique est complète; le courant d'air trachéal est nul à ce moment. Il se produit dans le larynx une contracture musculaire identique à celle que présentent les muscles des autres parties de l'appareil respiratoire.

c. Dans la phase clonique, les lèvres de la glotte se relâchent et se rapprochent, sous l'influence de décharges nerveuses agissant alternativement sur les crico-arythénoïdiens latéraux et postérieurs; ces mouvements alternent avec la même rapidité que les secousses dont les muscles thoraciques sont animés: l'examen graphique comparatif montre le synchronisme des secousses de part et d'autre.

François-Franck.

(*A suivre.*)

Pathologie générale.

La première enfance envisagée comme milieu organique dans ses rapports avec la tuberculose (Communication faite au Congrès pour l'étude de la tuberculose, dans la séance du 30 juillet 1888), par M. le docteur L. Landouzy, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

(Fin. — Voyez le n° 31.)

L'intérêt de la constatation de l'aptitude déplorable de la première enfance à prendre la tuberculose nous paraît considérable; il est d'ordre scientifique et d'ordre pratique.

D'ordre scientifique, parce que le nouveau-né, aux prises avec le bacille, offre ce grand avantage d'être une terre vierge n'ayant eu le plus souvent à cultiver aucun autre élément pathogène, qui ait pu, soit par lui-même, soit par ses résidus, changer la manière de se comporter du malade vis-à-vis de la maladie. On n'en pourrait certes dire autant de la seconde enfance, qui, avant d'être contaminée par la tuberculose, a eu si souvent à compter avec d'autres maladies infectieuses : variole, rougeole, vaccine, scarlatine, diphthérie, varicelle, coqueluche, typhoïdette, etc., etc.

Envisagé comme milieu organique, le nouveau-né bacillisable ou bacillisé devient un sujet d'étude sans analogue, puisqu'il permet d'éliminer « toutes les autres influences capables d'agir parallèlement à celles du milieu particulier constitué par son terrain ». Le bébé, indemne de toute maladie, soumis à des conditions d'alimentation spéciale (allaitement naturel ou artificiel), représente un bouillon de culture dont le bacille de Koch devient le premier ensemencement.

Dès lors, l'observation du médecin a chances de se faire dans des conditions de quasi-simplicité auxquelles elle est peu habituée; le problème se trouve simplifié d'autant, et les choses se rapprochent singulièrement d'une expérimentation, puisque, pour un bébé de quelques semaines nourri au sein, il s'agit d'une terre vierge dans laquelle tombe pour la première fois une graine connue.

On comprend, que, dans ces conditions et envisagée par ce côté philosophique, l'étude de la tuberculose du premier âge n'intéresse pas seulement la pédiatrie, mais doive fournir de précieux enseignements à l'histoire de la bacillose humaine en général.

Pour considérable que soit ce point de vue scientifique, l'intérêt *pratique* de l'étude de la tuberculose du premier âge n'est pas moindre. La bacillose apparaissant chez le bébé au milieu de conditions infiniment moins complexes que chez l'enfant et l'adulte, le problème se simplifie.

Dès lors le médecin curieux de pathogénie autant que de prophylaxie a, d'abord, plus de chances de voir ses enquêtes aboutir et ses efforts réussir, ensuite, plus de moyens d'arriver à faire équitable la part qui revient, dans la contagion, à l'hérédité et à l'alimentation.

Considérable vraiment semble être le rôle de l'alimentation lactée artificielle dans l'infection de nos bébés, quand, d'une part, on songe aux expériences de Cornil sur la facilité de contagion de la tuberculose par les muqueuses, quand, d'autre part, on apprend que l'intestin grêle, les ganglions mésentériques, le foie et la rate de bon nombre de nos autopsiés portent le granule tuberculeux.

Au reste, ce mode pathogénique n'est pas fait pour nous surprendre quand on sait (chaque jour, à la consultation de la crèche de notre hôpital, nous appelons l'attention des élèves sur les mélanges les plus invraisemblables qui servent à la confection d'un biberon) comment est compris l'élevage et l'allaitement artificiel du nouveau-né, quand on sait que le lait est donné sans discernement non bouilli ou bouilli, le plus souvent non bouilli! Quand nous constatons la fréquence déplorable de la bacillose humaine du premier âge et que nous lui opposons la rareté partout

affirmée de la bacillose chez le veau et chez nombre des petits des animaux bacilliphiles, nous ne pouvons nous empêcher de nous demander, si cette différence, toute à l'avantage de l'animal, ne tient pas principalement, d'une part, à ce que l'allaitement artificiel tend à remplacer l'allaitement naturel, d'autre part, à ce que, trop souvent, l'élevage est plus mal compris pour le nouveau-né de l'homme que pour le produit des animaux domestiques?

Il est incontestable, que de ce côté, s'ouvre une des plus larges portes pour la contagion, il est incontestable aussi que, de ce côté, beaucoup de choses sont faisables, qui, sur sur un de ses terrains préférés, pourraient empêcher l'infection tuberculeuse!

On ne nous contredira pas quand nous affirmerons, que si l'on se décide enfin à mettre en œuvre des moyens prophylactiques visant spécialement l'alimentation, nulle catégorie de sujets n'est mieux indiquée que la première enfance, puisque la nature de son alimentation d'une part, et les moyens de la faire prendre d'autre part, rendent véritablement possible et pratique l'emploi de ces moyens. Ce qui est complexe et difficile pour l'enfant et l'adulte devient relativement simple et facile pour le bébé dont le lait, même au cas où il aurait été puisé à une source suspecte, peut, après ébullition, être donné sans danger.

Il faut, partout et par tous les moyens, proclamer, que par la prophylaxie alimentaire peut, pour une très forte part, se réduire la bacillose des nouveau-nés; pourtant il ne faut pas laisser croire que la tuberculose cessera de faire commerce avec les bébés du jour où toutes les précautions alimentaires auront été requises et observées. Il y aurait dans cette croyance une erreur qui irait à l'encontre de nos efforts et qui tendrait même à jeter le discrédit sur la prophylaxie alimentaire, puisque, en dépit de l'allaitement aseptiquement appliqué, on s'apercevrait que la tuberculose fait encore des ravages parmi les nouveau-nés, élevés au biberon avec un lait irréprochable, ou même exclusivement élevés au sein par d'excellentes nourrices.

Il faut que l'on sache que la clinique, l'anatomie pathologique (certaines de nos autopsies ne présentaient aucune lésion du tube digestif) et certaines enquêtes pathogéniques nous obligent, en fait de portes, d'entrée de la tuberculose, à compter avec d'autres contaminations que la contamination digestive. Sans parler de la contamination tégumentaire et respiratoire, il se présente, dans la pratique humaine, tels cas — nous reviendrons sur ces faits dans une note sur l'hérédité tuberculeuse paternelle — où la pathogénie d'hérédité s'impose, l'hérédité devant être comprise non plus dans le sens ancien, c'est-à-dire dans le sens de simple opportunité bacillaire transmise par les générateurs aux engendrés, mais dans le sens actuel, à savoir dans le sens d'une *contagion héréditaire*. L'enfant, comme nous l'avons dit ailleurs, ne serait plus seulement bacillisable, il naîtrait bel et bien bacillisé, recevant des parents la graine avec le terrain; le germe tuberculeux, dès la période conceptionnelle, ayant, soit, *maternellement*, contagionné l'ovule de sa déhiscence ovarienne à son enclavement utérin, c'est-à-dire avant l'enlacement placentaire, soit *paternellement* infesté l'ovule dès sa rencontre avec le spermatozoïde.

Maintes observations cliniques, certains faits incontestables de bacillose congénitale tendent à faire admettre la réalité de l'hérédo-tuberculose, c'est-à-dire l'hérédité de contagion, le générateur bacillifère procréant non pas seulement un être bacillisable mais un être *conceptionnellement* bacillisé, comme naissent syphilisés les fils de syphilitiques.

Ce ne sont pas seulement les faits de tuberculose précoce (tuberculose éclose quelques jours, un mois, six semaines après la naissance) chez les bébés nourris exclusivement au sein, qui forçant à songer à l'hérédité comme source de contagion, imposent de ne pas tomber dans l'exagération qui consisterait à toujours incriminer exclusivement les ingesta et les circumfusa comme sources d'infection; ce sont d'autres faits qui ont, de tous temps, ému non seulement les cliniciens mais encore le populaire.

Nous visons ici ces faits si singuliers de tuberculose familiale, dans lesquels, on voit, par exemple, la tuberculose faire, tout à coup, apparition au milieu d'une nombreuse famille, frappant, successivement et parfois après de longs intermèdes, l'un après l'autre, au même âge, le troisième avant-dernier, l'avant-dernier, puis le plus jeune des enfants, ou inversement, respectant absolument les aînés, quoique, tout, depuis l'élevage jusqu'aux ingesta, aux circumfusa, à l'habitat, aux maladies et aux indispositions, ait été commun à chacun des membres de la famille!

L'analyse affinée de ces tuberculoses familiales montre, que, en dépit des apparences qui laisseraient d'abord supposer que tout a été réellement commun et semblable pour chacun des membres de la famille, ascendants ou descendants, une chose, à un moment donné, a cessé d'être commune à tous les enfants. Soit la paternité, soit la maternité, qui *civilement*, sont restées une et identique pour toute la descendance, sont *pathologiquement* devenues doubles et dissemblables. La tuberculose inopinément est apparue chez un des générateurs; de ce chef, les enfants, pour relever tous d'un seul et même état civil, n'en sont pas moins sortis les uns et les autres de générateurs différents. De ce chef, parmi les nombreux enfants nés d'un seul père et d'une même mère, il s'en trouve qui ressortissent à deux hérédités différentes : il y a les enfants qu'on peut dire nés d'un premier et d'un second lit, les enfants d'avant et les enfants d'après la tuberculose paternelle ou maternelle; l'hérédo-contagion qui n'en pouvait mais sur les premiers nés s'attaquant seulement aux derniers venus.

Ces faits dont nos maîtres ont, comme nous, enregistré des exemples sont à revendiquer exclusivement à l'appui de l'hérédité de contage et non à l'appui de l'hérédité de terrain, car si on voulait y voir la conséquence d'une simple contagion résultant de ce que le germe tuberculeux était tombé sur des terrains tous bacilliphiles, en vertu d'une communauté d'origine, on ne comprendrait guère pourquoi cette facilité à prendre la tuberculose par contagion est apparue chez les seconds, a manqué chez les premiers, alors que ceux-ci justement avaient été conçus précisément à une époque où les générateurs ne frayaient pas avec la tuberculose. Il y a même dans la fréquence relative de l'hérédo-tuberculose chez l'homme comparée à la rareté de l'hérédo-tuberculose chez les animaux domestiques la raison autant qu'une nouvelle preuve de l'hérédité de contagion.

La fréquence relative de l'hérédo-contagion dans le cas de l'homme, sa rareté chez les animaux, n'est pas pour étonner quiconque réfléchit à ce fait, que maintes préoccupations de sélection, dont on sait les raisons, ont toujours hanté les éleveurs alors que, malheureusement, elles n'entrent guère en ligne de compte dans les appétits ou dans les intérêts qui mènent les amours humaines! Si nous avions à nous étendre sur ce point, nous démontrerions sans peine qu'ici, comme pour l'élevage et l'allaitement des nouveau-nés, les choses sont tout à l'avantage des animaux, et que pour ce qui est de l'hérédo-contagion l'espèce humaine paye à elle toute seule un plus lourd tribut que toutes les espèces animales domestiques réunies.

Ce sont là toutes questions d'une portée énorme et dont il était indiqué d'esquisser au moins l'étude à propos des nouveau-nés envisagés comme terrain propice au développement du germe tuberculeux *d'où qu'il vienne*.

Notre affirmation de la *fréquence de la tuberculose chez les nouveau-nés* repose sur les observations recueillies par nous à la crèche de l'hôpital Tenon où cinquante nécro-

psies de la tuberculose avérée nous ont montré, depuis bientôt cinq ans, que dans le milieu spécial où nous observons, sur trois décès de bébés autopsiés, de quelques semaines à deux ans, un était dû à la bacillose.

Ce qui se passe à la crèche de Tenon semble être presque identiquement constaté dans d'autres services analogues des hôpitaux, c'est au moins l'opinion de nos maîtres les professeurs Hayem et Damaschino, opinion basée sur les faits par eux observés à Saint-Antoine et à l'hôpital Laennec.

Etant donné le taux toujours élevé de la mortalité générale dans nos crèches, on devine ce que peut représenter la mortalité annuelle parisienne par tuberculose infantile, puisqu'une statistique rigoureuse nous montre, que sur un théâtre d'observations toujours le même, le tiers de la léthalité infantile nécroscopiquement étudiée, rigoureusement établie, est accaparée par la tuberculose!

Comme nous avons eu soin de le répéter ailleurs, comme il n'est que juste de le proclamer encore pour ne pas laisser suspecter nos milieux hospitaliers, il s'agit, dans toutes nos observations, de tuberculose en évolution quand les enfants sont apportés à nos crèches. Nous proclamons bien haut que nos petits malades entrent dans nos crèches avec leur tuberculose et n'y contractent pas la tuberculose ; ils viennent d'ordinaire finir et non gagner une maladie dont ils ont pris le germe ailleurs.

La contagion, qu'on le sache bien, est familiale et non nosocomiale. C'est là un point que nous ne saurions trop spécifier pour qu'on ne s'imagine pas que nos crèches sont des foyers de tuberculose ; chez nous les enfants entrent tuberculeux (apparents ou latents) comme chez nous ils entrent rubéoliques ou athrepsiques, et c'est ailleurs que dans leur hospitalisation qu'il faut aller chercher la cause et la raison de la fréquence de leur maladie.

La conclusion à tirer de nos faits cliniques et anatomo-pathologiques ainsi que des remarques dont nous avons cru devoir les accompagner, c'est que l'hygiène, par des instructions et des mesures de prophylaxie alimentaire, peut, pour une forte part, diminuer un mal dont nous ne connaissions pas toute l'étendue. C'est à l'hygiène d'édicter des lois et des règles pour l'élevage et l'allaitement des enfants; cela fait, il nous restera encore à compter avec l'hérédo-tuberculose dont la prophylaxie pour impossible qu'elle paraisse ne saurait être délaissée. En face de la contagion héréditaire la médecine ne doit pas désarmer; en attendant qu'elle sache guérir la tuberculose conceptionnelle, elle doit la prévenir. Il est du devoir de la médecine de parler de prophylaxie d'hérédo-tuberculose humaine, puisque les vétérinaires ont su réaliser la prophylaxie de l'hérédo-tuberculose animale! Cette prophylaxie, nos petits-neveux la connaîtront peut-être, le jour où instruits par la médecine, ils songeront, à la veille de fonder une famille, à s'inspirer des préoccupations de sélection, qui, présidant aux seules procréations animales n'ont, malheureusement, rien à voir aujourd'hui dans les unions humaines, alors que pourtant, de ces unions viriles ou maladives, doivent sortir des générations saines ou viciées qui feront demain les peuples forts ou dégénérés!

A propos d'autres vices héréditaires, à propos de la syphilis, à propos de l'alcoolisme, le cri d'alarme a été poussé déjà et le danger qui nous menace dans notre descendance n'est que trop réel. La question de l'hérédo-tuberculose, à notre sens, n'est pas moins grave : de ce côté le péril n'est pas moins grand, si la médecine dit vrai quand elle affirme, que parmi les sources d'infection bacillaire, la contagion héréditaire détient une des places importantes: si, comme nous l'ont appris la sagesse des nations et la pathologie ancienne, une des principales causes de la phtisie est l'hérédité.

Au reste, quelle que soit la part réclamée par l'hérédité dans la genèse de la bacillose infantile, un fait fondamental reste acquis, cette vérité méconnue, que la tuberculose s'attaquant aux sources mêmes de la vie humaine, semble prélever sur la mortalité du jeune âge le plus lourd tribut dans notre pays déjà amoindri par la faiblesse de sa natalité.

Caveant consules.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 AOUT 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Aucune note touchant aux sciences médicales n'a été présentée dans cette séance.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 AOUT 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. *Polaillon* présente un mémoire manuscrit de M. le docteur *J. Bœckel* (de Strasbourg) sur *quelques cas de résection du genou guéris sans drainage sous le seul pansement opératoire.*

M. le docteur *Gibier* lit deux notes sur un *nouveau mode de culture des microbes sur plaques* et sur un *appareil à inhalations bronchiques par aspirations nasales.*

INFLAMMATIONS PSEUDO-MEMBRANEUSES ET ULCÉREUSES DE L'INTESTIN. — Le but de la communication que fait M. *Cornil* sous le titre qui précède est de montrer le lien qui existe entre les diverses lésions anatomiques suivantes: inflammation intense, pseudo-membrane superficielle, mortification des cellules de la surface de la muqueuse, infiltration profonde du chorion, mortification profonde, par îlots, du chorion muqueux enflammé, et enfin ulcérations. D'une série de recherches faites dans des maladies des animaux caractérisées par cette suite de lésions, il conclut à la confirmation de cette loi que l'entérite pseudo-membraneuse et ulcéreuse ouvre la porte à une foule de bactéries qui entrent dans les vaisseaux et les ganglions; les bactéries sortent de l'intestin par cette voie qui laisse passer non seulement les microbes spéciaux à la maladie primitive qui a été la cause des lésions intestinales, mais aussi ceux d'espèces variées qui pullulent sur la muqueuse de l'intestin. Ce n'est pas la lésion anatomique qui différencie la maladie, mais bien la nature du micro-organisme qui en est la cause.

Des micro-organismes différents, appartenant chacun d'eux à une maladie virulente déterminée, peuvent produire sur l'intestin grêle et le gros intestin des lésions plus ou moins intenses de l'inflammation aiguë ou chronique. Ces lésions évoluent dans un ordre donné, en partant de la surface de l'intestin, où l'on observe d'abord la congestion, les pseudo-membranes superficielles, les altérations de sécrétion des glandes de Lieberkuhn, puis l'infiltration de toute la muqueuse, la tuméfaction des follicules clos. La nécrose cellulaire partie aussi de la surface, envahit progressivement les couches profondes, les glandes en tubes, les follicules clos qui présentent des fissures à leur centre; des ulcérations plus ou moins étendues surviennent ensuite au milieu de la muqueuse très épaissie par l'inflammation. Ces ulcères sont aussi, tant que dure l'acuité de la maladie, tapissés par une fausse membrane fibrineuse et nécrosique. La répartition des micro-organismes y est telle qu'une quantité colossale des microbes du mucus intestinal infiltrent les parties pseudo-membraneuses et nécrosiques de la surface de l'intestin; les microbes spéciaux de la maladie s'y trouvent aussi, mais ils sont relativement plus

nombreux dans les couches profondes et dans les ganglions lymphatiques. La voie ouverte par l'inflammation et l'ulcération de l'intestin fait progresser dans les voies lymphatiques intestinales, dans les ganglions, dans le péritoine et jusqu'à la surface de cette membrane, non seulement les microbes spéciaux ou les virus déterminés d'une maladie, mais aussi les micro-organismes qui existent à l'état normal dans le mucus intestinal.

Température du spray. — D'après M. le docteur *Nicaise*, la température du spray va toujours en s'abaissant à mesure qu'on s'éloigne du bec du pulvérisateur; l'abaissement est d'abord très rapide, il est de 17 degrés à 10 centimètres du bec, puis il devient beaucoup plus lent et n'est plus que de 5 degrés entre 21 et 40 centimètres. Cet abaissement de température varie avec la température de l'air ambiant; mais entre deux points dont la distance au bec ne varie pas, l'abaissement est toujours à peu près le même, malgré les différences de la température ambiante. De plus, à partir de 50 centimètres du bec, la température du nuage du pulvérisateur de Siegle tend à se mettre au même degré que la température de la chambre. A une distance fixe du bec, la température du spray varie peu, de 1 degré et demi, pendant la durée du fonctionnement de l'appareil. Quant à la température du nuage de vapeur seule, sans mélange de liquide pulvérisé, elle est au-dessus de celle du nuage de pulvérisation pour une même distance du bec. Enfin, la température du liquide à pulvériser n'a pas d'influence sensible sur la température du nuage de pulvérisation. Ces données ont leur application directe dans le traitement par la pulvérisation des maladies des cavités muqueuses, dans le traitement des plaies par le même moyen et dans l'emploi du spray pendant les opérations chirurgicales. — (Le mémoire de M. le docteur Nicaise est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Gariel*, *Polaillon* et *Verneuil*.)

Action des médicaments a distance chez les hypnotiques. — M. *Luys* vient très vivement combattre les conclusions du rapport que M. Dujardin-Beaumetz a lu, au nom d'une Commission spéciale, le 6 mars 1888, sur les expériences qu'il a entreprises concernant la sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme. Il se plaint tout d'abord que la Commission ait dirigé la seconde partie de ses investigations « d'une façon antiphysiologique et qu'en voulant faire trop de lumière elle n'ait abouti qu'à produire l'obscurité et l'incertitude dans les résultats des opérations ». On se rappelle en effet que la Commission, laissant tout d'abord M. Luys reproduire lui-même les phénomènes qu'il déclarait avoir observés, se prit à douter de la sincérité du sujet mis en expérience et, ayant pris des précautions pour que personne ne connût le contenu des tubes placés à distance du sujet hypnotisé, les actions médicamenteuses annoncées ne se reproduisirent plus. M. Luys s'étonne qu'en exprimant des craintes à l'égard du caprice, de la fantaisie, du souvenir de ce sujet, elle n'ait pas redouté de paraître suspecter la bonne foi de l'expérimentateur qu'elle ne mettait cependant pas un instant en doute. Cependant les procès-verbaux des séances montrent que, malgré la hâte excessive avec laquelle les travaux de la Commission ont été effectués, les effets constatés sont de ceux qui dénotent une action réelle des médicaments essayés à distance. Sans doute quelques-uns de ces effets sont insolites, mais dans une question aussi nerveuse et aussi complexe, il faut tenir grand compte des difficultés des recherches. En résumé, ou bien les phénomènes somatiques dont la Commission a été témoin (convulsions, gonflement du corps thyroïde, rétrécissement des pupilles, turgescence de la face, cornage, etc.), sont réels ou ils sont faux. S'ils sont réels, pourquoi la Commission n'en a-t-elle pas tenu compte et ne les a-t-elle pas portés à l'actif de M. Luys dans le rapport et pourquoi ne les a-t-elle pas enregistrés comme des réalités démontrées? S'ils sont faux, pourquoi les a-t-elle enregistrés dans les procès-verbaux et légalisés par les signatures de ses membres? Il lui paraît qu'elle a nié l'évidence des faits acquis et qu'elle a, au point de vue de la médecine légale en particulier, encouru une grave responsabilité, car les critiques de la Commission ne tarderont pas à être démenties.

Le sujet mis en expérience par M. Luys, fait observer M. *Dujardin-Beaumetz*, est une hystérique, et à ce titre il y avait lieu, pour se mettre en garde contre toute simulation de sa part, de choisir des tubes qui ne fussent pas connus d'elle. Il ne pouvait convenir, par exemple, à la Commission d'admettre qu'il existait des médicaments capables de faire chanter l'air de la *Mascotte* à une telle malade et M. Luys devrait lui savoir gré d'avoir montré une si légitime sévérité dans les recherches de contrôle qu'elle avait mission de faire. Les faits qu'elle a observés peuvent être obtenus à l'aide de n'importe quels moyens dans de telles circonstances; la Commission était donc en droit de déclarer, comme elle l'a fait, que les effets produits dépendaient plus du caprice, de la fantaisie et du souvenir du sujet que des substances médicamenteuses renfermées dans les tubes.

M. *Brouardel* confirme ces déclarations; il rappelle combien il est grave, au point de vue médico-légal, d'avancer des faits aussi singuliers sans en avoir victorieusement prouvé la certitude. On n'a pas manqué de s'en servir à plusieurs reprises pour chercher à égarer la justice. Il y avait donc lieu de les vérifier. Or la Commission a nettement constaté que, lorsque toute cause de simulation était écartée avec soin, l'action des médicaments à distance n'est plus en rapport avec la nature des substances employées.

M. *Le Roy de Méricourt* demande à M. Luys si c'est le véhicule de la substance ou la substance elle-même, qui produit les effets qu'il dit observer, puisque l'eau seule renfermée dans un tube détermine comme une sorte d'hydrophobie, et, dans le cas où quelques centimètres d'alcool placés près de la face produisent l'ivresse, que fait une grande quantité de ce liquide? M. *Gariel* fait, de son côté, observer que les recherches de la Commission dont il a fait partie ont toujours été scrupuleusement faites sur les indications fournies par M. Luys, notamment en ce qui concerne les doses employées et la durée des épreuves. M. *Féréol* demande enfin à son collègue quelques explications sur une expérience de contracture qu'il ferait fréquemment dans son service et dont les résultats lui semblent douteux, car elle s'est produite récemment dans des conditions toutes différentes de celles qui avaient été indiquées.

Les déclarations qu'il vient de faire dans sa réponse au rapport de la Commission sont maintenues par M. *Luys*: des agents médicamenteux différents, placés à distance des tubes, produisent, suivant lui, des effets différents et ces effets sont en rapport avec les doses employées.

REVUE DES CONGRÈS

Le Congrès pour l'étude de la tuberculose réuni à Paris du 25 au 31 juillet 1888.

Quatre questions principales devaient être soumises au Congrès pour l'étude de la tuberculose, ainsi que le spécifiait le règlement et que l'a rappelé M. Chauveau dans son discours présidentiel (voy. p. 467) : 1° des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux, moyens de les prévenir; 2° des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au

point de vue de leur aptitude à la tuberculose; 3° des voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie, mesures prophylactiques; 4° du diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. Il y faut ajouter l'exposé des divers modes des traitement de la tuberculose, en attendant qu'il ait pu en être trouvé un complètement efficace; et il y a également lieu de faire observer que la pathogénie et les procédés de recherches expérimentales pour l'étude de cette affection étaient implicitement contenus dans les questions posées. Le programme de la réunion était, on le voit, singulièrement chargé; aussi la première question a-t-elle seule donné lieu à des discussions suffisamment approfondies; pour les autres, il a été apporté un nombre considérable de matériaux qui ne manqueront assurément pas d'être utilisés avec profit. Peut-être l'ordre dans lequel les discussions du Congrès ont été poursuivies aurait-il demandé à être modifié; on pouvait penser qu'il était plus logique de commencer par les communications relatives à l'étude du virus tuberculeux et de ses voies d'introduction et de propagation dans l'économie, au lieu de débuter par l'examen des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux. C'est cet ordre, plus rationnel, qui a d'ailleurs été suivi à la séance d'ouverture, pour les mémoires de MM. Cornil et Nocard; c'est aussi celui que nous croyons devoir suivre dans ce rapide compte rendu analytique.

Anatomie pathologique. — M. *Solles* (de Bordeaux), en pratiquant une culture de tuberculose provenant d'un poumon humain, y a constaté un micro-organisme, rappelant par ses apparences le bacille de Koch, mais qui en diffère par beaucoup de ses réactions; le liquide de culture, inoculé au lapin, amène une mort très rapide; les caractères de l'infection sont ceux d'une sorte de scepticémie associée à la tuberculose.

De son côté, M. *Babès* (de Bucharest) a constaté que, dans certaines maladies, et surtout dans des affections localisées, telles que des arthrites ou ostéites tuberculeuses, il existe une association intime entre les microbes spécifiques de la tuberculose et d'autres microbes. Ce sont les lésions tuberculeuses qui ouvrent la porte à l'entrée d'autres bactéries qui restent distinctes du bacille de Koch ou bien forment avec lui des produits spéciaux; dans ces cas-là, ce microbe composé se trouve plus ou moins lié aux produits tuberculeux. Le fait est fréquent surtout chez l'enfant, où la tuberculose latente, encapsulée dans les ganglions, devient souvent active sous l'influence d'autres microbes qui ont une relation évidente avec ceux de la tuberculose.

La question des pseudo-tuberculoses n'est, d'autre part, pas nouvelle; elle se présente fréquemment. MM. *Cornil* et *Toupet* en ont signalé deux nouveaux cas, l'un chez un homme, l'autre sur une antilope examinée au Jardin d'acclimatation de Paris.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une petite tumeur développée au niveau du doigt à la suite d'une blessure par écaille d'huître; elle était de tissu fibreux, contenant des follicules et des cellules géantes, et ne renfermait pas de bacilles; mais un examen plus approfondi permit de découvrir, au centre des follicules, de petits fragments d'écaille d'huître.

Dans un second fait, ayant trait à une antilope morte d'une affection chronique, l'intestin présentait les lésions de la tuberculose ordinaire, macroscopiquement et microscopiquement. Mais, au lieu du bacille de Koch, on découvrit une petite bactérie ovoïde se colorant par la méthode de Weigert. Au point de vue anatomique pur, le diagnostic de la tuberculose vraie devient donc difficile; cependant on parviendra peut-être à l'établir, en étudiant plus attentivement le mode de dégénérescence des cellules qui se trouvent au centre des nodules.

Inoculation tuberculeuse par la voie cutanée; tubercule anatomique. — M. *de Tscherning* (de Copenhague), qui a déjà, en 1885, fait connaître une observation de tuberculose locale par inoculation directe au moyen des fragments du verre d'un crachoir de phthisique, en cite une nouvelle dans laquelle il s'agit d'un vétérinaire qui se blessa en pratiquant l'autopsie d'une vache tuberculeuse. Dans le premier cas, les ganglions lymphatiques et l'aisselle avaient été pris, tandis qu'ils ont été respectés dans le second. A l'examen bactériologique, on constata des bacilles de Koch dans les deux cas. En 1882, M. *Tokomian* (de Scutari) se blessa en faisant une autopsie de tuberculeux; trois à quatre jours après, il se produisit dans la région lésée une tuméfaction douloureuse qui aboutit à la formation d'un abcès. Les accidents disparurent. M. *Verneuil* a été autrefois, en même temps que M. Maisonneuve et dans les mêmes circonstances, atteint de tuberculose anatomique; ni l'un ni l'autre n'ont été malades ultérieurement. En 1860, M. *Chauveau* en assistant à l'autopsie d'une jeune fille tuberculeuse, se fit une légère piqûre près de l'ongle du pouce gauche; un tubercule anatomique se produisit, qui persista trois mois. A cette occasion il chercha à pratiquer des inoculations tuberculeuses sous l'épiderme du veau; sur cinq animaux ainsi inoculés avec un virus très actif, trois n'ont rien présenté; deux ont été atteints de quelques accidents locaux, mais aucun ne devint tuberculeux. Il faut tout au moins conclure de ces faits que la voie sous-épidermique n'est pas favorable à la pullulation du virus tuberculeux.

Comment se fait-il que, dans les cas qui précèdent, la lésion ne se soit pas généralisée? La tuberculose locale guérie a-t-elle été un obstacle à une tuberculisation ultérieure? M. de Tscherning estime qu'il est plus vraisemblable que le virus ne peut pas, dans tous les cas, se multiplier et se généraliser dans toute l'économie. M. Verneuil croit que le bacille ne s'est pas cultivé dans l'organisme; toutefois, le tubercule anatomique peut faire supposer l'existence de lésions viscérales; il doit du moins, obliger à le rechercher; c'est ainsi que récemment il donnait des soins à un homme robuste, vigoureux, atteint d'un tubercule anatomique; en l'examinant, il fut surpris de lui trouver des lésions viscérales, malgré ses belles apparences de santé.

Pour M. *Villemin*, outre que le tubercule anatomique n'est pas toujours produit par un même microbe, il est très difficile d'agir sur l'épiderme, même dénudé; ainsi, de la poudre de crachats, desséchée et répandue sur la surface de la peau dénudée par un vésicatoire, ne lui a pas donné de résultats appréciables.

M. *Barthélemy* pense, de son côté, que la cause du tubercule anatomique ne réside pas uniquement dans l'inoculation tuberculeuse et il estime que divers organismes infectieux, quand ils sont introduits sous la peau, sont susceptibles de favoriser le développement de ces granulomes. Les tubercules anatomiques sont souvent, en un mot, des tuberculoses cutanées, mais non toujours. De même, il croit que la dissection n'est pas seule capable de faire naître ces productions; il a vu une religieuse contracter un tubercule anatomique après s'être écorchée en pansant un abcès froid.

Il est des lésions tuberculeuses, et surtout diverses variétés de lupus, qui peuvent apparaître sur la peau au niveau même de l'orifice de certains trajets fistuleux déterminés par des lésions tuberculo-scrofuleuses, soit des adénites tuberculeuses diverses suppurées, des gommes tuberculeuses, des lésions ostéo-articulaires, etc., etc. M. *Jeanselme* en rapporte un certain nombre d'exemples. Les diverses variétés du lupus consécutif observées étaient le lupus tuberculeux, le lupus verruqueux ou érythémateux. L'évolution de cette lésion, qui débutait par les bords de la fistule, était plus ou moins longue, et pouvait même durer des années; au point de vue objectif, le lupus rappelait, en tous points, le lupus classique et ses diverses formes; peut-être persistait-il une induration parfois plus prononcée, après la guérison. Au point de vue pratique, il faudra, dans toute opération faite sur une lésion scrofulo-tuberculeuse, ne pas attendre que la peau soit intéressée, et isoler le plan opératoire de la région infectée.

MM. *Hallopeau* et *Wickham* appellent l'attention sur une forme mixte de tuberculose cutanée, caractérisée par la présence simultanée de gommes et de nodules lupiques suppurés. Dans un cas, où cette variété particulière s'était développée à la suite d'une morsure de cheval, elle a été fort difficile à différencier du farcin chronique; le résultat négatif des inoculations et des cultures faites par M. Nocard et par eux-mêmes a seulement pu juger la question. Ayant recherché quelle pouvait être la cause prochaine qui amène la suppuration de ces produits tuberculeux, ils sont arrivés à pouvoir établir qu'elle n'est constituée ni par les microbes du pus, ni par les bacilles de Koch, et qu'elle ne peut résider que dans l'action de substances telles que les leucomaïnes, dont ces bacilles amènent la production dans les tissus; on s'expliquerait de même la formation des lésions spécifiques de la tuberculose.

La forme classique du lupus constitue, suivant M. *Leloir* (de

Lille), une tuberculose atténuée du tégument. Or, il existe des aspects particuliers du lupus, atypiques à tous égards, qu'on peut ranger sous trois variétés : colloïde, mucoïde ou myxomateuse et scléreuse. On dit d'ailleurs que le lupus est une tuberculose atténuée, parce qu'on y rencontre très peu de bacilles, que l'inoculation s'en fait lentement et parfois que l'inoculabilité est nulle. M. Leloir a eu l'occasion de soigner un enfant de très bonne santé, âgé de dix ans, et qui était atteint de lupus myxomateux au niveau de la région temporale, sans qu'aucune cause pût l'expliquer. Cet enfant, atteint d'impétigo du cuir chevelu, avait été pansé avec des cataplasmes de vers de terre, usage encore assez répandu ; or ces vers avaient été recueillis sur le terrain même où un poulain tuberculeux, disait le vétirinaire, avait été enterré. La tuberculose est rare chez le cheval ; peut-être s'agissait-il de morve ; en tout cas, on pourrait se demander si le ver de terre ne joue pas vis-à-vis le bacille de Koch un rôle analogue à celui qu'il joue vis-à-vis le bacille du charbon ?

Tuberculose expérimentale. — M. *Jeannel* (de Toulouse) a cherché à savoir à quel degré la tuberculose inoculée reste locale : si on ampute un membre où a été faite une inoculation, l'animal n'en mourra pas moins tuberculeux si l'opération est faite après vingt-quatre heures. Où était donc le virus tuberculeux ? Dans les ganglions, dans le sang ? Après avoir inoculé la tuberculose au niveau de l'oreille, l'avoir amputé, puis extirpé les ganglions voisins, la glande parotide et la glande sous-maxillaire, on a pu constater que des lapins sont morts d'épuisement, après quelques jours ; un seul a survécu assez longtemps, et il a fini par devenir tuberculeux. D'ailleurs, on peut affirmer qu'après quatorze jours, le virus a pénétré certainement dans le système ganglionnaire. De plus, les ganglions se sont montrés virulents.

En ce qui concerne la virulence du sang, le virus, même à une période avancée de la vie, y est dans un état de dilution extrême, de sorte que, pour arriver à un résultat positif, il faut inoculer toute la masse du sang.

Sur cinquante-quatre lapins inoculés avec du sang artériel, dans le péritoine après laparotomie antiseptique, vingt-cinq sont restés indemnes ; sur quatorze animaux, dix sont restés sains ; quatre sont devenus tuberculeux ; sur trois animaux inoculés avec du sang veineux, un seul est mort tuberculeux ; de cinq lapins inoculés avec du sang recueilli dans des tubes et qui y avait séjourné, dans le but d'augmenter la virulence, un seul cependant est devenu tuberculeux. Enfin, sur quatre transfusés, il y a eu quatre tuberculeux. Dès la seizième heure après l'inoculation, le sang était déjà virulent dans quelques cas. M. Jeannel en conclut qu'il n'est pas possible de parler, en chirurgie, de guérison de la tuberculose, après une simple opération chirurgicale ; le traitement chirurgical ne doit s'adresser qu'aux complications de septicité, mais non à la tuberculose elle-même, qui est justiciable d'un traitement médical. En un mot, il ne croit pas à la tuberculose localisée, puisque ses expériences lui ont prouvé la virulence de la plupart des viscères dès la seizième heure après l'inoculation, alors qu'il n'y a encore aucune lésion viscérale. Il est incontestable, ajoute M. *Arloing*, que les bacilles sont disséminés dans le sang ; pour qu'ils s'arrêtent dans un point quelconque et y forment des colonies, il est nécessaire que les produits de sécrétion, produits solubles phlogogènes, y aient, au préalable, préparé le terrain.

Après s'être livré à de nombreux essais de tuberculisation expérimentale du sac lacrymal, M. *Valude* a démontré, il y a quelque temps, que la tuberculose de la conjonctive était rare, parce que le liquide lacrymal contenait des principes chimiques ou des micro-organismes d'une nature telle que le bacille spécifique de la tuberculose était, par eux, atteint et détruit. Pour vérifier l'action destructive spéciale du liquide des larmes, il a tenté l'inoculation tuberculeuse du sac lacrymal ; dans cet espace, en effet, la sécrétion lacrymale se rassemble comme en un vase clos, après avoir traversé les culs-de-sac conjonctivaux et y avoir recueilli les micro-organismes de l'extérieur. Dix lapins ont été inoculés des deux côtés, dans l'intérieur du sac lacrymal ; soit un total de vingt inoculations tuberculeuses. Aucune n'a réussi au niveau de la muqueuse proprement dite ; il s'est produit trois fois un nodule tuberculeux dans le tissu cellulaire circonvoisin, tenant à ce qu'une petite partie du liquide inoculé avait été déposée accidentellement en dehors du sac. La muqueuse du sac est toujours demeurée indemne, quoiqu'elle ait été dilacérée au cours de l'inoculation et que le liquide spécifique soit venu au contact de cette plaie. Ainsi, l'action spécifique du virus tuberculeux a été annihilée par le liquide naturel contenu dans le sac ; les propriétés destructives de ce liquide, à l'égard du bacille tuberculeux, tiennent vraisemblablement à la présence de nombreux micro-organismes ou streptocoques dont la puissance est considérable vis-à-vis du microbe de la tuberculose et qui sont capables d'empêcher la pullulation de celui-ci et, par suite, ses effets nuisibles.

Tuberculisation par les muqueuses et par les voies digestives. — A la séance d'inauguration, M. *Cornil* a lu un très important mémoire sur la contagion de la tuberculose par les muqueuses. On sait que MM. Chauveau, Villemin, Böllinger, etc., ont déterminé des lésions tuberculeuses intestinales chez des animaux qui avaient ingéré soit du lait contenant des bacilles, soit des cultures mêmes de ces bacilles ; MM. Tappenier, Schottelius, Thaon, etc., ont également déterminé, par l'inhalation de liquides renfermant des matières tuberculeuses en suspension, des lésions tuberculeuses du poumon. Ainsi, les bacilles tuberculeux pénétreraient dans les tissus par les muqueuses, sans que celles-ci soient le siège de lésions, d'excoriations ou de fissures. M. *Dobroklonsky* a répété ces expériences dans le laboratoire de M. *Cornil*, et il est arrivé aux résultats suivants : après l'injection d'une ou deux gouttes d'une culture de bacilles de Koch par la voie buccale, on constate, dès le quinzième jour, des tubercules très visibles dans les parois de l'intestin, quoique les animaux mis en expérience ne présentent pas de diarrhée. L'épithélium superficiel reste en place, intact ; les glandes de Peyer sont tuméfiées et l'on observe, entre les culs-de-sac des glandes de Lieberkühn, des accumulations de cellules lymphatiques ; des lésions des ganglions lymphatiques s'observent déjà le sixième jour après l'ingestion d'une culture de bacilles de Koch, mais les bacilles ne sont facilement constatables qu'à partir du vingtième jour ; on en trouve alors soit dans les cellules épithéliales, soit dans le tissu conjonctif des villosités.

M. Cornil a eu l'occasion d'étudier également plusieurs utérus tuberculeux ; dans deux cas, il s'agissait d'utérus de femmes, âgées de soixante-cinq et de quatre-vingt-deux ans, chez lesquelles la contagion par voie sexuelle semblait bien improbable ; dans l'un de ces deux cas, il s'agissait d'une tuberculose purement localisée au col utérin. L'examen histologique montra que la muqueuse ne présentait que des altérations semblables à celles que l'on observe dans l'inflammation catarrhale ; l'épithélium était intact, mais au-dessous on trouvait des granulations tuberculeuses avec cellules géantes, soit au niveau des culs-de-sac glandulaires, soit à l'extrémité des villosités. Il était difficile de songer à un mode de contagion autre que la contagion par voie directe, et à une pénétration des bacilles autrement que par la muqueuse. Il introduisit alors dans le vagin de lapines quelques gouttes d'une culture de bacilles tuberculeux et il put ainsi étudier, dès le début, les lésions produites ; on ne constata d'abord que les lésions habituelles du catarrhe du col, mais, après douze jours, on trouva déjà des follicules tuberculeux microscopiques, accumulés aux extrémités libres des villosités, dans les dépressions de l'arbre de vie, quoique le revêtement épithélial de la muqueuse persistât dans son intégrité. Après trente-deux jours, les lésions tuberculeuses étaient généralisées aux tissus voisins. Il a donc suffi d'une quantité minime de culture, introduite sans traumatisme dans les voies génitales, pour déterminer des lésions identiques, histologiquement, à celles qui ont été observées dans le cas dont il vient d'être parlé. En conséquence, l'infection tuberculeuse de l'utérus est possible par la voie génitale, par une quantité, même minime, de sperme tuberculeux. Le revêtement du vagin, de l'urèthre, de la vessie, quoique plus résistant, ne forme cependant pas une barrière infranchissable ; des cellules migratrices contenant des bacilles peuvent pénétrer à travers une couche composée d'épithélium pavimenteux stratifié.

Cette question de la tuberculisation par les voies digestives est capitale, et l'on verra, dans la suite de ce compte rendu, combien sa solution définitive éclairerait le problème de l'usage alimentaire de la viande et du lait des animaux tuberculeux.

M. *Butel* (de Meaux) estime que l'accord est très près de se faire, si l'on en juge par les résultats des expériences de MM. Cadéac et Mallet, par les faits cliniques observés, par les constatations faites en premier lieu par M. *Trasbot*, et rappelées de nouveau par celui-ci. M. *Jeannet* a aussi publié une observation capitale à cet égard : il a vu que le virus tuberculeux ingéré dans le tube digestif peuvait être absorbé sans laisser de

traces au niveau de ce tube digestif et cependant aller produire dans le poumon des lésions spécifiques; par conséquent, le virus de la tuberculose peut chercher dans l'organisme un milieu apte à favoriser son développement, sans que l'introduction directe du virus spécifique, de l'extérieur dans ce milieu, soit nécessaire.

Il faut donc assigner au tube digestif le principal rôle dans la propagation du virus tuberculeux et le premier rang parmi les voies d'introduction de la tuberculose. Cependant MM. *Straus* et *Wurtz* ont établi d'une façon indiscutable la résistance des poules à la tuberculose par ingestion. Ils ont soumis sept poules et un coq à l'ingestion systématiquement répétée chaque jour de crachats de phthisiques. Chacun de ces animaux recevait chaque jour au moins un plein crachoir de crachats de tuberculeux riches en bacilles; ces crachats étaient mêlés à du pain trempé et les poules s'en nourrissaient avec avidité; on leur donnait, mais moins régulièrement, un hachis composé de farine et de poumons d'hommes tuberculeux. Ces animaux étaient tenus dans un hangar spacieux de l'hôpital Saint-Antoine. Les expériences ont été commencées il y a un an, le 25 juillet 1887, et la durée de l'ingestion quotidienne des crachats tuberculeux a varié entre un an et six mois. Tous les animaux en expérience se sont maintenus en parfait état, les plumes luisantes, la crête rouge et ont augmenté de poids; ce printemps et cet été, les poules ont régulièrement pondu des œufs revêtus d'une solide coque calcaire. Une de ces poules fut sacrifiée le 23 février dernier, après sept mois de ce régime. Deux autres poules ont été sacrifiées le 21 février dernier; chacune d'elles avait absorbé plus de 45 kilogr. de crachats tuberculeux. On ne put constater chez ces animaux aucune trace de tuberculose, ni sur l'intestin, ni sur le foie, la rate, les poumons, la moelle des os. Des fragments de ces divers organes ont été durcis dans l'alcool absolu, et sur les coupes nombreuses qui en furent pratiquées, on ne put déceler ni nodules tuberculeux, ni bacilles. Tout aussi négatives ont été les tentatives de coloration faites sur des lamelles à la surface desquelles on avait étalé du frottis de ces organes. Enfin des fragments furent insérés sous la peau et dans le péritoine de cobayes, sans donner naissance à aucune tuberculose, locale ou généralisée.

Les quatre autres animaux ont été présentés au Congrès: une poule et un coq, soumis à ce régime depuis le 1er février (six mois), une poule depuis le 1er janvier (sept mois), et enfin une dernière poule soumise à ce régime depuis un an exactement (du 25 juillet 1887 au 26 juillet 1888). Cette dernière avait ingéré, pendant cette année, un minimum de 50 kilogr. de crachats tuberculeux. Tous ces animaux étaient en parfait état de santé. L'autopsie, faite publiquement, a montré l'intégrité de tous les organes et l'absence de toute lésion tuberculeuse; l'examen microscopique et bactériologique de ces organes, pratiqué depuis, a confirmé ce résultat négatif. Ainsi, les gallinacés peuvent être soumis à l'ingestion très prolongée de quantités véritablement énormes de matières tuberculeuses sans présenter aucune lésion tuberculeuse. Il ne faudrait cependant pas en conclure que la tuberculose, que nous savons atteindre parfois ces animaux, ne reconnait pas, comme porte d'entrée, le tube digestif. La localisation spéciale que présente la tuberculose chez les gallinacés, localisation portant surtout sur le tube digestif et ses annexes, rend ce mode de contagion probable. Mais pour s'effectuer il doit obéir à des conditions particulières dont le déterminisme exact est encore à trouver. La conclusion que l'on peut tirer dès à présent de ces expériences, c'est que les gallinacés sont extrêment réfractaires à la tuberculose par ingestion.

Ces faits concordent difficilement avec ceux qui ont été rapportés par divers observateurs ayant signalé des épidémies de tuberculose qui auraient sévi sur les poules d'une basse-cour, contaminées par les crachats de leur gardien phthisique. M. *Cagny* (de Senlis) déclare néanmoins avoir soigné, il y a quelque temps, une dame qui mourut de phthisie pulmonaire, et dont le fils était atteint de la même maladie. Il partit pour le Midi et en revint très amélioré. Mais en même temps les poules de la basse-cour avaient maigri, à l'autopsie, leur foie était farci de tubercules; le jeune malade avait souvent remarqué que ces animaux se précipitaient sur les crachats qu'il expectorait dans la basse-cour pour les picorer. Les animaux sacrifiés, la basse-cour nettoyée et désinfectée, aucun accident de ce genre ne se reproduisit.

De ce que la tuberculose peut être provoquée à la suite de l'ingestion des produits tuberculeux, il s'ensuivrait que le suc gastrique est à près impuissant à détruire la virulence tuberculeuse. MM. *Straus* et *Wurtz* se sont efforcés de vérifier ce fait, en opérant avec des cultures pures du bacille de la tuberculose, sur lesquelles ils ont fait agir du suc gastrique naturel, provenant d'un jeune chien vigoureux, porteur depuis plusieurs mois d'une fistule gastrique; ce suc gastrique était très actif et digérait facilement le blanc d'œuf cuit; les cultures employées étaient faites sur gélose glycérinée et assez âgées (six semaines à deux mois); les bacilles étaient riches en spores. On procéda de la façon suivante: dans de petits flacons contenant un centimètre cube de suc gastrique fraîchement recueilli, on plaçait une anse de fil de platine de la culture tuberculeuse; puis ces flacons étaient mis à l'étuve, à la température de 38 degrés, pendant un laps de temps durant depuis une heure jusqu'à vingt-quatre heures et quarante-huit heures. Au bout de ce temps, le contenu des divers flacons était inoculé, à la dose d'une demi-seringue de Pravaz, dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire sous-cutané de lapins et de cobayes. Ces animaux furent sacrifiés au bout de trente à quarante jours.

Les résultats obtenus ont prouvé que les bacilles sporulés de la tuberculose présentent une résistance très grande à l'action du suc gastrique. Dans ces expériences in vitro, où le suc gastrique pur agit directement sur la culture pure, l'action de ce suc doit être bien plus énergique que lorsqu'on a affaire à des substances tuberculeuses ingérées dans l'estomac. Dans ce cas, en effet, les bacilles sont contenus dans les tissus (viande, viscères) et en partie protégés par eux. D'autre part, le suc gastrique est dilué par les aliments et les boissons; enfin, la durée du séjour des aliments dans l'estomac atteint rarement la limite de six heures. On peut donc en conclure qu'il serait chimérique de compter, chez l'homme, sur l'intervention du suc gastrique pour le garantir contre les dangers de l'ingestion de produits tuberculeux.

La persistance des germes de la tuberculose dans l'eau de rivière offre, au point de vue de l'alimentation, une importance considérable. C'est pourquoi MM. *Chantemesse* et *Widal* ont cherché combien de jours les bacilles et les spores de la tuberculose pouvaient rester vivants dans l'eau de Seine. Les échantillons d'eau ont été, les uns préalablement stérilisés et ensemencés avec des cultures de tuberculose riches en spores, les autres ensemencés directement après avoir été recueillis. Une moitié des tubes de chaque groupe a été conservée à la glacière à une température variant entre 8 et 12 degrés, l'autre moitié a été maintenue à la température de la chambre entre 15 et 20 degrés. Tous les huit jours, une prise d'eau était faite dans les tubes conservés à la température froide et à la température modérée, pour être semée dans des flacons Pasteur, contenant du bouillon glycériné, suivant la méthode Nocard et Roux. Les flacons Pasteur étaient ensuite portés à l'étuve. Au bout de vingt jours et d'un mois, 1 centimètre cube d'eau de chacun des tubes qui, sans stérilisation préalable, avaient reçu des germes de la tuberculose, a été inoculé dans le péritoine de cobayes. Les résultats ont été les suivants: les germes de la tuberculose se sont conservés vivants pendant cinquante jours dans de l'eau de Seine stérilisée et laissée entre 8 et 12 degrés; ils se sont conservés vivants pendant soixante-dix jours dans l'eau de Seine stérilisée maintenue entre 15 et 18 degrés.

A côté de la question de la vitalité des germes tuberculeux dans l'eau de rivière, existe le problème plus important de leur nocuité, c'est-à-dire de leur virulence. Les cobayes inoculés dans le péritoine avec 1 centimètre cube d'eau qui renfermait depuis quinze jours des germes de la tuberculose, ont été sacrifiés au bout de deux mois et demi. Aucun ne présentait de trace de tuberculose. Ce résultat est dû, soit à la faible dose de germes inoculés, soit à l'atténuation de ces germes dans une eau relativement froide, soit à l'une et à l'autre de ces causes.

Des expériences comparables ont été faites par MM. *Galtier* et *Cadéac* avec des fragments d'organes tuberculeux. Ils ont placé de ces fragments d'organes d'abord dans de l'eau sans cesse renouvelée et ensuite dans de l'eau stagnante dans un vase; puis des cultures ont été tentées avec ce liquide. L'eau courante a encore donné des inoculations positives un mois et demi après le début de l'expérience, tandis que l'eau stagnante a été inoculée avec succès cent vingt jours après.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Rétrécissements et oblitérations congénitaux de l'orifice postérieur des fosses nasales, par M. Hopmann. — L'auteur commence par publier deux observations d'oblitération osseuse complète. En 1875 Schrœtter réunissait onze cas de ce genre, dont un personnel, et depuis, il faut citer des faits de Schœffer, Hubbell et Schœtz. A côté de cela, Simon, Hering, Chiary, Casselberry, Myerson, Trendelenburg ont vu des oblitérations membraneuses, accompagnées, il est vrai, de rétrécissement osseux. Puis Hopmann rapporte quarante-cinq observations de rétrécissement : les deux premiers vont presque jusqu'à l'oblitération, les trente-quatre derniers s'accompagnent de végétations adénoïdes. A les lire, on constate que les troubles respiratoires datent de l'enfance, souvent même de la naissance : c'est ce qui prouve la congénitalité. Le doigt constate deux types, suivant qu'il y a défaut de hauteur ou de largeur des choanes; dans l'un, le septum convexe proémine dans le côté rétréci; dans l'autre, la voûte palatine est anormalement creuse. Dans les deux cas, des épaississements des parties molles aggravent la lésion. Le rétrécissement est unilatéral (ou prédominant beaucoup d'un côté), vingt fois sur quarante-cinq, et dix-huit fois il est à gauche. Cela va avec ce que nous savons des incurvations du septum.

La fréquence considérable des végétations adénoïdes est à remarquer, et Hofmann pense, d'autre part, que 7 à 8 pour 100 des enfants atteints de ces excroissances ont les choanes trop étroites. Il admet que ces troubles nutritifs et aussi mécaniques peuvent gêner le développement des os voisins. Cette complication a été jusqu'à présent à peu près passée sous silence. D'autre part, les rétrécissements ne causent souvent de troubles appréciables que quand une autre lésion s'y surajoute ; inversement, des végétations qui passeraient inaperçues si les voies nasales avaient leur ampleur normale occasionnent des accidents, parce que les voies ont déjà tendance à être insuffisantes. Le diagnostic se fait par le cathétérisme et surtout par le toucher naso-pharyngien. Et le doigt, une fois là, peut souvent redresser les incurvations du septum encore mou ; s'il est insuffisant, on réussit avec un élévatoire. C'est seulement lorsque ces moyens ont échoué qu'il faut recourir aux *sections* osseuses. Il va sans dire qu'on détruira en même temps les végétations. (*Ueber congenitale Verengunge und Verchlüsse der Choanen*, in *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXXVII, p. 235, 1888.)

Hémorrhagie entre la dure-mère et le crâne, trépanation, guérison, par M. Thornley Stoker. — Homme de cinquante ans ayant reçu, étant ivre, un coup à la tête; apporté un peu comateux à l'hôpital le quatrième jour. Puis, aggravation le sixième et le huitième jour, avec hémiplégie à chaque fois plus nette et plus étendue. La pupille du côté paralysé était dilatée à la première de ces aggravations; elle est redevenue symétrique lors de la deuxième. L'auteur conclut de tout cela à une compression par un épanchement sanguin, probablement par lésion de la méningée moyenne; il trépane et son malade guérit. Mais dans tout cela, il se fonde sur les signes de compression de la zone motrice et il a appliqué sa couronne pour atteindre la scissure de Rolando. Cela était fort bien pour évacuer le caillot. Mais s'il eût fallu agir directement sur le vaisseau continuant à saigner ? On aurait été forcer d'aller à sa recherche par une seconde couronne de trépan. En somme, malgré ce succès, il semble qu'il faille en rester à la conclusion de Jacobson : en cas de compression cérébrale diagnostiquée, la lésion vulgaire est l'épanchement par rupture de la branche antérieure de la méningée moyenne; il faut donc trépaner sur l'angle antéro-inférieur du pariétal, ce qui permet d'évacuer le sang et d'atteindre le vaisseau blessé. (*On a case of subcranial hæmorrhage treated by secondary trephining*, in *Ann. of surgery* 1888, t. VII, p. 401.)

Résection de l'extrémité supérieure de l'humérus, résultat éloigné, par M. H. M. Hurd. — L'auteur a pu examiner en 1887 un homme auquel, en 1862, on avait réséqué l'extrémité supérieure de l'humérus (incision linéaire entre le grand pectoral et le deltoïde), pour un coup de feu. Pendant plusieurs années, il y a eu de la suppuration intermittente avec élimination de séquestres. En 1887, malgré l'étendue de la résection, l'opéré peut, sans appareil, manger, s'habiller, exercer une traction énergique dans l'extension. Mais l'adduction est gênée : il est probable que la partie inférieure de l'insertion du grand pectoral persiste seule. Atrophie marquée du deltoïde, du sus et du sous-épineux. (*The ultimate results in a case of exsection of the head and upper third of humerus*, in *Ann. of surgery*, 1888, t. VII, p. 431.)

A. Broca.

Travaux à consulter.

De l'acide borique contre la pneumonie et la phthisie pulmonaire, par M. le docteur Lebowicz. — Les observations de l'auteur datent de loin. En 1884, dans la *Gazette hebdomadaire*, c'est-à-dire à cette même place, il recommandait l'usage de ce médicament antiseptique à l'intérieur. Actuellement, tout en rappelant ses premiers essais, il les confirme par l'observation de douze cas de pneumonie traités heureusement par l'acide borique. Après l'administration de celui-ci, il a vu, écrit-il, la toux, l'expectoration et la température diminuer.

Il en est de même chez les phthisiques, d'après son expérience personnelle, aujourd'hui ancienne de plusieurs années. Au reste M. Lebowicz insiste discrètement sur la question de priorité et recommande l'essai thérapeutique de ce médicament en raison de son absence de toxicité. (*Gazette méd. d'Orient*, 31 mai 1888.)

Le sel dans les affections nerveuses de l'estomac, par M. Cerné. — Dernièrement Batrom recommandait le sel de cuisine contre la migraine et Nothnagel le prescrivait dans l'épilepsie, l'un et l'autre faisant fond sur l'action réflexe de cette substance sur les centres nerveux. M. Cerné estime que son efficacité dans la première de ces affections résulte d'une modification favorable de la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique. Il en a fait usage dans un cas de gastralgie et chez un migraineux, en augmentant sa quantité dans les aliments et il a vu les phénomènes dyspeptiques et les douleurs stomacales disparaître. C'est pourquoi notre confrère de Rouen invite d'autres observateurs à contrôler ces succès par de nouveaux essais. (*La Normandie médicale*, 1er mai 1888.)

De l'eau de menthe poivrée contre le prurit vulvaire, par M. A. Routh. — Cet observateur recommande ce remède contre le prurit vulvaire causé par les pediculi, les ascarides, les polypes utérins, le cancer du col, les leucorrhées vaginales et la métrite. Quelle qu'en soit la cause diathésique, il prescrit des lotions avec la solution d'une cuillerée à café de borax pulvérisé dans un demi-litre d'eau tiède et additionnée de cinq gouttes d'essence de menthe poivrée. Les lotions sont pratiquées avec une éponge douce.

Dans les cas où il existe un eczéma ou bien des ulcérations, il substitue à l'application de ce liquide des onctions avec une mixture contenant 25 centigrammes d'iodoforme pour 30 grammes d'huile d'olives. Au demeurant, les lotions avec l'eau de menthe poivrée sont efficaces surtout contre le prurit vulvaire de la grossesse. (*Brit. med. Journal*, 14 août 1888, p. 793.)

De l'emploi de l'eau oxygénée comme topique contre la diphthérie, par M. Hatfield. — Parmi les divers antiseptiques, celui-ci n'est ni caustique, ni escharotique et par conséquent possède l'avantage de ne pas léser les tissus, inconvénient que possède l'acide phénique. Par contre il ne dissout pas les fausses

membranes, mais agit surtout à la manière d'un désinfectant. M. Hatfield conseille de l'appliquer comme topique avec un pinceau et de faire usage, sous forme de spray, de sa solution au sixième, dans l'eau. Comme topique il emploie un mélange d'eau oxygénée et de glycérine. Ces recherches confirment les travaux trop peu cités de notre compatriote M. Baldy. (*Arch. of Pediatrics*, février 1888.)

Du traitement de la variole par l'acide phénique, par M. Montefusco. — Ce traitement consiste dans l'application sur les pustules varioliques d'une mixture composée d'acide phénique, d'huile et de carbonate de chaux, au moyen de compresses recouvrant la peau. Sous l'influence de ce topique, les pustules avorteraient.

A l'intérieur, M. Montefusco administre aussi l'acide phénique dans le but d'abaisser la température. Il a obtenu, écrit-il, la diminution de l'état fébrile et n'a jamais observé d'accidents. De plus, sous l'action de cette médication, l'éruption se limite, les pustules arrivent plus rapidement à maturité et la période de suppuration se trouve abrégée. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 avril 1888.)

Du mode d'emploi de l'hydrate d'amylène, par M. Gurtler. — Après en avoir fait usage comme hypnotique chez les alcooliques, les morphinomanes et les épileptiques, il l'a mis à l'essai avec un égal succès pour procurer le sommeil à des malades atteints de méningite, de cystite, ou de toux violente, et conseille les préparations ainsi formulées :

1° *Potion à l'hydrate d'amylène.* — Elle contient 7 parties d'hydrate d'amylène en solution dans 30 parties de sirop et 40 parties d'eau de menthe poivrée que l'on aromatise d'une goutte d'essence de menthe.

2° Le *sirop d'hydrate d'amylène* renferme 7 parties de substance active véhiculée dans 40 parties d'eau et 30 de sirop.

Que l'on adopte l'une ou l'autre de ces formules, la dose quotidienne d'hydrate d'amylène doit varier de 2 à 4 grammes pour un adulte. (*Berliner. klin. Wochens.*, 1888, n° 6.)

Des propriétés physiologiques du diméthyléthylcarbinol, par M. Schapirow. — Obtenu par la réaction du chlor-propyonil sur le zinc méthyl, ce liquide est un alcool dont les propriétés diffèrent de celles des alcools primaires et secondaires.

M. Schapirow l'a administré à des grenouilles à la dose de 1 à 5 milligrammes et par la voie hypodermique. Il a reconnu que sa puissance était supérieure à celle du triméthyl-carbinol et provoquait une paralysie vaso-motrice ayant pour conséquence un abaissement considérable de la pression sanguine. En même temps la température des animaux mis en expérience s'abaissait rapidement. (*Pharmaceut. Post*, janvier 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies mentales, par M. le docteur H. Schule, médecin de l'asile d'Illenau (Grand-Duché de Bade). Traduit sur la troisième édition par MM. les docteurs J. Dagonet et Duhamel, avec une préface de M. le docteur H. Dagonet, médecin de l'asile Sainte-Anne. 1er fascicule. 1 vol. in-8° de 220 pages. Paris, 1888. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le *Traité clinique des maladies mentales* du docteur H. Schüle fait partie de l'importante collection de Ziemssen, dont il forme le seizième volume. Publié pour la première fois en 1879, il est arrivé aujourd'hui à sa troisième édition, ce qu'on doit considérer comme un grand succès pour un ouvrage spécial, et ce succès suffit à expliquer l'idée qu'ont eue MM. J. Dagonet et Duhamel de donner une traduction française de ce livre devenu classique en Allemagne. Commençons par adresser nos félicitations aux deux traducteurs sur la manière dont ils ont accompli la difficile tâche qu'ils se sont imposée : à une connaissance approfondie de la langue allemande ils joignent un savoir étendu en médecine mentale, ce qui est indispensable pour bien établir l'équivalence des termes techniques dans les deux langues; mais ils ont fait mieux, leur esprit exact et précis a su rendre clair un livre qui, dans l'original — les plus rompus aux difficultés de l'allemand le reconnaissent — est trop souvent obscur et d'une lecture parfois pénible. Cette justice rendue au travail de nos jeunes confrères, passons à l'étude de l'œuvre elle-même.

Contrairement à ce qu'ont fait jusqu'ici tous les auteurs de *Traités des maladies mentales*, M. Schüle n'a pas cru devoir commencer le sien par une pathologie générale de la folie; il entre de plein pied dans la pathologie spéciale, supposant son lecteur au courant des généralités sur la symptomatologie, la marche, les causes, etc., de la folie. Mais du moins fallait-il définir ce mot. C'est ce que l'auteur a fait dès la première page de son livre, en disant que « la folie est une maladie du Moi, ayant un substratum anatomique, et causée par une affection cérébrale ». Mais le « Moi tout entier » n'est pas malade dans tous les cas, car il existe une catégorie de malades chez lesquels on observe un certain nombre d'idées justes, de sentiments droits et d'actions directes, qui ne les empêchent pas d'être pourtant des aliénés dans toute l'acception du mot. C'est une remarque que M. Schüle fait en passant et que notre savant confrère M. le docteur Parant a développée dans son récent ouvrage sur *La raison dans la folie*, avec de nombreux exemples à l'appui.

Après cette définition, l'auteur passe immédiatement à la classification des maladies mentales, qu'il base sur la *marche* et la *nature des symptômes*. Ce point de départ est excellent; lui seul permet d'établir des types cliniques, puisque l'anatomie pathologique ne saurait nous les fournir, du moins dans l'état actuel de la science. Nous n'affirmerons pas que M. Schüle y a toujours été fidèle dans le classement qu'il donne.

Partageant d'abord toutes les affections mentales en deux grandes classes: 1° les psychoses chez l'individu à développement organo-psychique complet; 2° les psychoses chez l'individu à développement organo-psychique défectueux, il forme ensuite une grande quantité de sous-groupes (quatre pour la première classe, cinq pour la seconde), qui eux-mêmes fournissent une multitude de variétés et de sous-variétés. Ce n'est pas le lieu de suivre l'auteur dans les infinis détails de ce travail; toute classification, qui ne veut faire grâce d'aucun fait, qui veut englober toutes les diversités cliniques, devient nécessairement compliquée et prête le flanc à la critique. Mais c'est le cas de rappeler que la critique est aisée et l'art difficile. Aussi tout en regrettant que M. Schüle ait abusé des distinctions, nous lui reprocherons seulement quelques fautes de nomenclature, dont la principale est d'appeler *démence primitive aiguë*, la mélancolie avec stupeur ou stupeur hallucinatoire. La démence est incurable, la mélancolie avec stupeur guérit le plus souvent : cela suffit, croyons-nous, pour préférer à la première dénomination, autrefois employée par Esquirol, la seconde, que lui a substituée Baillarger, en faisant de la maladie cette description magistrale, qui est restée classique.

Le premier fascicule de la traduction du livre de Schüle ne nous donne le tableau que du quart des nombreuses maladies comprises dans sa classification. Ce que nous possédons permet de caractériser la manière de l'auteur. Patient observateur, il a accumulé sur chaque forme morbide une quantité innombrable de petits faits, il les a réunis en un faisceau, tout en les catégorisant autant que possible; de là, des descriptions très touffues, qui nécessitent une

attention soutenue, la richesse des détails empêchant souvent de voir l'ensemble. Une telle méthode a ses inconvénients; nous n'en voulons pour preuve que le chapitre sur la mélancolie. Une première partie, consacrée aux généralités, absorbe tout ce que M. Schüle a pu observer, dans une pratique déjà longue, sur cette affection mentale; il serait difficile de rien trouver de plus complet sur la question: les moindres idées, les moindres sensations, les troubles les plus légers des mélancoliques sont notés avec soin. Mais cette description générale si complète, il faut ensuite la disloquer, la démembrer, pour y trouver les éléments de celle des diverses variétés de la mélancolie; de là des répétitions, qu'il eût été facile d'éviter, en ne donnant, au chapitre des généralités, que les caractères communs à toutes les mélancolies, et en reportant à chacune des variétés de cette espèce de folie ce qui lui appartient.

Quoi qu'il en soit de cette critique, il faut reconnaître qu'il y a dans ce chapitre, comme dans tous ceux qui le suivent, un savoir très étendu, qui est le produit d'une observation longue et patiente des aliénés. Il y a là une somme de remarques psychologiques, une étude approfondie des mœurs et des habitudes des malades, dont on ne saurait assez faire ressortir l'importance, et qu'apprécieront tous ceux qui se livreront à une lecture attentive de l'œuvre de M. Schüle.

L'auteur a mis en tête de chaque chapitre une bibliographie. En pareille matière, il est toujours difficile d'être complet; du moins est-il indispensable d'indiquer les travaux qui, sur chaque point particulier, ont créé la science. M. Schüle ne peut, à ce point de vue, se piquer d'une grande exactitude, et pour preuve, nous ne nous arrêterons qu'à sa bibliographie du délire de persécution. Il n'y cite qu'un article de revue du docteur Kirn, de 1867, et une communication faite en 1881 par Legrand du Saulle à la Société médico-psychologique, dans la discussion sur les hallucinations de la vue dans le délire de persécution. Et la monographie de Lasègue, qui a créé le type morbide? Et le livre de Legrand du Saulle?... M. Schüle n'en parle ni dans la bibliographie, ni dans sa description; ils n'existent pas pour lui. Si un auteur français commettait de tels *oublis* à l'égard d'écrivains allemands, que ne dirait-on pas de l'autre côté du Rhin!...

Les critiques que nous avons cru devoir faire de cet ouvrage, n'enlèvent rien de sa valeur intrinsèque. En les exprimant brièvement, je me rencontre sur plus d'un point avec M. le docteur H. Dagonet, médecin de l'asile Sainte-Anne, qui a mis en tête de la traduction une excellente préface dans laquelle il fait ses réserves au point de vue de la clinique, tout en rendant pleinement justice à l'œuvre qu'il présente au public français.

Dr Ant. Ritti.

La thérapeutique tapageuse aux eaux minérales, par M. le docteur G. Pécholier. — Montpellier, C. Coulet; Paris, Lecrosnier, Babé et Cie, 1888.

En ce moment où les médecins s'empressent d'envoyer leurs clients aux établissements d'eaux minérales les plus divers, où leurs confrères chargés de surveiller le traitement hydro-minéral sont sur la brèche, les uns et les autres feraient bien de lire les réflexions qu'inspirent à M. Pécholier une longue expérience et un sentiment très juste des réformes qui s'imposent.

Les médecins praticiens comprendraient la nécessité de bien connaître par eux-mêmes les stations auxquelles, suivant le goût du jour, ils envoient leurs malades. Les médecins d'eaux faisant un retour sur eux-mêmes profiteraient peut-être des leçons de prudence que leur prodigue notre confrère de Montpellier.

Quant aux malades, ils appartiennent à deux catégories bien différentes. Les uns ne vont aux eaux que pour se distraire, modifier à peine leur genre de vie; ce sont ceux qui recherchent les fêtes et les émotions du jeu; c'est pour eux que l'on a construit ces casinos somptueux contre l'installation desquels proteste M. Pécholier. Il serait bien difficile d'obtenir de cette catégorie de buveurs d'eau un peu de prudence ou de sagesse. Les autres, les vrais malades, souffrent parfois cruellement du traitement intempestif qui leur est imposé. C'est à eux que s'adressent surtout les conseils que renferme cette petite plaquette. Mais arrivera-t-on jamais à faire comprendre à certains médecins qu'ils ont pour seule et unique tâche d'utiliser les ressources hydro-minérales dont ils disposent? Ne voudront-ils pas toujours se substituer pour quelques semaines au médecin traitant et chercher, dans les ressources pharmaceutiques, voire même dans une intervention chirurgicale, trop souvent intempestive, un traitement qu'ils jugent plus utile encore que la médication balnéaire? La question est grave et complexe. Il n'est pas un médecin qui n'ait eu à se plaindre à ce point de vue de quelques confrères trop zélés. Il n'en est pas non plus qui, avec un peu d'expérience, ne sache trouver dans toutes les stations vraiment utiles celui qui, connaissant bien tout à la fois et les eaux qu'il administre et le médecin qui lui a adressé ses clients, ne sache répondre aux vœux exprimés par celui-ci et rendre service au malade sans compromettre sa santé. En pareille matière tout dépend de l'intelligence, du tact et de l'honnêteté professionnelle du médecin hydrologue. Il en est heureusement beaucoup qui considèrent comme un devoir de ne rien tenter qui ne soit non seulement utile mais encore nécessaire.

Bulletin de la Société de médecine de Rouen. — 2e série, 1er volume. 26e année, 1887. — Rouen, 1888. Hôtel des Sociétés savantes.

Ce bulletin, destiné à faire suite à l'*Union médicale de la Seine-Inférieure*, renferme d'intéressants mémoires suivis, le plus souvent, de discussions instructives : c'est une publication qui ne peut rencontrer qu'un favorable accueil de la part du monde médical. Signalons, chemin faisant, des études sur l'hygiène urbaine, sur l'orchite blennorrhagique et son traitement, sur l'hydro-hématocèle, sur le traitement de l'obésité; des observations de bronchite pseudo-membraneuse, de kyste de l'ovaire, de granulations palpébrales, de paralysie consécutive à une broncho-pneumonie, etc. Les sujets les plus divers sont traités par des médecins dont l'autorité ne saurait être mise en doute : on trouvera intérêt et profit à la lecture de ce recueil.

De l'épistaxis génitale, par le docteur Joal. — Paris, 1888, O. Doin.

L'auteur propose, pour l'épistaxis, la classification suivante : 1° épistaxis traumatiques et ulcéreuses; 2° dyscrasiques; 3° mécaniques; 4° vaso-motrices. Il se borne à l'étude de cette dernière variété. L'épistaxis génitale, qu'il ne faut pas confondre avec l'épistaxis utérine, est, dans sa forme vaso-motrice, le résultat d'une turgescence du tissu érectile du nez sous l'influence d'une excitation réflexe partant des organes génitaux. Cette excitation peut être physiologique et résulter du coït, du molimen cataménial, ou être anormale et engendrée par la masturbation. M. Joal relate six observations qui mettent en lumière l'influence de cette dernière cause sur la production des épistaxis de l'enfance et de la puberté. On comprend l'importance de ces données pathogéniques pour la mise en œuvre du traitement et de la prophylaxie.

Contribution a la pathogénie de la maladie de Bright. De l'albuminurie et des lésions rénales consécutives aux injections d'albumine, par le docteur P. Snyers. — Bruxelles, 1887. F. Hayez.

Les résultats des expérimentations instituées par l'auteur, assistant à l'université de Liège, peuvent se résumer en quelques propositions importantes relativement à la valeur de la théorie de Semmola. Elles établissent en effet que la dyscrasie albumineuse, déterminée par les injections de blanc d'œuf, est tout à fait transitoire et cesse vingt-quatre heures après les injections. L'albumine que l'on constate dans l'urine n'est d'ailleurs que le blanc d'œuf injecté : substance inutile qui traverse l'organisme et s'élimine naturellement par le rein sans produire de lésions. L'examen histologique des reins ne permet de constater aucune lésion de ces organes, même après que les

injections ont duré trente jours. Ce fait que les injections de blanc d'œuf ne déterminent qu'une albuminurie absolument transitoire et n'ont aucune action sur le parenchyme rénal conduit l'auteur à conclure : les injections de blanc d'œuf sont incapables de produire, non seulement les lésions de la néphrite, mais même une albuminurie pathologique.

L'IMMUNITÉ PAR LES VACCINS CHIMIQUES. PRÉVENTION DE LA RAGE PAR LE VACCIN TANACÉTIQUE OU LE CHLORAL, par le docteur H. PEYRAUD. — Paris, 1888. G. Masson.

Il existe, en dehors de l'élément contage, des substances qui déterminent l'immunité; elles peuvent être produites soit par le contage lui-même, se développant dans un organisme vivant ou bien dans un autre milieu favorable, ou elles peuvent être retirées toutes formées du règne végétal et, dans ce cas, se rapprochent chimiquement des produits animaux. Elles constituent des vaccins chimiques dosables, des médicaments, des leucomaïnes-vaccins. C'est par habitude toxique, par gymnastique fonctionnelle, par mithridatisme, autrement dit par accommodation de l'organisme à leur présence que ces substances déterminent l'immunité. Si ces faits sont nouveaux par rapport à la lutte contre les virus, ils sont depuis longtemps connus contre les venins. On ne peut encore préjuger dans quelle mesure existera l'immunité par ce vaccin; mais il est à supposer qu'il faudra revenir fréquemment à la vaccination pour produire le plus possible et le plus loin possible l'habitude toxique. Les règles ne peuvent être invariables à cause de la tolérance plus ou moins grande des divers organismes pour les poisons. Il sera difficile de vacciner après inoculation du virus quand on aura affaire à une maladie dont la période d'incubation sera courte, le temps manquant pour déterminer l'accoutumance; avant l'inoculation on pourra, avec de sages précautions, arriver progressivement à créer l'immunité. Il faudra toujours songer que le poison de la maladie doit pouvoir être supporté par le sujet en quantité suffisante pour tuer les ferments qui l'ont produit, sans que, pendant ce temps, rien vienne troubler sérieusement le fonctionnement des organes et déterminer ainsi l'accumulation et la toxicité.

VARIÉTÉS

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Fournier, maire de Tours, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, pendant l'année scolaire 1888-1889, à M. Lannelongue, professeur de pathologie chirurgicale. M. Bouilly, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de pathologie chirurgicale.

MM. les professeurs Verneuil et Charcot sont dispensés du service des examens pendant l'année 1888-1889.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Les concours des cliniciats de la Faculté de médecine de Montpellier viennent de se terminer par la nomination de M. le docteur Diffre comme chef de clinique obstétricale, et de M. le docteur Estor comme chef de clinique chirurgicale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Par arrêté ministériel, en date du 1er août 1888, des concours s'ouvriront: 1° le 21 février 1889, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen; 2° le 25 février 1889, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Des concours pour les prix à décerner en 1888 à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux de Paris, s'ouvriront le lundi 3 décembre 1888 à quatre heures: à l'Hôtel-Dieu pour le concours de médecine; à l'hôpital de la Charité pour le concours de chirurgie et accouchement.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuves de ces concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Les épreuves de ces concours, récemment modifiées, sont réglées ainsi qu'il suit:

1° Un mémoire soit de médecine, soit de chirurgie, basé sur les observations recueillies dans les services pendant l'internat. Ce mémoire sera remis ouvert et devra être déposé au secrétariat général de l'administration le 15 octobre au plus tard.

2° Une épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne pour le concours de médecine ou sur un sujet de pathologie externe pour le concours de chirurgie et accouchement. Il sera accordé à chaque élève quinze minutes pour développer la question après quinze minutes de réflexion.

3° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie, soit interne, soit externe, suivant la nature du concours, et pour laquelle il sera accordé trois heures.

SUPPLÉANCES. — M. le docteur Kirmisson, agrégé, remplaçant M. le professeur Le Fort, commencera le jeudi 9 août, à neuf heures, des leçons cliniques à l'hôpital Necker. Il les continuera les mardi et jeudi de chaque semaine.

— M. le docteur Peugrueber, remplaçant M. le docteur Péan, commencera des leçons de clinique chirurgicale, samedi 11 août 1888, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, et les continuera les samedis suivants à la même heure, pendant les mois d'août et de septembre 1888.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le docteur Decaisne, qui s'est fait connaître par sa collaboration médicale à des journaux politiques et par un grand nombre de publications de vulgarisation scientifique, notamment en ce qui concerne les questions d'abus des boissons alcooliques et d'hygiène publique. Nous avons aussi le regret d'apprendre le décès de MM. les docteurs Voyel, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Chartres, et Allain, médecin principal de 1re classe de l'armée en retraite.

MORTALITÉ A PARIS (30e semaine, du 22 au 28 juillet 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 4. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 22. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs: cancéreuses, 39; autres, 6. — Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 61. — Bronchite aiguë, 5. — Bronchique chronique, 23. — Bronchopneumonie, 10. — Pneumonie, 24. — Gastro-entérite: sein, 15; biberon, 55. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 9. — Suicides, 17. — Autres morts violentes, 7. — Autres causes de mort, 142. — Causes inconnues, 10. — Total: 824.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La pratique du massage. Action physiologique. Emploi thérapeutique, par M. W. Murrell. Ouvrage traduit par M. le docteur Jennings, avec une introduction, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz. 1 vol. in-16 de 168 pages avec figures (*Petite bibliothèque médicale*). Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

La chirurgie journalière, par M. Després. 1 vol. grand in-8° de 8 pages avec 46 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 12 fr.

Traité de chirurgie clinique, par M. Tillaux. T. II, fascicule 1er. Affections chirurgicales de l'abdomen et des voies urinaires. Paris, Asselin et Houzeau. 6 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

15793 — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE D[r] L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 14 août 1888.

Le matériel de la désinfection.

La récente réunion du Congrès pour l'étude de la tuberculose a donné l'occasion à M. le professeur Proust de grouper, au Musée d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, des spécimens des appareils les plus perfectionnés pour pratiquer la désinfection en cas de maladie transmissible. Les découvertes de la microbiologie et l'habileté des constructeurs ont fait faire de tels progrès à la réalisation de cette méthode prophylactique et lui ont valu de tels succès, qu'il y a intérêt à fixer de temps à autre l'état de la science et de l'industrie sur ce sujet. L'année dernière, il a été rendu compte, à cette même place, des procédés mis alors en usage; depuis cette époque le matériel de la désinfection s'est encore augmenté, si bien qu'il peut aujourd'hui satisfaire à toutes les nécessités de la pratique.

L'ensemble des appareils réunis au Musée d'hygiène comprenait : 1° les désinfectants chimiques actuellement usités; 2° des appareils mécaniques destinés à projeter des liquides antiseptiques; 3° des étuves à désinfection, fixes ou locomobiles; 4° des appareils pour la désinfection et le nettoyage des crachoirs des tuberculeux. En ce qui concerne les désinfectants chimiques dont on se sert soit sous forme gazeuse, soit à l'état de dissolution plus ou moins concentrée, leur nombre augmente de jour en jour et il s'accroîtra assurément d'une manière continue, tant l'arsenal inépuisable de la chimie offre de ressources; toutefois on sent de plus en plus la nécessité de limiter ce nombre le plus possible, notamment pour la pratique hospitalière et pour la désinfection, privée ou officielle, à domicile. Nous avons déjà fait observer tout le parti qu'on pouvait tirer à cet effet des solutions phéniquées à 2 et à 5 pour 100 et de sublimé à 1 pour 1000; les recherches entreprises à l'Institut d'hygiène de Berlin par le docteur Laplace ont montré, d'autre part, que si beaucoup de désinfectants chimiques restent sans action sur les liquides albumineux, en raison de la coagulation de l'albumine qu'ils déterminent facilement, on peut, par l'adition d'acides, empêcher cette coagulation. C'est ainsi qu'il a prouvé que l'acide sulfophénique à 4 pour 100 (formé d'acide phénique impur et d'acide sulfurique du commerce) réussit même aussi bien que l'acide phénique pur à 5 pour 100 et que le sublimé à 1 pour 1000, additionnés d'acide tartrique ou chlorhydrique. L'addition des acides renforce l'action désinfectante de ces produits dans une proportion considérable, qui en rend l'application plus aisée, sûre et peu coûteuse. Dans la plupart des services sani-

FEUILLETON

Le corps de santé de la marine à la Chambre des députés.

C'est au moment où la Direction du service de santé militaire songeait à rétablir l'ancienne école de Strasbourg, que l'amiral Aube, ministre de la marine, fit signer au Président de la République le décret du 24 juin 1886, qui portait, comme l'expérience l'a démontré, un coup fatal aux écoles de médecine navale ainsi qu'au corps de santé qui en était sorti. Depuis cette époque, le ministre de la guerre n'a pas cessé de réclamer une école de médecine militaire, et, le 17 juillet 1888, la Chambre des députés vient de voter une loi autorisant le ministre à créer, dans la ville qu'il voudra bien choisir, un foyer d'instruction pour les jeunes médecins de l'armée.

La marine a été moins heureuse; car dans la même séance la Chambre a ajourné l'examen du projet de loi déposé par M. Georges Roche et pour lequel l'urgence avait été déclarée.

Il ne faut, du reste, pas en vouloir à nos honorables; car c'est sur la demande du ministre de la marine que cette décision a été prise, l'amiral Krantz ne se trouvant pas d'accord avec la commission parlementaire sur les mesures à prendre.

Il a été à plusieurs reprises parlé, dans la *Gazette hebdomadaire*, du décret du 24 juin 1886, aussi ne voulons-nous aujourd'hui qu'en juger les effets après deux années d'expérience. Le rapport de M. Georges Roche va nous fournir tous les renseignements nécessaires à cet égard et nous montrer, en même temps, quelles sont les décisions prises par la commission dont il est le rapporteur.

Commençons par examiner le point capital dans l'organisation d'un corps militaire : le recrutement. « Depuis

taires les mieux organisés, on ne fait pas usage d'autres antiseptiques, lorsqu'on a à désinfecter des produits excrémentitiels et à nettoyer des surfaces, telles que des parquets, des carrelages, des murailles ou des meubles, des vases et des objets qui ne pourraient pas supporter une température élevée. On s'en sert également pour les pulvérisations employées en chirurgie et en obstétrique, afin d'obtenir une atmosphère aseptique auprès des malades; en médecine enfin on l'utilise pour certaines affections transmissibles par l'air ou dans un but de désodorisation; dans ce dernier cas, l'on fait choix de désinfectants odorants par eux-mêmes ou bien on ajoute un parfum inerte à l'antiseptique.

Les expériences de M. le docteur Nicaise sur la température du spray, expériences communiquées la semaine dernière à l'Académie de médecine et dont nous avons parlé il y a huit jours montrent, comme il fallait s'y attendre, que la pulvérisation à chaud d'un liquide désinfectant n'a d'autre avantage spécial que de permettre la production automatique de l'effet cherché; la chaleur n'intervient pas ici d'une manière sérieuse dans la désinfection en elle-même. Il est cependant des cas où la pénétration du désinfectant est facilitée sous cette forme; cependant il n'existe pas encore, que nous sachions, de recherches qui permettent d'assurer une supériorité bien marquée à l'emploi des antiseptiques vaporisés à chaud, tandis que des faits assez nombreux sont favorables à l'emploi des solutions désinfectantes pulvérisées sans élévation de température. On a publié, de divers côtés, de nombreux mémoires, donnant des indications précieuses sur les applications de ce procédé. Les essais faits, il y a deux ans, à l'École militaire, à l'occasion d'une épidémie de fièvre typhoïde chez les chevaux des officiers qui suivent les cours de l'École de guerre, ont été des plus satisfaisants à cet égard et nous pourrions citer des applications également heureuses, faites à domicile et dans des services hospitaliers, pour divers cas d'affections contagieuses. Il faut alors se servir d'appareils permettant non seulement un lavage aussi rapide et aussi efficace que possible, mais surtout un léger dépôt superficiel par pulvérisation; le liquide doit sortir de l'appareil sous forme d'un brouillard épais; il nettoie assez vite pour que l'imprégnation des surfaces soit complète et que le séchage ultérieur se fasse également avec rapidité. Ce sont là des conditions importantes en pratique; car, lorsqu'elles font défaut, lorsque l'appareil, comme il arrivait jusque dans ces derniers temps, lavait avec trop d'abondance, il y avait à craindre des détériorations souvent graves et une humidité persistante; si bien qu'on en était arrivé à remplacer le lavage par l'emploi de la mie de pain avec laquelle on frottait les surfaces et qu'on brûlait ensuite dans un foyer.

La difficulté qu'on éprouvait, avec les anciens appareils, à faire pénétrer la substance antiseptique sur toutes les parties des surfaces plus ou moins lisses à désinfecter, l'impossibilité d'obtenir en un temps relativement court une action désinfectante réelle, conduisirent à tenter l'emploi de gaz antiseptiques; l'acide sulfureux est à peu près le seul qui soit encore usité dans ce but. Nous n'avons pas à rappeler les polémiques auxquelles son emploi a donné lieu depuis quelques années; ce que ne contestent pas ses partisans les plus résolus, c'est qu'il ne peut à tous égards servir que de pis-aller et que les appareils que nous venons d'indiquer l'emportent de beaucoup comme facilité d'exécution, diminution de durée de l'opération et puissance de pénétration. Reste l'emploi de la chaleur sèche ou de l'eau chauffée et de la vapeur, sous diverses formes.

Un excellent et remarquable travail, dû à M. le docteur Vinay, paru dans le *Lyon médical* du 5 août dernier, sur la vapeur surchauffée et la vapeur sous pression en hygiène, contient un intéressant historique critique des efforts faits pour rendre pratique la désinfection par la chaleur. L'air chaud, tout d'abord employé, notamment en Angleterre, ne peut être efficace qu'à des températures telles que les objets soumis à la désinfection sont détériorés; enfin, il pénètre avec une extrême lenteur; même dans un local hermétiquement clos, la répartition de la température est alors des plus inégales. Ce sont là des faits acquis par de nombreuses observations et qui ont fait rejeter l'air chaud dans la pratique de la désinfection. Puis on a songé à la vapeur surchauffée; mais celle-ci n'est pas autre chose que de l'air chaud; car, au-dessus de son point de saturation normale, la vapeur devient un gaz qui suit la loi de Mariotte, est avide d'humidité et éminemment desséchant. « Des expériences répétées ont prouvé, fait observer M. Vinay, que son action, au point de vue de la destruction des germes, est tout à fait insuffisante et irrégulière, et qu'elle est nulle sur les germes résistants. » Qu'est d'ailleurs la vapeur surchauffée? « C'est de la vapeur qui, après avoir été soustraite à la communication avec l'eau qui l'a produite, se trouve portée à

---

l'origine des écoles de médecine navale (1722), le corps de santé de la marine n'a pas cessé un seul jour de se recruter d'une manière régulière et facile. Jusqu'au décret de 1886, les élèves des écoles de Brest, de Rochefort, de Toulon, formaient la source presque exclusive de recrutement. »

Depuis ce décret, dans l'esprit de ceux qui en sont les auteurs, l'élément civil devait suffire à amener dans les rangs des médecins de la marine des docteurs civils en nombre suffisant pour remplacer les vacances par retraite, démission ou mort. Or, comme l'expose l'honorable M. Georges Roche : « En 1886, il a été admis 7 docteurs civils, dont 5 pendant le premier semestre, c'est-à-dire avant le décret du 24 juin, et deux pendant le second semestre, c'est-à-dire depuis la promulgation du décret. En 1887, il en est entré 8 »; en 1888, il en est entré 6, ce qui porte à 16 le nombre des docteurs entrés en deux ans dans le corps de santé de la marine. Si l'on compare ces chiffres à ceux des retraites volontaires et des démissions qui ont été de trente dans les six premiers mois d'existence du décret, on voit que le corps de santé vit sur son vieux fond et ne pourra bientôt plus fournir aux exigences du service.

Le recrutement par les écoles de médecine navale a, en effet, complètement disparu, et une décision du ministre de l'instruction publique leur supprime, à partir de novembre 1889, l'équivalence des inscriptions, c'est-à-dire le privilège des écoles de plein exercice. Devant cette mise en demeure, le ministre de la marine dut prendre un parti. Ne voulant pas rétablir les trois écoles, il songea à ne plus en laisser subsister qu'une et soumit à la commission de la Chambre *un projet de loi portant création d'une école de médecine navale et de deux annexes* (session de 1888, n° 2750). Dans ce projet de loi, il est dit que « les actes qui, en 1886, ont réorganisé le service de santé de marine, ne paraissent plus en harmonie avec les besoins de recrutement des médecins de l'armée de mer, » et plus loin : « Il importe de conserver avec un soin jaloux cette précieuse

une température supérieure à celle qui correspond à sa tension, soit par son passage au travers de serpentins ou de surfaces de chauffe spéciales, soit par le mélange direct de cette vapeur à l'air sec porté à une haute température. » On a prétendu que la vapeur surchauffée pouvait être utilisée avec succès pour la désinfection des murailles, des planchers, etc., dans les locaux habités? Ce qui rend ce procédé difficile à réaliser et d'une efficacité très instable, c'est précisément que la vapeur et l'eau surchauffée éprouvent un abaissement extrêmement rapide lorsqu'on les projette à une distance relativement faible. Ainsi, dans des expériences comparatives auxquelles nous avons assisté, nous avons vu qu'en faisant varier la pression depuis trois atmosphères jusqu'à dix, et en plaçant le jet à la distance moyenne de 0m,25 d'un thermomètre, la température variait de 64 degrés (pour trois atmosphères) à 75 degrés (pour dix atmosphères); à cinq ou six atmosphères, pression usuelle de marche moyenne, la température n'a pas dépassé 66 degrés. Si bien que la désinfection par la vapeur surchauffée n'a pu jusqu'ici réussir que dans des cas très limités, d'autant plus qu'il est impossible d'admettre que l'on puisse promener pendant plusieurs heures un jet d'eau surchauffée sur les parois d'une pièce tant soit peu étendue. Esmarch a montré, l'année dernière, que l'on peut faire monter notablement, jusqu'à 200 degrés, la température d'un jet de vapeur en plaçant sur son trajet un bec de Bunsen; mais là encore on a affaire à de la vapeur surchauffée, c'est-à-dire à de l'air chaud, le passage de la vapeur au travers de la flamme lui faisant perdre entièrement son eau de saturation. Ainsi, la vapeur d'eau surchauffée ne peut avoir que des applications très restreintes en hygiène, dans des locaux qui ne craignent aucune détérioration. pour des germes très peu résistants; il ne faut pas espérer que pour la désinfection des murailles, de parquets, etc., dans les habitations, elle puisse jamais remplacer les projections de liquides antiseptiques, dans les conditions et avec les appareils que nous avons indiqués plus haut.

La désinfection du local lui-même où s'est produit un cas d'affection transmissible, quelque utile qu'elle soit, ne suffit jamais; ce qui importe surtout, c'est de détruire tout germe nocif dans les objets qui ont touché au malade ou ont été souillés par lui. Nous faisons allusion à la literie, aux linges et effets à usage, à tous les tissus salis ou suspects. Lorsque le service de la désinfection est bien organisé dans une ville, on doit apporter au domicile du malade, dès que son affection est connue, deux vases, avec fermeture siphoïde. Dans l'un d'eux les sécrétions et les matières alvines doivent être plongées dans une solution antiseptique, et l'autre vase est destiné à recevoir les linges souillés; ces vases doivent être changés à intervalles aussi rapprochés que possible et leur contenu conduit à l'établissement de désinfection. Cet établissement reçoit aussi, à la fin de la maladie, par guérison aussi bien que par décès, les matelas et effets à usage. Tous ces objets, formés de tissus plus ou moins épais, ne peuvent être désinfectés que dans des appareils fermés, tels que les étuves. Celles-ci sont fixes pour les grands établissements, ou mobiles lorsque, dans de petites agglomérations, on veut pratiquer la désinfection auprès du domicile contaminé, comme on l'a fait en France en 1887 et cet été encore dans le Poitou, lors des épidémies de suette miliaire, et comme on le fait couramment en ce moment dans les divers cantons de la banlieue parisienne. L'emploi de la chaleur dans les étuves a été expérimentée de diverses façons : l'air chaud n'a pas tardé à être abandonné, pour les raisons que nous donnions tout à l'heure; la vapeur d'eau à 100 degrés centigrades, sans pression, a donné de meilleurs résultats, mais elle exige que l'opération dure un temps assez long pour qu'il y ait lieu de craindre la détérioration des objets, car la durée d'application de la chaleur a toujours une importance aussi grande que celle de son intensité. Il en est de même de la vapeur surchauffée portée en vase clos; Esmarch vient, dans la *Zeitschrift für Hygiene*, 1888, de montrer qu'elle a un pouvoir désinfectant bien inférieur à celui de la vapeur à 100 degrés; elle n'aurait une action désinfectante réelle et rapide qu'à partir de 150 degrés, c'est-à-dire à un point qu'il est impossible d'atteindre sans compromettre la solidité des objets. On a fait aussi grand bruit, dans ces derniers temps, de certains appareils dans lesquels on avait à la fois de la vapeur et de l'air chaud, et de certains autres où les objets à désinfecter sont soumis à un courant continu de vapeur. Pour les premiers, il n'y a qu'à répéter ce que nous avons dit des étuves à air chaud : les effets y sont les mêmes que dans ce dernier cas. Quant aux seconds, l'on doit reconnaître qu'ils ne peuvent avoir d'action qu'autant que la vapeur à l'état de courant y est à une certaine pression; autrement la désinfection est si lente et si limitée à certains micro-organismes qu'elle devient impossible à réaliser dans une pratique un peu étendue. On arrive ainsi, par une série d'éliminations successives, aux étuves à vapeur humide

---

pépinière » des médecins de la marine, qui, « dévoués jusqu'à l'héroïsme, pleins de sang-froid dans le danger, praticiens expérimentés, opérateurs habiles, travailleurs consciencieux, ont porté à un si haut degré la réputation de la médecine navale. » C'est reconnaître, il nous semble, que, d'une part, le recrutement ne se fait plus et, d'autre part, que les anciennes institutions étaient bonnes puisqu'elles étaient susceptibles de donner de pareils résultats. La commission parlementaire a rejeté le projet du ministre et a adopté définitivement celui de M. Georges Roche, qui rétablit les trois écoles de Brest, de Rochefort et de Toulon.

Le rapporteur montre, en effet, par des chiffres éloquents, que le recrutement est absolument régional. En effet, sur 1288 étudiants admis dans ces écoles pendant la période 1871-1885, « la Charente-Inférieure a envoyé à Rochefort 199 élèves et 8 aux deux autres écoles, en total 207 élèves fournis par ce département. Le Finistère a donné à son école de Brest 166 élèves et 9 aux deux autres écoles, en total 175 étudiants envoyés à la marine par ce département. Enfin, le Var a fourni à son école de Toulon 123 inscrits et 3 élèves aux deux autres écoles, soit en total pour le département du Var, 126 étudiants. »

Les autres jeunes gens provenaient des départements limitrophes. « Il est donc certain, écrit en se résumant le rapporteur, que c'est aux populations maritimes et à celles des départements qui ont des relations faciles avec nos ports qu'il faut demander nos médecins de la marine. »

La commission parlementaire rétablit les professeurs comme avant le décret du 26 juin, avec les avantages acquis par le concours auquel tout le monde peut prendre part. Elle en élève même le nombre, donnant à des médecins les trois chaires d'histoire naturelle qui appartenaient autrefois à la ligue pharmaceutique. Elle augmente aussi la limite d'âge du corps enseignant, qu'elle porte de 65 à 68 pour les professeurs médecins en chef et de 62 à 65 pour les professeurs, se fondant sur les limites d'âge adoptées

sous pression. Ici la vapeur provient « directement de la vaporisation continue d'eau chauffée elle-même en vase clos à une température supérieure à 100 degrés centigrades; elle est toujours à l'état de saturation, et par conséquent sa force élastique croît avec la température. » Le problème que ces appareils ont pour but de résoudre est celui-ci : obtenir dans tous les points, sans exception, d'un objet à désinfecter, et quel que soit cet objet, une température suffisante pour y détruire tous les microbes spécifiques des affections transmissibles, faire que cette opération s'effectue dans un temps très court, à une température assez modérée, sous une pression assez faible et dans des circonstances de sécurité assez grandes pour que les objets soient réellement désinfectés sans être détériorés.

Parmi les objets à désinfecter, ce sont les balles de chiffons, puis les matelas, qui offrent le plus de difficultés, en raison de l'épaisseur et de l'état compact des tissus qui les composent; pour pouvoir juger de la valeur d'un système d'épuration, c'est donc avec ces objets qu'il faut expérimenter. Il est non moins nécessaire, pour plus de sécurité, de pratiquer l'essai des appareils avec des micro-organismes très résistants, et non pas, comme on le fait trop souvent dans certains pays étrangers, avec des germes dont la destruction est facile à des températures relativement basses. On sait que notre industrie sanitaire a fourni depuis quelque temps des appareils qui satisfont à toutes ces conditions, même les plus rigoureuses; mais ce que l'on sait moins, c'est que les étrangers qui se sont donnés la peine de les essayer comparativement, comme on vient de le faire en Danemark, en Italie et en Roumanie, ont dû reconnaître le bien fondé des expériences françaises et proclamer la supériorité du système de désinfection par la vapeur humide sous pression, tant pour la rapidité de l'opération et son efficacité absolue, que pour la conservation des tissus.

On s'est aussi efforcé d'appliquer la vapeur sous pression modérée à la stérilisation préalable et à la désinfection des instruments de chirurgie; il est incontestable que les appareils essayés dans ce but ont donné des résultats expérimentaux très appréciables, et supérieurs à ceux que d'autres procédés avaient jusqu'ici procurés.

En cas de tuberculose, il faut aussi songer à pratiquer la désinfection et le nettoyage des crachoirs de phthisiques, avant que les crachats aient pu se dessécher et répandre dans l'atmosphère l'organisme contagieux qu'ils renferment. Les matières auxquelles les bacilles sont ici incorporés sont grasses, visqueuses, ce qui rend le nettoyage des crachoirs assez malaisé, à moins d'employer des solutions lessivantes de potasse ou de soude. D'autre part, le bacille se détruit bien à une température de 65 à 70 degrés centigrades, mais la pratique a montré qu'il fallait avoir de l'eau plus chaude encore, si l'on veut que la destruction soit rapide et complète. Des essais tentés de divers côtés et à plusieurs reprises, depuis plusieurs années, ont montré que l'eau bouillante ou la vapeur d'eau, même additionnée de soude ou de potasse pour en retarder l'ébullition et dissoudre les matières grasses, exigeait un temps très long et ne réussissait pas d'une manière constante, à moins de se servir de dispositifs spéciaux. Une telle opération doit, en effet, pouvoir se faire très rapidement, si l'on veut qu'elle devienne pratique, soit à domicile, soit dans les établissements hospitaliers; il faut aussi qu'elle revienne au plus bas prix possible. Dans les essais que nous rappelons, on observait en particulier des abaissements de température considérables, qui obligeaient à prolonger soit l'arrivée d'eau chaude ou de vapeur dans le vase contenant les crachoirs, soit l'ébullition de l'eau dans la boîte où l'on portait ceux-ci; en désespoir de cause, on était allé jusqu'à recommander de faire cracher les tuberculeux dans des crachoirs en papier ou en bois pouvant ensuite être jetés dans un brasier. Dans ces derniers temps, une solution plus rationnelle de ce curieux problème a été trouvée : en calculant les dimensions du jet de la solution saline bouillante, en disposant le vase qui renferme les crachoirs de façon à ce qu'il soit mis à l'abri de toutes les causes de déperdition de chaleur, on est parvenu à obtenir immédiatement, dans toute la masse, une température suffisante pour la destruction des bacilles tuberculeux et le nettoyage rapide des crachoirs.

Comme on le voit, l'arsenal de la désinfection s'est tellement augmenté et perfectionné, qu'il permet maintenant de pratiquer cette mesure prophylactiques dans toutes les circonstances et pour tous les cas où elle est indispensable. Les procédés qu'on peut mettre en usage sont, en général, devenus peu coûteux; le fussent-ils, qu'il n'est pas, on le sait, de meilleure économie que celle d'une épidémie; car il en coûte dix fois plus cher pour la combattre que pour la prévenir. Les exemples abondent à l'appui de cet aphorisme, qui a toujours été celui des législateurs et des peuples soucieux de la santé publique.

---

pour les universités. Elle supprime le grade d'aide-médecin, mais le remplace par des élèves stagiaires, reçus au concours, soldés par le gouvernement et terminant leurs examens de doctorat sans avoir leur travail interrompu par la navigation. En somme, elle remet en vigueur, sauf quelques modifications, le décret d'août 1885.

Un des points qui particularisaient le plus le corps de santé de la marine, était l'avancement par le concours, jusqu'au grade de capitaine inclusivement. Le concours institué en 1793, par une loi, comme le montre M. Georges Roche, forçait les médecins à travailler, à se tenir toujours en haleine et leur donnait l'indépendance dans les pénibles moments où soit à la mer, soit aux colonies, ils sont obligés de prendre les intérêts de la santé du matelot et parfois de se mettre en désaccord avec le commandement. Le concours qui aujourd'hui tend de plus en plus à s'imposer partout, avait été pourant supprimé par le décret du 24 juin. La Chambre, par a plume de son rapporteur, l'a rétabli en demandant deux sessions par an au lieu d'une et en permettant à tous ceux reconnus admissibles de concourir à l'absence et d'arriver certainement à être promu par l'adjonction annuelle d'un nombre de points déterminé.

Les chances d'avancement sont aussi augmentées pour tout le monde. Il n'y a, pour le moment, que 15 pour 100 d'officiers supérieurs dans le corps de santé de la marine; tandis que le génie maritime, corps similaire, en a une proportion de 50 pour 100. M. Georges Roche propose le nombre de 132 officiers supérieurs pour un total de 622 officiers, soit 22 pour 100, proportion encore bien inférieure à celle que la loi du 16 mars a donnée à la médecine militaire et qui est de 32 pour 100.

Enfin l'inspection générale est rétablie. C'est là, paraît-il, la question particulièrement brûlante du projet de loi. C'est encore le décret du 24 juin qui a supprimé le grade et les fonctions de l'inspecteur général du service de santé de la marine. Comme le dit M. Georges Roche, aucune

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

INFLUENCE DES EXCITATIONS DU CERVEAU SUR LES PRINCIPALES FONCTIONS ORGANIQUES, par M. FRANÇOIS-FRANCK.

(Fin. — Voyez le n° 32.)

II. — INFLUENCE DES EXCITATIONS SIMPLES ET ÉPILEPTOGÈNES DU CERVEAU SUR L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Les faits d'observation quotidienne, de même que les expériences directes, établissent l'influence du cerveau sur l'appareil circulatoire; mais le sens de cette influence, sur le cœur en particulier, ne ressort pas nettement des recherches expérimentales: d'après les auteurs qui ont exécuté ces recherches, l'irrégularité et l'inconstance des réactions paraissent être la règle: le cœur se ralentit ou s'accélère, la pression s'élève ou s'abaisse; au cours d'une même expérience tous ces effets se confondent; aucune loi ne semble pouvoir être formulée.

Toutes les recherches dont il s'agit ont été faites sur des animaux curarisés, dans le but d'éviter les perturbations produites par les réactions volontaires et par les mouvements provoqués. Nous avons été amené à penser, à la suite de nombreuses expériences sur les troubles circulatoires d'ordre épileptique, que la plupart des résultats observés par les physiologistes sur les animaux curarisés, ne sont que des accidents d'épilepsie interne, et nous avons développé cette opinion dans nos Leçons de 1884. M. Vulpian a, de son côté, étudié avec la même idée les réactions circulatoires de l'épilepsie organique et a présenté sommairement ses résultats à l'Académie des sciences: nos recherches ne font que confirmer ses vues, tout en différant très notablement de ses conclusions par les résultats.

Pour introduire un certain ordre dans l'exposé de nos recherches, nous examinerons successivement: 1° les troubles circulatoires accompagnant les convulsions; 2° ceux qui se produisent chez les sujets curarisés, atteints d'épilepsie interne; 3° les effets circulatoires des excitations corticales simples, non épileptogènes.

§ 1er. — *Modifications circulatoires accompagnant les convulsions épileptiformes produites par les excitations corticales.*

Un grand nombre d'expériences pratiquées depuis 1878 et dans lesquelles les convulsions ont été enregistrées en même temps que la pression artérielle et ses variations cardiaques (1) nous a conduit à formuler les principaux rapports qui existent entre la forme des convulsions et le sens des modifications subies par le cœur et par les vaisseaux dans les accès épileptiques: ces rapports peuvent être énoncés ici d'une façon sommaire:

1° *Troubles circulatoires des accès complets (tonico-cloniques).* — Au cours d'une même attaque, les battements du cœur changent de fréquence de la façon suivante: pendant la phase tonique généralisée, un ralentissement plus ou moins notable se produit, mais il est rapidement remplacé, dès que le tétanos se dissocie et que commence la période vibratoire et clonique, par une accélération qui peut atteindre un chiffre très élevé; cette augmentation de fréquence s'atténue ensuite, quand les secousses s'espacent davantage, mais souvent on voit le cœur rester un certain temps plus accéléré que normalement, alors que l'attaque convulsive est terminée.

Ce résultat peut se formuler ainsi: *ralentissement du cœur pendant la phase tonique générale; accélération pendant les convulsions cloniques.*

La figure schématique ci-jointe (fig. 2), obtenue par la superposition des courbes de la fréquence du cœur (Cœ) de la pression artérielle (Pr) et des secousses convulsives (M) montre, en effet, que pendant la phase tonique (T) le cœur se ralentit, pour s'accélérer ensuite très notablement pendant la phase clonique (Cl), de deux accès provoqués par l'excitation corticale (50 G.).

La pression artérielle subit d'importantes modifications en même temps que le cœur se ralentit d'abord, pour s'accélérer ensuite dans les accès successivement toniques et cloniques. Elle tend toujours s'élever à cause du spasme vasculaire qui accompagne les accès (voy. § 3), mais on comprend qu'elle doive subir une chute plus ou moins profonde pendant la période où le cœur se ralentit: cette influence dépressive cardiaque peut être très accusée, comme dans le deuxième cas (figure de droite) du diagramme ci-joint; elle peut être nulle, comme dans le premier cas du même diagramme: la différence tient au degré du ralentissement du cœur; souvent même, si la fréquence cardiaque est peu modifiée, le spasme vaso-moteur se manifeste librement par une notable augmentation de pression. Pendant la phrase clonique qui s'accompagne d'accélération du cœur, la pression, entretenue par le cœur, peut s'élever à des chiffres considérables.

2° *Troubles circulatoires des grands accès incomplets, exclusivement cloniques.* — Dans les accès cloniques généralisés ou étendus à une grande partie du corps, le cœur et la pression artérielle subissent exactement les mêmes

(1) Le détail de ces expériences a été donné dans l'Appendice à nos Leçons [p. 419 à 562] (O. Doin, 1887).

---

raison n'a été et ne pouvait être donnée de cette décapitation du corps de santé. « Ce n'a pas été par raison d'économie, puisque le traitement de l'inspecteur général a servi à augmenter celui des six directeurs. Ce n'a pas été davantage par mesure générale, puisqu'on n'a pas touché aux autres inspecteurs similaires du département, non plus que pour se modeler sur le département de la guerre, puisque la loi de 1882 a créé un inspecteur général pour le service de santé. » On a inventé que l'inamovibilité de ce serviteur le mettait à l'égard du ministre dans une quasi-indépendance incompatible *avec la hiérarchie militaire et avec la responsabilité ministérielle* (sic); mais ce que ne pouvait dire le très honorable rapporteur et ce que tout le monde sait dans la marine, c'est qu'on n'a renversé l'inspection générale que parce que pour y arriver il fallait sortir de l'enseignement, et qu'ainsi cette place était fermée à certaines personnalités qu'il est inutile de désigner plus explicitement.

Le projet de loi rétablit intégralement ce grade et fait valoir que la nature et les fonctions de cette haute situation, touchant à la fois à la direction des écoles et au service général ne permet de choisir l'inspecteur général que parmi les directeurs ayant appartenu à l'enseignement, comme cela a été d'ailleurs prescrit jusqu'ici par tous les règlements.

« La limite d'âge de ce grade est même augmentée et portée jusqu'à soixante-dix ans. L'inspecteur général doit de plus faire partie du conseil d'amirauté comme ses collègues des autres corps. »

Telles sont les dispositions générales du projet de loi déposé par M. Georges Roche qui réclame pourtant encore la direction, l'administration et la police des hôpitaux pour les directeurs des ports.

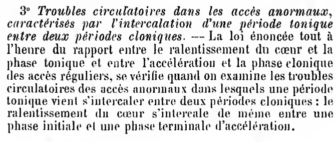
La loi arrivera-t-elle à voir le jour? il faut l'espérer, car de l'aveu de ceux qui, dans les petits grades, ont les charges du service, le dégoût est profond dans tout le corps de santé.

modifications que dans la phase clonique des accès complets successivement toniques et cloniques.

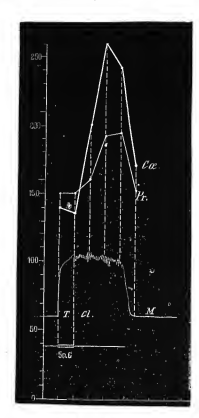
La figure ci-jointe, dans laquelle nous avons réuni trois types d'accès cloniques, suffit à légitimer les deux propositions suivantes :

a. L'accélération du cœur est la règle dans les accès cloniques; le degré auquel elle arrive, présente un certain rapport avec l'intensité des convulsions;

b. L'élévation de la pression artérielle s'observe aussi avec une constance presque absolue.



3° *Troubles circulatoires dans les accès anormaux, caractérisés par l'intercalation d'une période tonique entre deux périodes cloniques.* — La loi énoncée tout à l'heure du rapport entre le ralentissement du cœur et la phase tonique et entre l'accélération et la phase clonique des accès réguliers, se vérifie quand on examine les troubles circulatoires des accès anormaux dans lesquels une période tonique vient s'intercaler entre deux périodes cloniques : le ralentissement du cœur s'intercale de même entre une phase initiale et une phase terminale d'accélération.



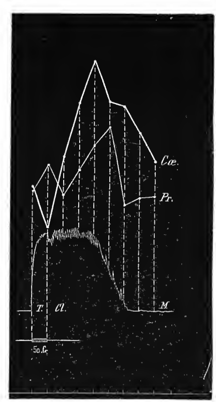


Fig. 2. — Diagramme des variations de la fréquence du cœur et de la pression artérielle pendant les phases tonique (T) et clonique (Cl) de deux accès épileptiques complets.

§ 2. — *Troubles circulatoires des accès épileptiques masqués par la curarisation (accès organiques, épilepsie interne).*

Chez les animaux curarisés, les excitations corticales provoquent des modifications circulatoires dont la signification est, au premier abord, très difficile à préciser: ce qu'on en peut dire (et ce qu'en ont dit les expérimentateurs qui nous ont précédé), c'est que le cœur subit des variations que ne semble régir aucune loi, qu'il se ralentit

---

M. Georges Roche a prévu dans son projet tous les points importants et permet surtout, par l'augmentation du nombre des officiers supérieurs, à tout médecin de la marine d'être retraité avec ses quatre galons. C'était là la principale, peut-être la seule réforme à faire.

La rivalité, si exploitée par certaines personnes, du corps naviguant contre le corps enseignant était beaucoup plus apparente que réelle. Elle est arrivée à renverser un édifice dont les bases avaient été posées depuis plus d'un siècle. Il est toujours facile de démolir, plus difficile de reconstruire, surtout quand avec le temps le mal devient de jour en jour plus profond.

Lorsque dans un corps organisé quelconque, il y a dix fois plus de départs que d'entrées, on peut prévoir le moment fatal où le service en temps de paix ne sera plus possible ; que serait-ce s'il y avait la guerre !

Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts. — A la suite du décès du docteur Fieuzal, M. H.-Ch. Monod, directeur de l'Assistance publique en France, a proposé les modifications suivantes dans le fonctionnement de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, modifications approuvées par le Ministre. A l'avenir la clinique est dédoublée et comprend deux médecins titulaires, les directeurs Abadie et Trousseau, deux suppléants, les docteurs Valude et Chevallereau; chacun de ces médecins aura trois jours de consultations par semaines et trois jours de séance opératoire. Les médecins et suppléants ne pourront plus avoir de clinique ophthalmologique personnelle.

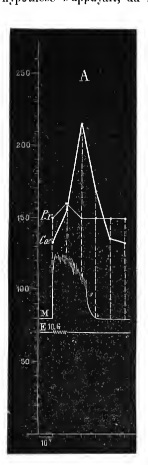
Il a été décidé, en outre, que les malades devront produire, non seulement un certificat d'indigence, mais encore une attestation délivrée par le percepteur de leur localité, et constatant qu'ils n'ont pas les moyens de se faire soigner à leurs frais.

---

ou s'accélère, ou bien diminue d'abord de fréquence pour précipiter ensuite ses battements, ou enfin s'accélère pour se ralentir en second lieu.

En comparant les résultats graphiques de nos expériences chez les animaux curarisés à ceux que nous avaient fournis les expériences sur les animaux, présentant des convulsions externes, nous avons été frappé de la similitude des troubles circulatoires dans les deux cas. Dès lors nous avons supposé que les effets cardio-vasculaires des fortes excitations corticales chez les animaux curarisés sont presque toujours d'ordre épileptique et manifestent chez eux l'état épileptique réduit à ses manifestations organiques. Cette hypothèse s'appuyait, du reste, sur l'examen des variations pupillaires, poursuivi comparativement chez les sujets avec convulsions externes ou sans convulsions.

L'expérience a montré que cette interprétation était logique : en agissant sur des sujets dont on conservait un membre comme témoin d'attaque, (ce membre étant préservé de la curarisation par une circulation artificielle ou par la compression des vaisseaux), ou bien en opérant sur des animaux curarisés à la limite, nous avons acquis la certitude que les réactions du cœur et des vaisseaux sont presque toujours d'ordre épileptique chez les sujets curarisés, soumis à de fortes excitations corticales épileptogènes ; ces réactions consistent, comme chez les animaux normaux, en ralentissement du cœur, suivi d'accélération, ou en accélération





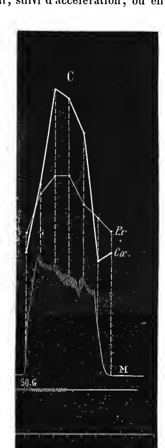


Fig. 3. — Diagramme des variations de la fréquence du cœur et de la moyenne de la pression artérielle dans trois types d'accès épileptique tronqués, exclusivement cloniques.

A, accès hémiplégique violent; B, accès hémiplégique peu intense; C, accès clonique violent et généralisé.
La valeur de l'augmentation de fréquence du cœur est en rapport avec l'étendue et l'intensité des convulsions cloniques.

seule avec élévation de pression : la pupille, excellent témoin d'attaque, se dilate en même temps que le cœur et les vaisseaux subissent les effets indiqués.

§ 3. — *Indépendance réciproque des effets cardiaques et des effets vasculaires qui accompagnent les accès épileptiques avec ou sans convulsions externes.*

L'existence indépendante d'influences vaso-motrices se déduit d'un certain nombre de preuves dont les plus décisives sont les suivantes :

1° *Malgré le ralentissement même notable du cœur* pendant la période tonique des accès, la pression artérielle peut s'élever d'une quantité souvent importante : c'est évidemment à une influence vaso-motrice constrictive, assez énergique pour contre-balancer les effets dépresseurs du ralentissement cardiaque, qu'est dû ce phénomène ;

2° *En l'absence de toute modification cardiaque* qu'on pourrait supposer de nature à élever la pression dans les artères, on voit celle-ci subir une ascension souvent très notable : ici encore, la provenance vaso-motrice de l'augmentation de pression apparaît avec évidence ;

3° *Après la double section des pneumogastriques et dans l'empoisonnement par l'atropine,* les excitations corticales épileptogènes provoquent encore l'élévation de la pression artérielle, toute influence du cœur restant hors de cause ;

4° *La comparaison de la pression directe et de la pression récurrente dans une artère* établit de même la provenance vaso-motrice de l'élévation de la pression dans le bout central d'une artère ;

5° *Enfin, et surtout, l'opposition des courbes de la pression artérielle et des changements du volume d'un*

organe, montre l'importance des effets vaso-moteurs provoqués par les excitations épileptogènes du cerveau. Quand un organe vasculaire, comme le rein ou la patte d'un animal, revient énergiquement sur lui-même et se contracte au point de ne plus admettre d'ondées sanguines, en même temps que la pression subit une grande élévation dans les artères, il ne peut y avoir de doute sur le mécanisme vaso-moteur de cette élévation de pression. C'est ce qu'établira nettement la figure ci-contre, fournie par une expérience dans laquelle on explorait simultanément le volume d'un rein, avec l'appareil de Ch. Roy modifié, et la pression arté-

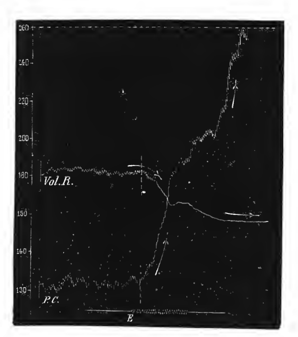


Fig. 4. — Opposition des courbes de la pression arterielle (P. C.) et du volume du rein (vol. R.). Sous l'influence des excitations corticales E on voit la courbe manométrique s'élever très rapidement (de 130 à 260 millimètres Hg.), tandis que le rein se resserre énergiquement sans que le cœur subisse de ralentissement, l'animal étant atropinisé. La provenance vaso-motrice de cette grande élévation de pression artérielle est établie par la diminution simultanée du volume du rein.

rielle avec le manomètre à mercure : le *croisement* des courbes est ici des plus significatifs (figure 4) ;

6° Le spasme vasculaire est la règle, dans toutes les formes et à toutes les phases des accès, contrairement à ce qui s'observe pour le cœur qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, se ralentit pendant la phase tonique et s'accélère pendant la phase clonique des grands accès. Ce n'est que dans la période terminale et à la suite des attaques qu'on peut observer une dépression artérielle indiquant soit une surdilatation consécutive à une énergique constriction, soit une vaso-dilatation active : nous n'avons pas les éléments nécessaires pour nous prononcer sur la nature active ou passive du phénomène ;

7° *L'existence de troubles cardiaques indépendants des troubles vasculaires* se déduit directement de l'observation du ralentissement et de l'accélération qui se produisent quel que soit le sens dans lequel varie la pression artérielle. Pour plus de certitude, on peut montrer que le ralentissement du cœur, par exemple, continue à se produire quand on a supprimé toute manifestation vaso-motrice par la section sous-bulbaire de la moelle.

§ 4. — *Effets circulatoires d'origine corticale, indépendants de l'état épileptique.*

Tout en n'acceptant qu'avec une grande réserve comme réactions circulatoires simples, les modifications cardio-vasculaires qui rappellent les types des réactions d'ordre épileptique, nous ne mettons cependant pas en doute l'existence d'effets cardiaques et d'effets vaso-moteurs d'origine corticale, non épileptiques : le tout est de bien préciser ces effets et de ne pas retomber dans la confusion que nous avons reprochée aux auteurs qui nous ont précédé ; nous chercherons à éviter cette erreur dans le résumé qui suit :

1° *Effets cardiaques simples, liés aux excitations du cerveau.* — En mettant à part tous les cas dans lesquels une manifestation convulsive, même localisée, ou bien un phénomène organique, tel que la dilatation pupillaire persistante chez un animal curarisé, pourrait laisser un doute sur la provocation de l'état épileptique, on se trouve en présence d'un nombre très restreint de réactions cardiaques simples.

Ces réactions existent cependant : elles consistent en une modification régulière de la fréquence du cœur, soit dans le ralentissement, soit dans l'accélération, et non dans l'association irrégulière de ces deux effets. Que l'un ou l'autre apparaisse, il survit, en décroissant, aux mouvements simples qui se sont produits sous l'influence de l'excitation corticale, ou bien, si l'animal a été curarisé, la modification cardiaque persiste un temps variable après l'excitation.

Le sens de la réaction (ralentissement ou accélération) ne peut être prévu et n'affecte aucun rapport avec le siège de l'excitation, bien que celle-ci ne se montre efficace que quand elle atteint la zone dite motrice ou se propage jusqu'à elle. Nous n'avons aucune raison de croire que certains territoires de cette zone provoquent plus spécialement les effets modérateurs que les effets accélérateurs : le sens de la réaction nous paraît surtout varier avec l'intensité des excitations et le degré d'excitabilité du cerveau.

C'est dire que nous n'avons aucune tendance à admettre l'existence de centres corticaux commandant à la fréquence des mouvements du cœur, les uns en rapport avec l'accélération, les autres avec le ralentissement : la surface excitable du cerveau se comporte comme une surface sensible, aussi bien au point de vue des réactions cardiaques qu'à celui des autres réactions organiques.

2° *Effets vaso-moteurs simples, non épileptiques, produits par les excitations du cerveau.* — Le nombre des exemples de réactions vaso-motrices simples se réduit singulièrement, tout comme celui des réactions cardiaques, quand on élimine tous les cas suspects de manifestations épileptiformes avec ou sans convulsions externes. Il en reste cependant des types assez nets pour qu'on doive être tout aussi affirmatif au sujet de l'action vaso-motrice qu'au sujet de l'action cardiaque des excitations corticales modérées.

Nous n'acceptons comme réellement démontré que l'effet *vaso-constricteur* des excitations du cerveau, n'ayant pas observé d'exemples nets de dépression artérielle d'emblée, qui puisse indiquer une réaction vaso-dilatatrice.

L'effet vaso-moteur constricteur est à son maximum quand l'excitation intéresse les circonvolutions marginales ; on le retrouve, mais moins net, en excitant toute la surface de la zone motrice ; il ne se manifeste sous l'influence des excitations appliquées en dehors de cette zone que si elles se transmettent jusqu'à elle.

La réaction vasculaire produite par l'excitation d'un point quelconque de la zone motrice est *général :* elle ne se manifeste jamais dans le territoire musculaire correspondant à tel ou tel point de la zone, à l'exclusion des autres parties du corps ; elle n'affecte même pas de prédominance dans la région fonctionnellement dépendante du point excité, pas plus dans les réseaux carotidiens que dans les autres.

On ne peut donc chercher à délimiter dans l'écorce du cerveau des centres vaso-moteurs correspondant aux centres dits moteurs des membres. Mais ces remarques, éliminant l'hypothèse de centres vaso-moteurs distincts, laissent sub-

sister celle d'un centre vaso-moteur cortical unique : cette hypothèse n'a pas plus de valeur que la première ; l'écorce du cerveau joue le rôle de point de départ des réactions vaso-motrices, comme le ferait une surface sensible, et nullement celui d'organe producteur ; les véritables centres vaso-moteurs sont contenus dans le bulbe et dans la moelle et reçoivent des incitations cérébrales, comme ils reçoivent des incitations périphériques.

III. — Effets pupillaires simples et épileptiques produits par les excitations du cerveau (1).

Les expérimentateurs qui se sont préoccupés des effets oculo-pupillaires produits par les excitations du cerveau sont surtout Ferrier et Bochefontaine : ce dernier observe des effets pupillaires à la suite de l'excitation de presque toute la surface du cerveau ; le premier ne constate d'action sur la pupille qu'en excitant une partie limitée du gyrus sigmoïde et de la seconde circonvolution externe.

Il faut que les conditions d'observation aient été très différentes dans les deux cas pour expliquer une pareille divergence. En l'absence de renseignements sur ce point, nous avons repris cette étude, et nous avons trouvé au moins l'une des raisons de la différence des résultats obtenus par Ferrier et par Bochefontaine. Celui-ci, observant *toujours* la dilatation pupillaire, quel que fût le point excité, et la retrouvant à propos de l'excitation de la plus grande partie des circonvolutions, a eu évidemment affaire à des *réactions épileptiques*, et non, comme Ferrier, à des réactions simples.

Le résumé suivant légitimera cette affirmation ; l'analyse des faits que nous avons observés nous conduira à l'étude des réactions simples, en nous ramenant à la question de localisation posée par Ferrier.

§ 1er. — *Modifications de la pupille dans les accès convulsifs généralisés ou assez étendus produits par l'excitation corticale.*

La dilatation pupillaire bilatérale, totale ou presque totale, avec insensibilité de l'iris à la lumière, projection en avant et fixité des globes oculaires, écartement des paupières, congestion intense du fond de l'œil et de la conjonctive, est la règle dans les accès épileptiformes d'origine corticale, pour peu que ces accès soient violents et étendus. Dans les accès localisés, même dans ceux qui occupent la face et les paupières, la dilatation pupillaire fait défaut, ou du moins, si elle se produit, est à peine marquée.

La *forme* des accès n'a pas la même influence que leur intensité et leur étendue : que les convulsions affectent le type tonique ou clonique, pourvu qu'elles soient assez intenses, la dilatation pupillaire se produit dans tous les cas : elle s'associe dès lors aussi bien à l'accélération qu'au ralentissement du cœur et il n'y a aucun rapport à chercher entre les troubles cardiaques et l'irido-dilatation.

Comme celle-ci existe aussi bien dans la forme tonique que dans la forme clonique et que le resserrement des vaisseaux accompagne également ces deux formes on pourrait être tenté de subordonner, conformément à certaines théories, la dilatation de l'iris au spasme vasculaire de cette membrane : la comparaison des courbes pupillaire et manométrique s'oppose à cette conclusion. On voit, en effet, que la dilatation de la pupille est à son maximum bien avant que le resserrement des vaisseaux ait atteint son plus haut degré et qu'elle s'atténue alors que les vaisseaux sont encore resserrés ; elle a disparu depuis un instant déjà, quand les vaisseaux commencent à revenir à leur calibre initial.

Les *rapports de l'irido-dilatation avec les phases successives d'un grand accès tonico-clonique* sont les suivants : la dilatation pupillaire débutant avec la contracture (souvent même la précédant et annonçant une attaque prochaine), s'accentue presque aussitôt et atteint très vite son maximum ; elle persiste au même degré pendant toute la phase tonique et la plus grande partie de la phase clonique ; la pupille a généralement repris son diamètre normal au moment où les convulsions cessent.

La *bilatéralité de la dilatation pupillaire épileptique est constante* ; d'ordinaire l'effet est identique des deux côtés ; quelquefois cependant la pupille du côté opposé à l'hémisphère excité se dilate la première et reste plus longtemps dilatée.

§ 2. — *Modifications pupillaires dans l'épilepsie organique, sans convulsions, provoquée par les excitations corticales, chez les animaux curarisés.*

La dilatation pupillaire se retrouve avec les mêmes caractères dans la forme *larvée, sans convulsions externes*, que provoquent les excitations énergiques du cerveau chez les animaux curarisés.

En effet : 1° Quand la curarisation n'est pas complète, on voit la pupille se dilater au moment où les secousses convulsives s'ébauchent dans les membres ;

2° Si un membre a été préservé par des ligatures appropriées de l'action paralysante du curare, ou soumis à une circulation artificielle de sérum normal, le sujet étant tout entier curarisé, on conserve un *témoin d'attaque* qui permet de mieux préciser les rapports de la dilatation pupillaire avec les phases de l'accès.

On arrive ainsi à conclure que la dilatation de la pupille débute souvent avant la contracture initiale, que toujours elle l'accompagne pendant toute sa durée, et qu'elle persiste au même degré pendant la phase clonique presque tout entière ; elle décroît en même temps que s'atténuent et s'espacent les secousses convulsives.

§ 3. — *Modifications pupillaires simples, non épileptiques, produites par les excitations corticales.*

Pour être considérées comme des réactions simples, indépendantes de l'état épileptique, les modifications oculo-pupillaires d'origine corticale ne doivent être associées à aucune des manifestations convulsives ou organiques de l'état épileptique ; elles ne doivent, en outre, présenter elles-mêmes aucun des caractères précédemment notés dans les cas d'épilepsie convulsive ou larvée.

1° Le *resserrement de la pupille* est à coup sûr sans aucun rapport avec l'état épileptique, puisque cet état se caractérise précisément par la dilatation pupillaire : nous avons donc là une réaction pupillaire simple, indépendante de toute manifestation convulsive.

Ferrier l'a obtenue sur le singe par l'excitation de la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure (n° 14) et de celle-là seulement ; chez le chien, il ne l'a observée qu'exceptionnellement par l'irritation de la troisième circonvolution externe ; nous l'avons notée comme une réaction normale des excitations de cette même circonvolution, ainsi que de la coupe des faisceaux blancs sous-jacents ; nous l'avons vue se produire dans les deux yeux à la suite d'excitations corticales unilatérales.

2° L'*irido-dilatation* obtenue par Ferrier par l'excitation des points 12 et 14 du cerveau du singe, du point 12 seul du cerveau du chien, a été au contraire observée par Bochefontaine comme la conséquence habituelle de l'excitation de la presque totalité de la convexité cérébrale chez le chien. Nos expériences montrent que ce dernier expérimentateur a confondu les réactions irido-dilatatrices épileptiques avec les réactions simples. Nous avons obtenu celles-ci, chez le chien par l'excitation de la branche antérieure du gyrus sigmoïde et du gyrus supra-sylvien, chez le chat par l'exci-

(1) Pour le détail des faits et des discussions voy. François-Franck, *Leçons sur les fonctions motrices du cerveau*. O. Doin, 1887.

tation de la partie antérieure de la région supra-sylvienne et de la portion adjacente de la troisième circonvolution externe. Les autres points de l'écorce se sont montrés inactifs au point de vue irido-dilatateur, à moins qu'on ne provoquât des effets épileptiques, par des excitations trop répétées, trop fortes ou trop prolongées.

Sur la coupe des faisceaux blancs du centre ovale, l'irido-dilatation a été produite par l'excitation des faisceaux provenant de la branche antérieure du gyrus sigmoïde, et de la branche supérieure du plicourbe.

Plus profondément, au niveau du pied de la couronne rayonnante et de la capsule interne, nous avons retrouvé, groupés en un seul faisceau antérieurement situé, les fibres du centre ovale dont l'excitation produisait plus haut, en deux points distincts, l'irido-dilatation simple.

§ 4. — *Questions des centres corticaux oculo-pupillaires.*

Faut-il voir dans les régions corticales dont l'excitation nous a fourni les réactions pupillaires simples, non épileptiques, des centres oculo-pupillaires directs, ou des centres sensitifs dont l'excitation évoque des impressions lumineuses et consécutivement les réactions iriennes qui leur correspondent ? Sans aborder cette question théorique, nous dirons que, pour les effets oculo-pupillaires, comme pour les autres réactions organiques, nous ne pouvons admettre dans l'écorce cérébrale que des points de départ analogues à des surfaces sensibles et non des centres, au sens propre du mot. Nous ajouterons que nous hésitons même à reconnaître des points de départ corticaux spécialisés pour chaque réaction irido-constrictive ou irido-dilatatrice : d'après nos expériences, en effet, les mêmes points du cerveau peuvent être l'origine d'effets oculo-pupillaires différents suivant les conditions actuelles du sujet. C'est un nouvel exemple d'*inversion* des réactions à ajouter à ceux que nous avons étudiés déjà : le sens de la réaction ne dépend pas tant de la fonction préétablie de la surface excitée que des conditions de réceptivité soit des centres bulbo-médullaires, soit des organes périphériques eux-mêmes.

François-Franck.

Clinique médicale

Pneumothorax et antisepsie pleurale. — Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 27 juillet 1888, par M. le docteur Moizard, médecin de l'hôpital Tenon.

La communication de M. le professeur Potain à l'Académie de médecine, au sujet de trois cas d'hydro-pneumothorax traités par l'évacuation du liquide, suivie de l'injection dans la plèvre d'air stérilisé, a appelé de nouveau l'attention sur le traitement de cette grave lésion thoracique.

Après MM. Czernicki, Hérard, Weill (de Heidelberg), M. Potain insiste sur l'influence favorable que peut exercer, dans certains cas, sur l'évolution des lésions tuberculeuses, la compression du poumon par les gaz épanchés dans la plèvre. C'est dans le double but de ne pas enlever au poumon le bénéfice de cette compression et d'assurer l'asepsie pleurale, qu'il a conçu sa méthode, mise en pratique dans trois cas, dont deux avec un plein succès; résultats bien remarquables, comparés surtout à la statistique de Weill qui relève quarante-quatre cas de mort sur quarante-six malades atteints de pneumothorax. C'est donc contre les accidents septiques consécutifs au pneumothorax que M. Potain a lutté; et il a bien mis en relief leur extrême gravité. Si, en effet, la perforation pulmonaire à la suite de l'emphysème donne lieu à un épanchement simplement gazeux qui peut se résorber rapidement et guérir au bout d'un mois, en moyenne, variété de pneumothorax sur laquelle M. Gaillard a rappelé récemment l'attention sous le nom de pneumothorax simple, sans liquide (*Archives de médecine*, mars et avril 1888), les observations de M. Desnos et Widal prouvent que dans cette variété même, la plèvre peut être le siège d'un épanchement purulent. Aussi, quand il s'agit de lésions tuberculeuses comme point de départ de la perforation pulmonaire, la pénétration dans la cavité pleurale, en même temps que du gaz, d'une quantité plus ou moins considérable de liquides purulents sécrétés par le poumon malade, détermine rapidement une pleurésie purulente, origine d'une véritable septicémie pleurale. Quand les phénomènes asphyxiques du début ont pu être enrayés, c'est là qu'est le danger. Si nous sommes, dans beaucoup de cas, presque désarmés contre les accidents asphyxiques du pneumothorax, nous pouvons plus efficacement combattre la septicémie pleurale qui en résulte. Les trois observations de M. Potain sont à cet égard des plus concluantes. Aussi, le hasard ayant amené dans mon service de l'hôpital Tenon deux malades atteints de pneumothorax suivis d'accidents de pleurésie infectieuse, avec épanchement liquide ou abondant dans un cas, sans épanchement dans l'autre, j'ai essayé de lutter contre la septicémie pleurale, par un moyen très simple, à la portée de tous les praticiens.

Dans un cas, le succès a été complet. Dans le second, beaucoup moins favorable, en raison de la gravité des lésions pulmonaires, il y a eu grande amélioration pendant plusieurs semaines. Je vous demande la permission de vous relater très brièvement l'histoire de ces deux malades.

Le premier, âgé de quarante-deux ans, est entré à l'hôpital le 16 mai 1888. C'est un homme d'apparence encore vigoureuse, ne présentant aucun antécédent, héréditaire ou personnel, digne d'être noté, et dont la santé a été excellente jusqu'en octobre 1887. A cette époque, il contracta une bronchite qui fut suivie, au mois de janvier, d'une pleurésie gauche. Depuis ce moment, le malade tousse; il a perdu ses forces, a sensiblement maigri, et n'a pu reprendre son travail. Le 6 mai, à la suite d'un refroidissement, la toux devient plus violente et, dans une quinte, il éprouve brusquement, dans le côté droit, une douleur très vive, suivie immédiatement d'une angoisse profonde et d'une dyspnée des plus intenses. Dès le soir éclate une fièvre violente, qui s'accentue les jours suivants, s'accompagne de délire et de symptômes graves d'adynamie qui nécessitent l'entrée du malade à l'hôpital. Le 16 mai, je constate les signes classiques d'un hydro-pneumothorax total du côté droit, avec épanchement liquide peu abondant. A gauche, l'examen attentif du poumon est complètement négatif.

Ce qui frappe surtout, c'est l'état général du malade. Il a absolument l'aspect d'un typhique. La langue est rouge à la pointe, desséchée, tremblottante; le ventre est ballonné, la rate un peu augmentée de volume. Il y a une diarrhée abondante et fétide. Le délire, qui a été très violent pendant la nuit, persiste; le malade répond à peine aux questions qu'on lui pose; il s'agite et la respiration est pénible : la température, qui était de 40 degrés le soir de son entrée, est le lendemain de 40°,1.

En présence de ces symptômes si graves, je pensai d'abord à une granulie contemporaine du pneumothorax. L'intégrité du poumon gauche et la coïncidence bien nette de la fréquence plus grande de la toux et de l'apparition des signes fonctionnels du pneumothorax me firent repousser cette idée, et rattacher les accidents fébriles et adinamiques à une pleurésie infectieuse déterminée par la perforation pulmonaire. Aussi voyant, au bout de huit jours, que si l'antipyrine parvenait à abaisser la température celle-ci restait pourtant élevée, oscillant entre 38°,5, le

matin, et 39, 39°,5, 40 degrés le soir, considérant toujours que l'état typhyque avec les symptômes indiqués plus haut persistait, je me décidai à intervenir et à m'attaquer à la septicémie pleurale, origine des accidents.

M. Potain venait de faire paraître sa communication et, comme tout le monde, j'en avais été vivement frappé. Mais, n'ayant pas les installations suffisantes pour procéder comme lui, je résolus, tout en cherchant à atteindre le même but, d'y arriver par des voies différentes. Du reste, je n'avais pas à me préoccuper de l'épanchement liquide, qui, contrairement à ce qui existait chez les trois malades de M. Potain, était peu abondant. Je m'arrêtai donc à l'idée d'injecter dans la plèvre une petite quantité du mélange suivant :

Teinture d'iode, alcool à 60 degrés, solution d'iodure de potassium au dixième, parties égales.

C'est la formule employée généralement en chirurgie pour les injections iodées. J'avais choisi l'iode, parce que sa valeur antiseptique est nettement établie, et aussi parce que j'espérais que sa volatilisation lente dans la cavité pleurale, sans augmenter sensiblement sa tension, pourrait avoir une action favorable sur les lésions tuberculeuses de la plèvre, et tout au moins combattre la pleurésie septique causée par la perforation pulmonaire.

Certes, on n'est point fixé sur l'action de l'iode sur l'évolution des bacilles de la tuberculose. Cependant, si les résultats des expériences entreprises à ce sujet sont contradictoires, certaines paraissent néanmoins concluantes. Si Lajoue (1), après avoir mélangé des crachats de tuberculeux à des solutions d'iode plus ou moins concentrées, obtient des inoculations positives sur les cobayes, Schill et Fischer (2) ne peuvent déterminer la tuberculose en injectant à des cobayes des crachats tuberculeux desséchés soumis à l'action prolongées des vapeurs d'iode : il est vrai qu'en employant des crachats frais non desséchés, leurs inoculations ont été positives. Entre les mains de Sormani et de Brugnatelli (3) les inoculations de crachats tuberculeux mélangés à l'iode ont donné des résultats tout à fait incertains, et ces auteurs ne concluent pas.

Les expérimentateurs précédents se sont efforcés de faire agir l'iode en solution alcoolique ou en vapeurs sur les crachats de tuberculeux; les suivants, pour étudier l'action de l'iode, ont imaginé de se servir de cultures du bacille tuberculeux. Pillatte (4) constate qu'à doses massives l'iode empêche le développement du bacille tuberculeux.

Enfin Villemin, dans sa très intéressante thèse (5), a étudié à son tour la question. Les milieux de culture employés par lui ont été confectionnés avec le bouillon de bœuf peptonisé et la gélose; des cristaux d'iode ont été mélangés avec le contenu des tubes et l'ensemencement a été fait. Le développement de la culture n'a pas été entravé. Villemin n'a pas cependant une confiance entière dans la valeur de ce résultat : il se demande si la matière organique coagulée autour du cristal d'iode n'a pas empêché la dissémination des vapeurs dans le tube.

Les résultats obtenus par ces divers commentateurs sont beaucoup trop contradictoires pour permettre encore de conclure à l'action de l'iode sur les bacilles tuberculeux. Aussi, est-ce seulement sa valeur antiseptique et son innocuité à petites doses qui me firent choisir la formule d'injection signalée plus haut.

(1) Lajoue, *Recherches expérimentales sur la contagion de la tuberculose par les inhalations de crachats de phthisiques*. Thèse de Nancy, 1884.

(2) Schill et Fischer, *Mittheilungen aus dem K. Gesundheitsamte*, 1884.

(3) Sormani et Brugnatelli, *Ricerche sperimentali sui neutralizzanti del bacillo tubercolare a scopo profilattico e terapeutico* (*Anali universali* février 1885).

(4) Pillatte, *Recherches expérimentales sur le bacille de la tuberculose*. Thèse de Montpellier 1885.

(5) Villemin *Étude expérimentale de l'action de quelques agents chimiques sur le développement des bacilles de la tuberculose*. Thèse de Paris 1888.

Quoi qu'il en soit, après avoir pris les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, et sans chercher à rien distraire de l'épanchement liquide, qui était peu abondant, j'injectai dans la plèvre, au niveau du cinquième espace intercostal, au moyen de l'appareil Potain, *trente grammes* de la solution ci-dessus indiquée.

Le malade n'accusa aucun malaise après cette injection. Sauf une légère cuisson, qui disparut au bout de quelques instants, il n'y eut ni douleur, ni dyspnée. Le soir, la température qui, la veille, était de 38°,8, ne dépassa pas 38 degrés. Le lendemain matin, elle était de 37°,4, et, après avoir atteint 38 degrés les soirs suivants, elle redevint normale matin et soir et d'une façon définitive. En même temps, l'état général s'améliorait, la langue redevenait normale, l'appétit reparaissait au bout de quelques jours.

Les urines, examinées avec grand soin pendant plusieurs jours, ne présentèrent à aucun moment trace d'iode.

Donc, à partir du jour de l'injection, la scène change, les accidents septiques diminuent pour disparaître rapidement, le liquide épanché dans la plèvre devient de moins en moins abondant.

Aujourd'hui, 21 juillet, le malade se considère comme guéri. Le murmure vésiculaire qui s'entend dans les deux tiers supérieurs du thorax en arrière, manque encore en avant. La succussion hippocratique ne se perçoit plus.

Cependant, si l'auscultation du sommet est toujours négative à droite (côté du pneumothorax), elle démontre depuis quelques jours, au sommet gauche, l'existence de quelques craquements secs. L'examen des crachats, négatif jusqu'alors, a démontré ces jours-ci la présence de quelques bacilles de Koch. Le diagnostic de tuberculose, probable au début des accidents, s'impose donc aujourd'hui. Le résultat obtenu n'en est que plus remarquable. Il me paraît résulter de cette observation que l'injection d'un liquide antiseptique dans la plèvre atteinte d'inflammation septique à la suite d'une perforation pulmonaire, peut avoir les plus favorables résultats, et ne comporte aucun inconvénient. Je dois ajouter que les conditions étaient favorables dans ce cas, puisque le malade dont je viens de rapporter l'histoire est à une période peu avancée de la tuberculose.

Tout autre était la situation du second malade dont je veux vous parler. Toussant depuis plusieurs années, amaigri, présentant aux deux sommets des signes de ramollissement bien manifestes, il entrait le 2 juin 1888 dans mon service, qu'il avait quitté quelques jours auparavant. Trois jours avant son entrée avaient éclaté brusquement les troubles fonctionnels d'un pneumothorax droit, dont je constatai tous les symptômes. Il n'y avait pas d'épanchement liquide dans la plèvre. Le pneumothorax était total, la dyspnée et l'anxiété intenses. La température oscillait entre 39°,3 le matin, et 40 degrés le soir. Sachant que le malade avait à peine de fièvre les jours qui avaient précédé l'apparition du pneumothorax, j'attribuai l'hyperthermie et les symptômes généraux graves qui l'accompagnaient à une pleurésie septique consécutive à la perforation pulmonaire. Aussi, comme j'avais été frappé du résultat obtenu chez mon premier malade, je résolus de combattre de la même façon des accidents qui me semblaient avoir une même origine. L'expérience m'avait démontré l'inocuité de la pénétration d'une petite quantité de solution iodée et de sa volatilisation lente certainement, à laquelle j'attribuais en grande partie le résultat obtenu.

Le 4 juin, deux jours après l'entrée du malade, je pratiquai, avec toutes les précautions antiseptiques, une injection intra-pleurale iodée. Pendant l'opération, par suite d'une erreur de manœuvre, il se produit un incident. Au lieu de 25 à 30 grammes de solution que je voulais injecter, il en pénétra 70 grammes à peu près. La douleur qui suivit l'injection fut très vive pendant quelque temps: des injections de morphine la calmèrent cependant, car deux heures

après l'opération elle existait à peine. La conséquence de la trop grande quantité de liquide injecté fut surtout une accentuation passagère de la dyspnée, que j'attribuai à une augmentation de la tension intra-thoracique par le fait de la volatilisation de l'iode. En outre, pendant trois jours, les urines continrent de l'iode en quantité notable, sans que cette élimination ait paru nuisible, puisque les urines examinées avant l'injection et longtemps après ne continrent à aucun moment d'albumine.

Quoi qu'il en soit, le soir qui suivit l'injection, la température qui, la veille, était de 40 degrés, tombait à 39°,3, le lendemain soir à 39 degrés, et les jours suivants, sauf deux oscillations vespérales à 39 degrés, se maintenait matin et soir entre 37°,8 et 38°,5 comme maximum. Du 6 juin jusqu'au 10 juillet, la situation resta absolument satisfaisante : le malade, qui continuait à tousser, mangeait bien, engraissait un peu, sans que les phénomènes d'auscultation variassent, sauf à gauche, côté opposé au pneumothorax, où les signes de ramollissement s'accentuaient. Nous ne trouvions à aucun moment de succussion hippocratique. Mais à partir du 10 juillet la situation s'aggrava. L'oppression reparut ; elle était évidemment due à une poussée de granulie, car, si les phénomènes stéthoscopiques restaient les mêmes à droite, à gauche on constatait l'existence de râles crépitants et sous-crépitants nombreux. La fièvre reparut. L'alimentation devint de plus en plus difficile, et le malade succomba asphyxié le 20 juillet, sans qu'il y ait eu lieu de songer à faire une nouvelle injection intra-pleurale, le danger n'étant évidemment plus là.

Il était très intéressant de constater l'état de la plèvre. Voici ce que nous révéla l'autopsie : la plèvre droite, entièrement épaissie, forme une vaste cavité. En l'incisant, il s'en échappe une notable quantité de gaz peu fétides. La surface interne de la plèvre est tapissée, dans toute son étendue, par une matière puriforme concrétée. Dans le cul-de-sac inférieur de la plèvre se trouvent 300 ou 400 grammes de pus extrêmement épais, de consistance de gelée, non fétide, de coloration jaune blanchâtre. La consistance de cet épanchement explique l'absence de succussion hippocratique constatée pendant toute la vie du malade. Il n'y a aucune trace de l'injection iodée. Le poumon droit, très affaissé, atélectasié, est farci de tubercules à divers degrés de développement ; au sommet et à la base on trouve quelques cavernules. Par l'épreuve de l'eau, il est impossible de trouver l'orifice de la fistule pleuro-pulmonaire. Mais en examinant attentivement, on voit, vers la partie moyenne du poumon, un point déprimé, obturé par un bouchon caséeux. Celui-ci enlevé, il est facile de voir un orifice où l'on peut introduire le bout d'une sonde. L'orifice de la fistule s'était donc obturé secondairement.

Le poumon gauche présente au sommet une excavation remplie de pus fétide, de petites vacuoles se montrent aussi dans le reste du parenchyme. Ce sont là des lésions anciennes. Mais le poumon dans toute sa hauteur est infiltré d'un semis de granulations grises confluentes, indice d'une poussée récente qui a enlevé le malade.

Telles sont, rapidement résumées, et réduites à leurs traits essentiels, les deux observations que je voulais vous soumettre. La première surtout est concluante, et l'utilité de l'intervention antiseptique y paraît évidente. Dans le second cas, beaucoup moins favorable, le résultat, malheureusement passager, a été aussi certain pour moi. En effet, pendant plusieurs semaines et jusqu'au moment où a éclaté la poussée de granulie terminale, ce malade, entré mourant à l'hôpital, a été transformé : ayant à peine de fièvre, mangeant, engraissant même.

Ces deux observations me semblent démontrer, en tout cas, que si dans le cours d'un pneumothorax, avec ou sans épanchement liquide concomitant, des accidents de septicémie d'origine pleurale apparaissent, on peut les combattre avec succès et de la façon la plus simple, sans recourir à un appareil instrumental compliqué, en injectant dans la plèvre une solution iodée, dont la formule est connue. D'après mes deux observations, la quantité de liquide injecté ne doit pas dépasser 30 grammes. Cette dose, chez le premier de mes malades, ne détermina ni inconvénient, ni douleur, ni oppression. Une dose plus élevée, au contraire, peut avoir pour résultat non seulement de déterminer des douleurs, mais encore d'accentuer la dyspnée, en raison sans doute d'une augmentation de la tension intra-pleurale, par la volatilisation d'une quantité trop considérable d'iode.

Dans l'un et l'autre cas, je n'ai pratiqué qu'une injection : on pourrait y revenir à plusieurs reprises, si les accidents septiques reparaissaient après une amélioration plus ou moins longue.

Nous sommes donc désormais armés contre une des complications les plus graves du pneumothorax : la septicémie pleurémie. On peut et on doit agir contre elle, en variant les procédés suivant les cas.

Lorsqu'il n'y a pas d'épanchement liquide, ou qu'il est peu abondant, mes deux observations montrent que les injections intra-pleurales iodées peuvent modifier avantageusement la situation. C'est là un moyen très simple, à la portée de tous les praticiens.

Si au contraire l'épanchement liquide est abondant et qu'il y ait indication de faire la thoracentèse, la méthode M. Potain est seule applicable : extraire le liquide et le remplacer par de l'air stérilisé.

Si l'épanchement liquide est abondant, sans qu'il y ait nécessité de pratiquer la thoracentèse, les injections iodées pourront être employées pour le réduire à l'état de collection pleurale aseptique. On pourra également atteindre ce résultat au moyen d'un procédé extrêmement simple, employé par le professeur Renaut, de Lyon, au mois de mai 1888, et publié dans la *Gazette médicale* du 9 juin 1888. M. Renaut a employé des injections intra-pleurales de liqueur de Van Swieten, faites à l'aide de la seringue de Pravaz, au sein même de l'épanchement liquide, dont il n'a extrait aucune partie. De cette façon, Renaut a maintenu à l'état de sérosité citrine pendant vingt jours un épanchement consécutif à un pneumothorax déterminé par la rupture dans la plèvre d'une série de cavernules sous-pleurales à contenu franchement purulent. La résorption de ce liquide commençait quand la mort est survenue par suite d'un second pneumothorax du côté opposé. Du 9 mai au 26 mai, Renaut a injecté tous les deux jours à peu près, et sans aucun phénomène d'intolérance, de 3 à 8 grammes de liqueur de Van Swieten au sein du liquide épanché dans la plèvre.

C'est là une application très ingénieuse de la méthode antiseptique au traitement de certains pneumothorax, et même de certaines pleurésies. Car M. Renaut pense qu'on pourrait par ce moyen stériliser tout épanchement liquide intra-pleural, et prévenir, dans tous les cas, sa transformation purulente.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 AOUT 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Sur le tétanos expérimental. Note de M. *Rietsch*. — L'auteur a pu, en prenant de la poussière de foin pour point de départ, vérifier les expériences de Nicolaier, de Beumer, etc., sur le tétanos expérimental et donner à un âne le tétanos typique des équidés, à la suite d'inoculations successives, d'abord directement de poussière de foin à des

cobayes, puis de pus de cobaye à cobaye, enfin d'ensemencements en gélatine et en sérum inoculés à l'âne.

Des expériences de l'auteur il résulte : 1° que le tétanos expérimental des équidés ne semble différer en rien du tétanos spontané; 2° qu'il y a même identité entre le tétanos spontané en général et le tétanos expérimental; 3° que le virus tétanique est répandu dans la terre et les poussières.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 AOUT 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M le docteur *Bobrie* envoie un *Rapport* manuscrit sur *les vaccinations* qu'il a a pratiquées à Cozes (Charente-Inférieure de 1882 à 1887.

M. le docteur *Driard* (de Mont-sur-Loing, Seine-et-Marne) adresse un mémoire manuscrit concernant l'*influence de l'alimentation sur la mortalité des enfants du premier âge.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, de la part de M. le docteur *Dubrandy* d'Hyères), un travail manuscrit, ayant pour titre: *Contribution à l'étude de l'empoisonnement chronique par l'arsenic.*

HYPNOTISME. — M. *Laborde* critique les expériences rapportées par M. Luys à la dernière séance sur l'action à distance des médicaments chez les sujets hypnotisés. Il fait observer que « c'est aujourd'hui un véritable axiome expérimental que toute substance tonique ou médicamenteuse n'exerce son action sur l'organisme vivant qu'à la condition expresse d'arriver au contact des éléments anatomiques et de les impressionner de façon à produire les modifications fonctionnelles dans lesquelles s'exprime, objectivement, symptomatologiment, l'action dont il s'agit ».

LIVRET DE FAMILLE. — A l'occasion d'une demande officielle, M. *de Villiers* lit un rapport sur l'addition aux livrets de famille de conseils hygiéniques pour la première enfance, les femmes enceintes et les femmes en couches; cette addition était demandée par M. le docteur *Haro*. Cette mesure est assurément des plus utiles et plusieurs municipalités la pratiquent déjà; mais il y aurait lieu de limiter ces conseils à l'élevage des enfants, en y ajoutant les principaux articles de la loi de protection de l'enfance.

ANÉVRYSMES DE L'AORTE. — M. *Germain Sée* a observé dans sa pratique 24 anévrysmatiques; il a remarqué que ces malades devenaient très souvent tuberculeux et mouraient alors d'une phtisie caverneuse, lente et sans fièvre. Ce fait lui paraît intéressant au point de vue de la pathogénie de la tuberculose chez ces malades. Il y a peut-être lieu d'admettre que le bacille naît dans la paroi anévrysmatique, se propage au poumon et s'y multiplie par suite de circonstances favorables dues à l'oxygénation imparfaite de l'air dans les alvéoles pulmonaires. D'où la condamnation des opérations téméraires qui se pratiquent sur les tumeurs anévrysmales de l'aorte et celle des révulsifs vésicants ou cautérisants qu'on applique contre toute règle de la pathogénie moderne sur les tubercules en masse ou disséminées.

Passant à l'étude de l'action des iodures sur les anévrysmes, M. G. Sée conclut que l'iodure a une action certaine: 1° sur les dyspnées d'origine sécrétoire, en liquéfiant le produit du catarrhe ; 2° sur les troubles de la circulation intra-pulmonaire en hypérémiant l'organe de manière à supprimer la stase du sang veineux ; 3° sur le volume de la tumeur, en rétractant les parois adventices et les tissus qui l'entourent. En réduisant la tumeur, l'iodure supprime les compressions, à savoir celles des nerfs thoraco-brachiaux, et par conséquent les douleurs si vives périanévrysmales; d'une autre part, il empêche la compression du nerf récurrent, par suite la paralysie de la corde vocale, la dyspnée laryngienne et l'aphonie.

PNEUMONIE. — M. le docteur *Petresco* (de Bucharest) lit un mémoire sur l'action antihémorragique de la bryone et sur le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses. (*Sera publié.*)

ROUGEOLE. — M. *A. Ollivier* appelle l'attention sur la nécessité d'éloigner le plus tôt possible des salles d'asile et des crèches les enfants qui paraissent atteints de rougeole; il demande que des règlements sanitaires soient à cet effet établis par les autorités scolaires.

REVUE DES CONGRÈS

Le Congrès pour l'étude de la tuberculose réuni à Paris du 25 au 31 juillet 1888.

(Suite. — Voyez le n° 32.)

USAGE DE LA VIANDE ET DU LAIT DES ANIMAUX TUBERCULEUX.— Dès la séance d'ouverture, M. *Nocard* a soulevé cette question, portée en première ligne au programme. Comme il l'a fort bien dit, depuis les travaux de Chauveau, de Gerlach, de Böllenger, etc., il n'y a pas eu de Congrès où elle n'ait été agitée.

Pour le lait, tout le monde est d'accord ; comme les lésions tuberculeuses des mamelles sont très difficiles à reconnaître, il faut agir comme si elles étaient toujours malades ; on ne doit se servir dans les grandes villes que du lait bouilli et interdire d'une façon absolue la vente du lait des vaches tuberculeuses, qu'on pourrait tout au plus utiliser pour l'alimentation des animaux domestiques après ébullition. Cependant M. *Robcis* a constaté, dans sa circonscription sanitaire du département de la Seine, chez les vaches laitières, dans ces quatre dernières années, neuf décès par tuberculose sur 290 autopsies, c'est-à-dire environ 3 pour 100. La tuberculose serait moins fréquente dans les vacheries de Paris qu'on ne le craint et qu'on ne le dit. Sur ces neuf autopsies, une fois il s'agissait d'une vache de race normande, trois fois de vaches flamandes, cinq fois de vaches hollandaises. Les faits ne sont pas assez nombreux pour qu'on en puisse tirer des conclusions définitives, mais il croit qu'il y a peut-être à établir une corrélation entre la fréquence de la tuberculose et l'aptitude de certaines races de vaches à être de bonnes laitières; chacun sait, en effet, combien sont estimées les vaches de race hollandaise.

Le danger auquel expose l'usage du lait tuberculeux est infiniment plus grand, lorsqu'il provient d'une mamelle tuberculeuse, déclare M. *Bang* (de Copenhague). D'ailleurs, le diagnostic de cette affection n'est pas si difficile que l'a prétendu M. Nocard. Elle débute par une tuméfaction diffuse d'une partie de la mamelle, sécrétant d'abord un lait d'apparence normale, qui plus tard prend l'apparence d'un sérum jaunâtre; il est à remarquer que le liquide sécrété n'est presque jamais purulent. Cette tuméfaction, dont l'évolution est fort longue, ne présente réellement de difficultés de diagnostic que pendant une courte période, et alors, l'examen histologique, permettant de constater la présence des bacilles, est suffisant pour arriver à la certitude. Cette affection n'est, du reste, pas très rare, puisque chaque année on est exposé à en rencontrer quelques cas. Pour ce qui concerne la virulence du lait des animaux phtisiques, lorsque la mamelle n'est pas atteinte, elle est moindre qu'on ne l'a prétendu. Quoi qu'il en soit, à Copenhague il se fait toutes les deux semaines une inspection, par un vétérinaire, des vaches qui se trouvent dans les étables destinées à la vente du lait, le danger de l'emploi du lait est ainsi évité. Quant à l'action de la chaleur sur la virulence du lait, il est nécessaire qu'elle soit portée à 85 degrés pour que les propriétés infectieuses de ce produit disparaissent ; bouilli entre 60 degrés et 75 degrés, sa virulence est cependant si affaiblie que l'on n'a pas à redouter une infection par les voies digestives.

Etudiant l'origine de la tuberculose chez l'enfant, M. *Legroux* est d'avis que les preuves de la fréquence de la propagation de la tuberculose par le lait de vache sont définitivement faites. Il demande que le Congrès proclame le danger du lait de vache non bouilli, et fixe les avantages du lait de jument ou d'ânesse qui ne sont pas suspects de tuberculose. Il pourrait être rédigé une plaquette qui serait répandue partout aux frais de la Société de la tuberculose unie à la Société protectrice de l'enfance, et qui porterait en substance les indications précédentes : à savoir, que la tuberculose peut être causée par l'usage du lait, que le

lait de vache doit être bouilli, que les plus belles vaches peuvent être tuberculeuses, que le lait de jument, d'ânesse, de chèvre est moins dangereux que le lait de vache, que la tuberculose est affection très grave qui peut atteindre la personne elle-même et ses descendants. En Hollande, fait observer M. *Thomassin*, on soumet à une inspection spéciale les vaches laitières et leurs produits. Les Conseils d'hygiène, ajoute M. *Legroux*, pourraient être chargés en France d'une inspection analogue, qui serait utilement complétée, d'après MM. *Arloing* et *Butel*, par celle des vacheries industrielles. M. *Landouzy* regrette que la proposition de M. Legroux soit aussi complexe. Est-il au pouvoir des vétérinaires de reconnaître sûrement l'existence de la tuberculose chez un animal ? Non, sans doute, et les faits de bêtes tuberculeuses primées au concours le prouvent surabondamment. Il est impossible, suivant M. *Trasbot*, d'affirmer la tuberculose chez un individu de la race bovine. Il y a quelques années, le bœuf qui a remporté le prix d'honneur était tuberculeux. Aussi M. *Nocard* voudrait-il que l'on adopte le lait de vache bouilli ou, s'il y a indication, dans certains cas, de recourir à l'usage du lait cru, qu'on se sert de lait de chèvre, animal qui n'est, pour ainsi dire, jamais tuberculeux. Mais, objectent MM. *Landouzy* et *Trasbot*, ce lait, de même que celui d'ânesse, est cher et peu répandu. Il faut donc se borner à dire partout et bien haut que le lait, pour être innocent, doit être bouilli.

En ce qui concerne l'usage de la viande des animaux tuberculeux, les avis diffèrent davantage. M. Toussaint admit le premier que la tuberculose est une maladie virulente, *totius substantiæ*, et que toutes les parties de l'organisme atteint portait avec elles le germe morbide. Bouley partagea cette manière de voir et le Congrès international des vétérinaires de 1883 adopta cette conclusion à une forte majorité ; M. Arloing, au Congrès de 1885, fit admettre cette réserve, qu'on devait seulement exclure de la consommation la viande provenant d'un animal ayant succombé à des lésions tuberculeuses généralisées, ayant franchi les ganglions afférents aux organes malades.

Le comité consultatif des épizooties a obtenu du conseil d'Etat que la tuberculose soit considérée comme une maladie infectieuse et assimilée au charbon, au rouget, etc. Tout animal malade sera placé sous la surveillance d'un vétérinaire sanitaire, isolé et séquestré. La viande qui en provient sera exclue de la consommation si les lésions sont généralisées, si les lésions ont envahi la plus grande partie d'un viscère, si celles-ci ont franchi les ganglions lymphatiques afférents. Les peaux peuvent être utilisées, mais après désinfection préalable ; enfin, le lait provenant de ces animaux sera utilisé sur place pour l'alimentation des animaux domestiques, mais après ébullition.

Un décret du 28 juillet a sanctionné cette manière de voir. M. *Nocard*, qui rappelle ces faits, commente ce décret à l'élaboration duquel il a pris une grande part. Il croit ces mesures suffisantes et de nouvelles séries de recherches viennent de lui prouver ce qu'il avait déjà annoncé à la Société vétérinaire, à savoir que le jus de viande de vaches tuberculeuses n'est que rarement susceptible de déterminer la tuberculose ; sur quarante cobayes inoculés avec 1 centimètre cube de jus de viande, provenant de vingt et une vaches tuberculeuses, un seul a succombé tuberculeux cinquante-neuf jours après l'inoculation. Il semble donc que, dans quelques cas très rares, la tuberculose est une maladie infectieuse généralisée *totius substantiæ*, mais cette généralisation parait très passagère, le sang et le suc musculaire cessant très rapidement d'être virulents. En effet, des séries d'expériences lui ont montré que le suc de la viande d'animaux inoculés cesse d'être virulent six jours environ après l'inoculation ; les seuls bacilles qui se multiplient sont ceux qui sont, par les hasards de la circulation, lancés dans les parties de l'organisme où leur pullulation est possible. Enfin, il a fait ingérer à de jeunes chats, dont on connaît la susceptibilité à la tuberculose des voies digestives, de la viande d'animaux tuberculeux ; pas un seul n'est devenu tuberculeux. En résumé, l'on peut dire que l'usage de la viande des animaux tuberculeux présente quelques dangers, mais que ces dangers sont exceptionnels et que, lorsqu'ils existent, c'est à un faible degré.

C'est ce que pense également M. *Baillet* (de Bordeaux). Bien qu'il admette la transmission de la tuberculose des animaux à l'homme, il croit qu'il y a, à cet égard, des idées préconçues, surtout pour le rôle de la viande dans cette transmission. C'est une exagération d'exiger que la viande des animaux tuberculeux soit entièrement prohibée de la consommation ; c'est là une conclusion qui, sans avantage pour l'hygiène, va contre les intérêts de la production et des éleveurs. On cite, en effet, à l'appui de cette opinion, les expériences de Toussaint, Vallin, Galtier, Alloing, etc. ; il ne s'élève pas contre les résultats obtenus, mais contre leur interprétation. Presque toujours, en effet, on a procédé par inoculation, ce qui n'est, en aucune façon, comparable à ce qui se passe habituellement ; ne sait-on pas que l'on n'est pas arrivé à rendre tuberculeux des lapins qui avaient ingéré de la viande d'animaux tuberculeux ? D'un autre côté, la viande elle-même ne contient que rarement des bacilles de la tuberculose et seulement alors qu'il s'agit d'animaux dont la maladie est très avancée ; quel vétérinaire voudrait à ce moment-là livrer de pareilles bêtes à la consommation ?

La viande des animaux tuberculeux ne joue qu'un rôle minime dans la transmission de la tuberculose à l'homme ; ainsi, à Bordeaux, aux abattoirs, sur 20 000 têtes de bétail, on n'en a trouvé que 40 qui fussent tuberculeuses ; et encore, sur ces 40, 15 à 20 ont été saisies pour des lésions généralisées ; à côté de ce petit nombre d'animaux malades, la statistique officielle nous donne environ 1000 personnes phthisiques sur une population de 250 000 âmes ! Il faut convenir vraiment que l'influence de la viande sur la propagation de la tuberculose dans la race humaine ne joue qu'un rôle bien secondaire. Enfin, nous avons aujourd'hui des moyens d'investigation qui nous permettent de tranquilliser entièrement le public sur la qualité de la viande qu'il consomme. S'il s'agit d'un animal vivant amené sur le marché et qui paraît suspect, il peut être abattu, par ordre du vétérinaire inspecteur, et livré à la consommation dans le cas seul où il est sain ; s'il existe des lésions tuberculeuses localisées, aucun ganglion afférent n'étant malade, la viande peut être sans crainte livrée à la consommation. Pour ce qui concerne la viande apportée telle quelle sur le marché, on peut exiger qu'elle soit présentée par quartiers entiers, avec les poumons adhérents, ainsi que le prescrit un récent décret ministériel pour l'importation des viandes étrangères.

En résumé : 1° il n'y a lieu de retirer de la consommation que la viande des sujets chez lesquels la tuberculose est généralisée et a engendré conséquemment la maigreur absolue ou relative ; 2° pour les animaux gras ou en bonne chair, du vivant desquels il a été impossible de soupçonner l'existence de la tuberculose, la saisie totale de la viande n'a sa raison d'être qu'autant que les poumons, les plèvres, les ganglions et tous les organes parenchymateux portent au dedans des lésions tuberculeuses.

C'est aussi la manière de procéder aux abattoirs de Paris : si la tuberculose est localisée et si l'animal est gras, la viande est livrée à la consommation, une fois la partie malade supprimée ; la saisie de l'animal est totale si la tuberculose est généralisée ou si elle s'associe à la maigreur. D'après M. *Villain*, d'une façon générale, la proportion des animaux phthisiques est de 6 pour 1000, du moins pour les abattoirs de la Villette et de Grenelle.

A Montauban, dans ces six dernières années, on a constaté 63 bêtes phthisiques sur 15473, soit une proportion de 4,7 pour 100 ; mais ces chiffres sont, suivant M. *Guiraud*, au-dessous de la réalité, car souvent on introduit clandestinement en ville la viande d'animaux malades ; c'est contre de pareils abus qu'il faudrait prendre des mesures très sévères.

La saisie des viandes provenant d'animaux tuberculeux sera-t-elle totale ou partielle ? Telle est la question posée. Aux orateurs en faveur d'une saisie partielle, dont nous venons de résumer les arguments, viennent s'opposer un certain nombre d'autres dont nous allons maintenant faire connaître les opinions.

M. *Arloing* (de Lyon) ouvre la discussion : « On peut, dit-il, obtenir l'extinction de la tuberculose chez les animaux par des réformes dans les mesures sanitaires, si, d'une part, la tuberculose est inscrite parmi les maladies contagieuses, et, d'autre part, si l'on arrive à faire prohiber de la consommation la viande des animaux tuberculeux, jusqu'à ce que, du moins, on ait trouvé le moyen pratique de la rendre inoffensive. Sur le premier point, le travail du comité des épizooties est si avancé que nous ne trouverons aucune difficulté pour la réalisation de nos desiderata ; on pourra ainsi, au moyen de principes formels, empêcher que les municipalités ne se montrent, à un moment donné, trop capricieuses, et que les vétérinaires-inspecteurs, en face d'une municipalité bienveillante, ne se montrent trop tolérants et ne transigent avec leurs principes scientifiques. Il n'est pas, à cet égard, de fait plus instructif que celui relaté par M. Guinard, inspecteur de la boucherie de Dijon, et qui s'est

produit dans cette ville en 1882. Un inspecteur, non vétérinaire, fait saisir un bœuf gras; les bouchers protestent, et le maire commet le vétérinaire sanitaire, qui maintient la saisie. Les bouchers, alors, font faire une contre-expertise, et les vétérinaires qui en sont chargés se prononcent contre la saisie; enfin l'on consulte Galtier, Bouley, qui formulent des conclusions opposées, puis les inspecteurs de la boucherie de Paris, qui déclarent que l'animal était en bon état de consommation; enfin, le maire s'adresse au préfet de police, qui consulte le comité d'hygiène, et celui-ci, par l'intermédiaire de Bouley, se prononce pour la saisie. Il faut, on le voit, des bases précises, des règlements parfaitement déterminés qui feront cesser cette pratique flottante et hésitante. De quelle manière pourra-t-on parvenir au but? C'est là une question que décidera le comité des épizooties, mais on peut cependant croire que la tuberculose ne sera pas placée au même rang que les autres maladies infectieuses, et qu'à son égard la loi pourra être un peu adoucie. A l'égard des animaux suspects, il y a lieu d'être tolérant, et on pourrait, en pareil cas, laisser au propriétaire la latitude de vendre l'animal à la boucherie ou de le livrer à un examen. Quand, dans une vacherie exploitée pour la production du lait, on constaterait la présence d'animaux suspects, il serait bon d'exiger alors que les animaux restants fussent soumis à une surveillance attentive. »

Pour ce qui regarde la consommation des viandes, M. Arloing est plus rigoureux que M. Nocard; il ne comprend pas bien pourquoi le lait serait plus dangereux que la viande. M. Nocard s'appuie, pour soutenir ses idées, sur ses expériences personnelles; sur 10 séries, il n'a obtenu qu'un seul cas de tuberculose par ingestion de suc musculaire d'animaux tuberculeux; mais MM. Chauveau et Arloing ont obtenu des résultats bien différents, puisque, une fois sur 2 séries, ils déterminaient la tuberculose; et M. Galtier lui-même a obtenu 5 résultats sur 22 séries, soit, en résumé, sur 34 séries, sur 34 groupes d'animaux, 7 fois la tuberculose a été observée; c'est-à-dire que, dans un cinquième des cas, le bacille virulent se trouvait contenu dans la chair musculaire. Ainsi, par exemple, à Dijon, sur 16 animaux tuberculeux qui sont livrés à la boucherie en moyenne chaque année, 3,2 contiennent des bacilles tuberculeux dans la chair musculaire; en d'autres termes, 4480 personnes, si 1400 en moyenne consomment un bœuf entier, seront exposées à être infectées. On a dit que les bacilles sont rapidement détruits par le suc musculaire; mais, chez un animal tuberculeux, il existe des lésions qui injectent sans cesse des bacilles dans le torrent circulatoire. Enfin, rien ne démontre que les animaux doués d'embonpoint soient moins virulents que d'autres, et, bien plus, je les crois plus dangereux; car, fréquemment, leur viande est fournie sur nos tables sous forme de chair saignante, trompé que l'on est par la belle apparence. La cuisson elle-même n'est pas rassurante, puisque, à une température de 70 degrés, qui est rarement dépassée pour la préparation de la viande de table, le bacille n'est pas tué. A Bordeaux, malgré le service sanitaire, la proportion de la phthisie n'a pas diminué; elle a peut-être augmenté de 0,05 pour 100, tandis qu'à Lyon, où l'on est plus sévère, elle a plutôt diminué ou du moins est restée stationnaire depuis 1877. Il est permis, dans une certaine mesure, de croire que la prohibition de la viande tuberculeuse y est pour quelque chose. Il faut donc proclamer la prohibition absolue des viandes tuberculeuses pour la consommation, jusqu'à ce qu'elles aient pu être rendues pratiquement inoffensives. Si l'on possède dans les villes un service sanitaire sévère, il est évident, d'un autre côté, que le danger se déplacera, car les viandes qui ne seront pas reçues dans les grands centres seront vendues sur les marchés des petites villes et des campagnes; il serait donc indispensable que le service sanitaire des boucheries se généralisât. Quoi qu'il en soit, si la tuberculose est inscrite parmi les maladies infectieuses, nous aurons déjà fait un grand pas, car les règlements existants permettront aux municipalités de prendre les mesures qu'elles jugeront convenables, si toutefois les règlements sont scrupuleusement exécutés, ce qui, malheureusement, est loin d'être le cas.

Telle est aussi l'opinion de M. *Veyssière* (de Rouen); dans le cas où des mesures radicales ne seraient pas adoptées à l'égard des viandes tuberculeuses, il faudrait bien spécifier les lésions qui doivent faire interdire ou permettre l'usage des viandes tuberculeuses. L'existence de lésions tuberculeuses intestinales, chez les animaux, n'est pas aussi rare qu'on l'admet généralement, et il faut souvent faire jouer, dans l'étiologie, un rôle important à l'alimentation. Sur 15 cas de porcs atteints de tuberculose intestinale et abattus à l'abattoir de Rouen, 3 provenaient de chez des équarrisseurs, 6 de laitiers des environs de Rouen. De plus, il a observé, en quatre ans, 4 cas de tuberculose chez le veau; deux fois il s'agissait de lésions généralisées, deux fois de lésions exclusivement intestinales; n'y a-t-il pas là une preuve que la contagion de la tuberculose peut se produire fréquemment par les aliments?

Pour M. *Rossignol* (de Melun), si les mesures proposées par M. Nocard sont largement suffisantes en théorie, il n'en est pas de même en pratique, où le vétérinaire, placé entre son devoir et les intérêts des producteurs, éprouve souvent des difficultés à se prononcer. Pour pouvoir agir efficacement, il faudrait, avant tout, établir pour le producteur dont l'animal serait abattu le principe de l'indemnité qui existe dans beaucoup de pays. Il suffirait, pour créer une caisse des épizooties, d'exiger de tout propriétaire d'animaux un certificat d'origine qui serait délivré par la mairie moyennant une légère rétribution; au moyen de ces fonds, on pourrait, ainsi que cela se fait en Suisse, trouver le moyen d'indemniser les propriétaires des bestiaux.

M. *Butel* (de Meaux) pense que les saisies partielles sont absolument illusoires; car l'on arrive à être aussi tolérant qu'à Paris, par exemple, où, d'après lui, on ne saisirait que 11 bêtes sur 263 000 livrées à la consommation. Il ne voit pas bien la différence qui existe entre une tuberculose localisée et une tuberculose généralisée, pourquoi, lorsqu'il s'agit de lésion tuberculeuse du poumon, le reste de l'organisme ne contiendrait pas de bacilles. Il est impossible, dans ce cas, d'affirmer que la viande est absolument saine; et, du moment qu'il existe un doute, il n'y a qu'une seule mesure à prendre, c'est la prohibition radicale des viandes d'animaux tuberculeux; on pourrait peut-être, par des indemnités largement distribuées, obtenir l'application de ces mesures indispensables. MM. *Robinson* (de Greenvock), *Degive* (de Bruxelles), *Siegen* (de Luxembourg), *Van Henter* (de Bruxelles), partagent cette manière de voir.

M. *Thierry* (d'Auxerre) pense que, dans les petites villes et à la campagne, on pourrait être moins rigoureux; car la surveillance y est plus facile, les bouchers n'acceptant pas sans inspection des animaux malades et pouvant facilement adresser leurs réclamations aux propriétaires. Cependant M. *Spillmann* (de Nancy) fait observer que la tuberculose est très fréquente dans les étables; ainsi, dans celles des Hautes-Vosges, tout porte à croire que la maladie y sévit sous forme de maladie contagieuse; non seulement les vaches sont dans de très mauvaises conditions hygiéniques, mais elles sont constamment exposées à être contagionnées, car lorsque l'une d'entre elles meurt, aucune précaution n'est prise. La mortalité des vaches par phthisie est de 30 à 40 pour 100; leur viande, achetée à bas prix et expédiée dans les villes voisines, est livrée ainsi à la consommation, constituant un danger permanent d'infection. Pour obvier à ces inconvénients désastreux, il serait nécessaire : d'exiger de tout animal un certificat d'origine ; de réclamer, comme moyen extrême, la destruction de toute bête malade, même atteinte de tuberculose localisée; enfin d'exiger, au moins, la présence des organes attenant aux quartiers de viande livrés à la consommation publique.

M. *Anreggio* (de Lyon) proteste contre la qualité des viandes livrées à l'armée, pour la réception desquelles on se montrerait beaucoup trop indulgent.

En fin de compte, après une discussion qui absorbe deux séances, le vœu suivant est adopté à l'unanimité moins trois voix :

Il y a lieu de poursuivre par tous les moyens possibles, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totale pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie du pied, par M. le docteur Albert Blum, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon, illustré de 115 figures intercalées dans le texte, avec une préface de M. le professeur Richet, membre de l'Institut. Paris, 1888. — Asselin et Houzeau.

Nul n'était plus apte que M. Blum à nous enseigner la *Chirurgie du pied :* ses études antérieures sur la main l'y avaient préparé. On attendait donc le traité actuel, car il est utile d'avoir de ces livres où est exposée l'histoire des diverses maladies qui peuvent atteindre une région bien limitée, et individualisée pour ainsi dire par sa situation, par ses fonctions spéciales.

L'ordre suivi par l'auteur est le suivant: difformités du pied et des orteils; fractures et luxations; plaies; phlegmons et abcès; onyxis; hygroma; synovites; entorses et luxations des tendons; ostéo-arthrites; gelures; névralgies; troubles trophiques; tumeurs; médecine opératoire.

Il est certain que ces divers chapitres sont fort étudiés et que M. Blum a fait tous ses efforts pour être clair et complet. A chacun d'eux est annexé un index bibliographique qui est bien au courant de la science moderne. Nous regretterons cependant la manière dont les sources sont citées. Pour les journaux et les périodiques divers, il est fréquent que l'année seule soit indiquée. Or, avec les tables trop souvent défectueuses des journaux, cela force, si l'on veut se reporter à l'original, à des recherches souvent longues, parfois même infructueuses. L'indication de la page et au besoin du tome eût évité cette peine aux travailleurs futurs.

D'autre part, à ne considérer que le plan général de l'œuvre, il semble que les lésions traumatiques: fractures et luxations; entorses et luxations des tendons eussent gagné à n'être point scindées en deux groupes, séparés par l'étude de diverses lésions inflammatoires. De même l'ordre dans lequel est faite l'histoire du pied bot nous a peu séduit: la clarté n'eût-elle pas été plus grande si la description des diverses opérations osseuses inventées par la chirurgie moderne eût été précédée et non suivie par celle des déformations osseuses?

Dans tout cela, il est vrai, il ne s'agit que de plan général. Or ce n'est pas ce que l'on demande à un livre de ce genre, et nous devons ajouter que les faits particuliers sont étudiés avec précision. Nous signalerons le chapitre, encore peu étudié dans nos livres classiques, sur les difformités des orteils et surtout sur celles du gros orteil. La tarsalgie des adolescents est longuement décrite, et, en outre, le professeur Richet a profité de la préface pour ajouter à l'article de M. Blum un exposé magistral de son opinion sur la pathogénie de cette affection encore si obscure.

Pour terminer, nous dirons seulement, avec le professeur Richet : « En résumé, c'est là un ouvrage qui fait le digne pendant de celui qui l'a précédé, la *Chirurgie de la main.* Il est certainement appelé au même succès que son aîné. »

A. Broca.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — M. le docteur L.-H. Petit, bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur, en raison des services exceptionnels qu'il a rendus comme secrétaire général du Congrès pour l'étude de la tuberculose.

Inspectorat des eaux minérales. — A la suite des avis exprimés par l'Académie de médecine et par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, le Conseil d'Etat a été saisi, dans le courant du mois d'avril dernier, d'un projet de décret modifiant l'ordonnance du 18 juin 1823 sur l'inspection des sources et établissements d'eaux minérales, ainsi que le décret du 28 janvier 1860.

Le projet en question avait pour objet de modifier l'organisation de l'inspection actuelle et de la scinder en deux services distincts: 1° le service des indigents qui aurait été confié à des médecins élus par leurs confrères dans les stations comptant plus de cinq médecins et nommés par le ministre dans les stations moins importantes; 2° le service de l'inspection proprement dite qui aurait été confiée aux conseils départementaux d'hygiène ou à des délégations prises dans leur sein.

A la suite d'une longue discussion, le Conseil d'Etat a émis un avis défavorable, en se fondant sur les raisons suivantes: 1° les reproches qui ont pu être adressés à l'inspection actuelle tiennent, non pas à son organisation en elle-même, mais à l'insuffisance de son fonctionnement; 2° dans le projet nouveau, l'inspection, au lieu d'être individuelle, permanente et locale, et de consacrer ainsi, en cas de négligence, une responsabilité précise et facile à mettre en cause, ne serait plus que collective, périodique et placée loin des établissements à surveiller, c'est-à-dire illusoire; 3° les membres du Conseil d'hygiène n'étant pas rétribués, il serait difficile d'obtenir de leur part une surveillance active et vraiment efficace; 4° le Conseil d'Etat a craint également que les médecins auxquels on confierait le service des indigents n'ayant plus le titre de médecins inspecteurs, et ne trouvant plus dans les avantages et la considération qui s'attachent à ce titre, une compensation aux charges et obligations résultant pour eux du temps et des soins gratuits qu'ils doivent donner aux malades pauvres, il ne se produisit des défaillances et que le service des indigents n'eût bientôt à en souffrir. Dans ces conditions, le Conseil d'Etat, tout en reconnaissant que l'organisation actuelle pouvait laisser à désirer sur certains points, a pensé qu'elle était encore supérieure au système proposé, et il a rejeté, en conséquence, le projet soumis à son examen. Les choses restent donc jusqu'à nouvel ordre dans le *statu quo.*

Comité technique du service de santé de l'armée. — Par un décret en date du 31 juillet 1888, les sections techniques instituées auprès du ministère de la guerre ont été supprimées et remplacées par des Comités consultatifs, chargés de se prononcer sur toutes les questions qui leur sont déférées par le ministre ou qu'ils ont été autorisés à étudier. Les membres, au nombre de neuf, dont sept au moins appartenant à l'arme ou service, sont nommés par le ministre et choisis parmi les officiers généraux ou fonctionnaires de grade correspondant qui, à raison de leur commandement ou de leurs fonctions, résident dans le gouvernement de Paris ou dans les régions voisines. Un personnel d'études, en nombre variable, formé d'officiers ou fonctionnaire de l'arme, est attaché au Comité pour l'aider en ses travaux et préparer les éléments de ses délibérations.

Le Comité technique du service de santé de l'armée est constitué ainsi qu'il suit, par décret du 13 août 1888.

Membres actuellement en fonctions: M. le médecin inspecteur général Didiot, président; MM. les médecins inspecteurs Colin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris; Baudouin, Goujot, directeurs de l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires; le pharmacien inspecteur Schmitt.

Membres nouveaux: MM. le général de brigade Correnson, directeur du génie à Paris; l'intendant militaire Raizon, directeur du service administratif des troupes stationnées dans le gouvernement militaire de Paris; MM. les médecins principaux de 1re classe Kelsch, professeur à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires; Nogier, médecin-chef de l'hôpital militaire de Versailles.

M. le médecin principal de 1re classe Chambé est nommé secrétaire avec voix consultative.

Prix. — La Société d'hygiène publique de Bordeaux décernera, en 1889, un prix de 500 francs au meilleur travail qui lui sera présenté sur un sujet d'hygiène déterminé. Elle a décidé aussi de décerner, chaque année, une médaille d'argent et une médaille de bronze, aux deux meilleures thèses présentées devant la Faculté de médecine de Bordeaux sur un sujet d'hygiène.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

15804. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE N° 34 24 AOUT 1888

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 22 août 1888.

Académie des sciences : **Vaccination préventive du choléra asiatique.** — *Académie de médecine :* **Bactérie pyogène de l'urine; Actinomycose humaine.**

La nouvelle conquête que les doctrines pastoriennes viennent de compter à leur actif est bien faite pour affirmer la haute valeur de ces doctrines et leur fécondité. On lira plus loin, dans son intégralité, la note du docteur Gamaléïa, présentée avant-hier à l'Institut et à l'Académie de médecine par M. Pasteur, et les réflexions dont il l'a fait suivre. Il ne saurait être ajouté à de tels documents d'autre commentaire que l'expression de l'admiration et de la satisfaction qu'inspirent à tous les Français les développements graduels et raisonnés des découvertes scientifiques de notre illustre compatriote. Ses prévisions ont une fois encore été justifiées par les faits et les recherches nouvelles qu'il vient de communiquer sont bien faites pour autoriser l'espoir de nouveaux succès.

— Après la communication de M. Pasteur l'Académie de médecine a entendu la lecture d'un important mémoire de M. le professeur Guyon sur un organisme pathogène infectieux, étudié avec le plus grand soin par MM. Albarran et Hallé, internes de son service. Le rôle que cette bactérie pyogène exerce sur l'infection urinaire, soit qu'elle produise les inflammations suppuratives de l'appareil excréteur de l'urine, soit qu'elle agisse sur le rein, conduit à des conclusions pratiques que M. Guyon n'a pas manqué de développer, tant au point de vue du pronostic que pour l'indication d'un traitement antiseptique préparatoire.

Nous avons aussi à appeler l'attention sur une note présentée par M. Nocard concernant le premier cas d'actinomycose humaine observé en France, chez un garçon d'écurie.

Vaccination préventive du choléra asiatique.

Mémoire communiqué à l'Institut et à l'Académie de médecine, les 20 et 21 août 1888, par M. PASTEUR, au nom de M. le docteur GAMALÉÏA, directeur de l'Institut antirabique d'Odessa.

Le travail suivant n'est qu'une simple et fidèle application de la *méthode expérimentale* qui a été créée au laboratoire de M. Pasteur et qui a déjà donné de si beaux résultats pour le choléra des poules, le rouget, le charbon et la rage.

L'auteur n'a pas besoin de rappeler quel obstacle cruel s'est opposé, il y a cinq ans, à l'application de cette méthode au choléra asiatique. Cet obstacle a forcé M. Pasteur à laisser cette maladie pour les recherches de ses futurs élèves. Or, l'auteur, comme nous l'avons dit, n'a fait qu'appliquer au choléra deux grands principes de la méthode expérimentale : celui de la virulence progressive et celui des vaccins chimiques.

Il est connu que les cultures ordinaires du vibrion cholérique n'ont qu'une virulence minime, à tel point que M. Koch, qui les a découvertes, a cru, après de nombreux échecs, que le choléra asiatique n'était pas inoculable aux animaux.

D'autre part, les élèves de M. Pasteur, lors de l'expédition française en Egypte, n'ont qu'une seule fois réussi à donner le choléra, et à une seule poule.

Or il est facile de douer le vibrion cholérique d'une *virulence extrême :* il ne faut pour cela que le porter sur un pigeon après un passage par le cobaye ; il tue alors le pigeon en lui donnant le choléra sec avec l'exfoliation de l'épithélium intestinal. Ce qui est plus important encore, le microbe apparaît aussi dans le sang des pigeons qui ont succombé.

Après quelques passages, ce microbe acquiert une telle virulence que le sang des pigeons de passage à la dose d'une ou de deux gouttes tue tous les pigeons frais dans l'espace de huit à douze heures. Ce virus tue aussi avec des doses encore plus petites les cobayes. Il est important de noter que tous les animaux de ces deux espèces succombent à l'infection virulente. Avec ce virus absolument mortel, l'auteur a pu constater l'existence de l'*immunité cholérique.* Ainsi, il a inoculé un pigeon deux fois avec une culture ordinaire (non virulente) du choléra : la première fois dans les muscles pectoraux, la seconde fois dans la cavité abdominale. Ce pigeon est devenu réfractaire à l'infection réitérée par le virus le plus virulent (le sang du

pigeon de passage). Le fait de l'immunité a été ainsi acquis.

Maintenant, si l'on cultive ce virus de passage dans un bouillon nutritif, et si l'on chauffe ensuite cette culture à 120 degrés pendant vingt minutes pour tuer sûrement tous les microbes qu'elle contient, on constate alors que le chauffage a laissé subsister une substance très active dans la culture stérilisée. Cette culture, en effet, contient une substance toxique qui détermine des phénomènes caractéristiques chez les animaux d'expérience.

Inoculé en quantité de 4 centimètres cubes à un cobaye, le bouillon stérilisé produit un abaissement progressif de la température et la mort en vingt ou vingt-quatre heures (à l'autopsie, on trouve une hyperhémie prononcée de l'estomac et des intestins et, comme de raison, une absence complète des microbes cholériques).

Les pigeons succombent aussi avec les mêmes phénomènes morbides. Seulement, ils sont plus résistants vis-à-vis de ce poison et leur mort n'arrive qu'à la suite d'une dose de 12 centimètres cubes injectée à la fois. Au contraire, si on leur introduit cette même quantité de 12 centimètres cubes, mais en trois, quatre ou cinq jours (en injectant, par exemple, 8 centimètres cubes le premier jour et 4 centimètres cubes le surlendemain) on ne les tue plus.

Sur ces pigeons on constate, en outre, un phénomène de la plus grande importance : ils sont devenus réfractaires au choléra. Le virus le plus virulent, le sang d'un pigeon de passage, inoculé même en quantité d'un demi-centimètre cube, n'est plus capable de les tuer. La vaccination des cobayes réussit encore plus facilement : en leur introduisant le bouillon toxique et vaccinal par la quantité de 2 centimètres cubes, on les vaccine en deux ou trois séances (en tout, 4 centimètres cubes ou 6 centimètres cubes).

Ainsi, l'on est en possession d'une méthode de vaccination préventive du choléra. Cette méthode est fondée sur l'emploi du vaccin stérilisé, et elle possède tous les avantages de la vaccination chimique : la *sûreté* et la *sécurité*, puisque le vaccin chimique peut être mesuré d'une manière tout à fait rigoureuse et introduit par des doses assez petites pour être entièrement inoffensif, tandis que les sommes de celles-ci peuvent donner la quantité voulue, nécessaire, pour une immunité complète.

Ainsi, dans ces expériences, l'immunité est conférée *sans danger* et *sans exception*. L'auteur espère, par conséquent, que cette méthode pourrait être appliquée à la vaccination humaine pour préserver les populations du choléra asiatique.

M. Gamaléïa déclare qu'il est prêt à répéter toutes ses expériences dans le laboratoire de M. Pasteur, en présence d'une commission de l'Académie des sciences. Il s'offre également à trouver sur lui-même la dose inoffensive et suffisante pour la vaccination humaine, comme aussi d'entreprendre un voyage dans les pays ravagés par le choléra pour prouver l'efficacité de sa méthode.

— Après avoir demandé que le travail de M. Gamaléïa soit renvoyé à la Commission du prix Bréant, M. Pasteur s'exprime ainsi :

« En ce qui me concerne, il est inutile de dire que j'accepte avec empressement que les expériences de M. Gamaléïa soient faites dans mon laboratoire conformément au désir qu'il m'exprime. M. Gamaléïa a déjà travaillé à plusieurs reprises au milieu de nous, notamment dans l'année 1886, lorsqu'il fut envoyé à Paris par la municipalité d'Odessa, à la demande de la savante Compagnie des médecins russes de cette ville, afin d'étudier la pratique des inoculations préventives de la rage, méthode dont il nous fait connaître aujourd'hui une extension et une application si remarquables à la vaccination préventive du choléra asiatique.

« Mais, comme il le dit avec toute la modestie d'un grand inventeur, il a joint aux méthodes de mon laboratoire les inspirations des pages publiées par moi sur le vaccin chimique de la rage dans le premier numéro des *Annales* de M. Duclaux, et des belles et décisives expériences de M. le docteur Roux sur le vaccin chimique de la septicémie dans le numéro de décembre dernier de ces même *Annales*.

« Depuis les travaux que je rappelle, les découvertes grandissent et s'accumulent en ce qui touche les vaccins chimiques. On ne saurait douter que nous en posséderons bientôt beaucoup d'autres, la connaissance de celui de la rage, par exemple, ne peut tarder à être connu et utilisé. Voici l'une des dernières expériences que j'ai faites avec l'assistance d'un de nos jeunes aides du laboratoire, Eugène Viala, qui a acquis dans l'art des trépanations une habileté particulière.

« Le 16 novembre 1887, 15 centimètres en longueur de la moelle d'un lapin du cent soixante et onzième passage, mort rabique, ont été délayés dans 30 centimètres cubes de bouillon stérile, après qu'on eut porté le cylindre de moelle pendant quarante-huit heures à la température de 35 degrés. Deux lapins trépanés et inoculés par cette moelle diluée n'ont pas pris la rage, ce qui constitue la plus grande probabilité, sinon la certitude que la moelle, par le chauffage au contact de l'air pur et sec, avait perdu sa virulence dans toute sa longueur.

« Cependant les deux chiens traités avaient été rendus réfractaires à la rage; car, inoculés par trépanation, le 23 mai 1888, avec la moelle bulbaire d'un chien mort de rage furieuse, ces deux chiens ont résisté et sont encore bien portants.

« La moelle chauffée, rendue non virulente, était donc vaccinale par un vaccin chimique. »

L'hôpital d'Aubervilliers et les hôpitaux d'isolement pour la variole.

M. le docteur Créquy, médecin en chef des chemins de fer de l'Est, a communiqué à l'Académie de médecine, d'abord il y a un an, puis dans la séance du 24 juillet dernier, deux mémoires sur une épidémie de variole qu'il avait observée parmi les ouvriers des ateliers de l'usine à gaz de la Villette. Il considérait cette épidémie comme une preuve manifeste de la contagion de la variole à distance et en accusait le voisinage de l'hôpital temporaire de varioleux à Aubervilliers. A propos de la dernière communication de M. le docteur Créquy, nous avons fait brièvement connaître (n° du 27 juillet 1888, p. 465) les raisons pour lesquelles nous ne pouvions partager cette opinion; notre confrère nous écrit à ce sujet la lettre suivante que nous nous empressons de reproduire :

Paris, 11 août 1888.

Monsieur le Directeur,

C'est seulement aujourd'hui que je lis dans le n° 37 de votre journal, la critique de la note que j'ai lue à l'Académie de médecine sur la contagion de la variole à distance. Vous dites que

les nouvelles constatations de variole que j'apporte à l'Académie ne pourront faire croire que cette épidémie est due au voisinage de l'hôpital des varioleux; ce ne sont certes pas non plus les arguments que vous donnez qui changeront les idées de ceux qui ont une opinion contraire à la vôtre.

Vous me faites dire que l'atelier le plus frappé contient près du double du nombre total des ouvriers des autres usines; c'est presque l'inverse qui est vrai. En effet, le nombre d'ouvriers de l'usine de distillation la plus éprouvée, éloignée seulement de 230 mètres de l'hôpital des varioleux, est de 515; celui des cinq autres usines réunies, éloignées de 356 à 770 mètres, est de 752. La première a eu 38 varioleux, les autres 6, c'est-à-dire proportionnellement trois fois plus.

Les contacts entre varioleux ont pu se produire aussi bien dans les autres usines que dans celle de distillation; il n'y a donc là rien de contraire à ce que j'avance. Les barrières de bois, dites-vous, ont pu être franchies par les infirmiers; sans doute, mais ils n'ont pu franchir le mur d'enceinte de la ville haut de 40 pieds et celui de l'usine haut de plus de 15, régnant tous deux entre l'hôpital et l'usine sur une longueur de plus de 700 mètres, sans aucune ouverture. En outre, les ouvriers atteints (à l'exception de deux) ayant leur domicile dans les rues Curial, Labois-Rouillon, de l'Ourcq, passage Vatteaux et au lieu dit les Quatre-Chemins, séparés de l'hôpital des varioleux, comme je viens de le dire, par les fortifications et par le canal, n'ont pu avoir de relations avec cet établissement. Les voitures de varioleux ne sont pas entrées dans l'usine et il est inutile d'ajouter que les ouvriers n'y sont pas montés. Les malades en convalescence n'ont pu avoir de rapports avec les ouvriers puisqu'ils étaient transportés à l'asile de Vincennes.

C'est une erreur de croire que les convalescents varioleux des bateaux stationnant sur le canal aient pu se promener librement dans l'usine, dont l'entrée, continuellement gardée, est formellement interdite aux étrangers.

Du reste, l'usine de la briqueterie séparée du canal seulement par la largeur de la berge, 30 ou 40 mètres, n'a eu qu'un varioleux; c'est l'usine de la distillation qui en est séparée de plus de 300 mètres, qui a eu 38 varioleux. La conclusion est facile à tirer.

L'argument tiré de la présence de varioleux sur ces bateaux bien avant l'ouverture de l'hôpital, se retourne contre vous. En effet, l'hôpital de varioleux ouvre le 23 mai 1887; le premier cas de variole est constaté le 26 juin, suivi bientôt de 4 autres; 27, 29, 30 juin et 2 juillet.

Ainsi, ce que n'avait pas pu faire naître la présence de quelques cas isolés sur les bateaux, l'agglomération d'un grand nombre de varioleux produit un foyer dont l'intensité rayonne au loin et dont on pourrait peut-être dire que la puissance de contagion est proportionnelle à la puissance du foyer et en raison inverse du carré des distances.

Quant aux enfants fréquentant les écoles fermées pour cause de variole, ils n'appartiennent pas plus aux ouvriers de la distillation qu'à ceux des autres usines, dont les deux plus importantes — cokes et goudrons (460 ouvriers, 3 varioleux) — sont précisément situées rue Curial, où l'épidémie semblait avoir élu son siège de prédilection.

Vous auriez pu rapprocher de ces faits la déclaration de M. le professeur Colin d'Alfort relatant que les choses se passent identiquement pour la clavelée, qui est la variole des moutons, se transmettant dans les parcs à 200 ou 300 mètres, cessant d'être contagieuse à 500 ou 600 mètres. Vous avez pensé qu'il était plus intéressant de dire que la compagnie de l'Est était propriétaire de l'usine à gaz; je le désirerais pour ses actionnaires, mais il n'en est pas ainsi. Tout le monde à Paris sait que ces deux compagnies n'ont aucune relation.

Je n'ignore pas que dans une question de contagion, les éléments sont multiples : la distance, le contact, la direction des vents, l'aptitude individuelle et d'autres causes que nous ignorons peuvent avoir chacun leur part. Mais dans le cas particulier, je crains que dominé par des idées préconçues, vous n'ayez pas attaché aux faits que j'ai rapportés l'attention qu'ils méritent à raison de l'influence qu'ils peuvent exercer sur la création de pavillons ou hôpitaux d'isolement.

Dr Créquy,
Médecin en chef des chemins de fer de l'Est.

Nous avons trop de respect et de sympathie pour notre très honoré confrère pour ne pas lui dire de nouveau, en toute franchise, que les arguments qu'il a bien voulu rappeler dans sa lettre, ne nous paraissent pas absolument probants. Laissons de côté les quelques erreurs matérielles, dues à la hâte de l'impression, qu'il relève et qui n'ont qu'un intérêt restreint dans la circonstance. Une coquille d'impression nous a fait dire que l'atelier de distillation avait à lui seul plus du double du nombre des ouvriers, alors que c'était « plus de moitié » que nous avions écrit, etc., etc. M. Créquy nous saura plutôt gré, sans nul doute, de laisser de côté ces détails et d'examiner le fond même de la question en litige.

Les ateliers et usines visés dans sa communication sont répartis de la façon suivante :

	Distance de l'hôpital.	Hommes.	Varioleux.	Morts.
Atelier de distillation...	230 mètres.	515	38	10
Briqueterie............	356 —	70	1	»
Chaudronnerie.........	500 —	150	2	»
Usine à goudron.......	510 —	240	2	»
Réserve de coke.......	530 —	220	1	1
Produits chimiques.....	770 —	72	»	»

Quelle est, en résumé, l'argumentation de M. Créquy? L'atelier de distillation a eu le plus grand nombre d'hommes atteints de variole; il est le plus près à vol d'oiseau de l'hôpital des varioleux; donc c'est son rapprochement de cet hôpital qui a été la cause de la fréquence plus grande des cas de variole qui se sont manifestés dans son personnel, d'autant que ces cas n'ont commencé à se montrer qu'un mois après l'ouverture de l'hôpital. M. Créquy estime en conséquence que la variole s'est transmise à distance par l'atmosphère de l'hôpital à l'atelier le plus voisin. La proximité d'un foyer de variole suffirait ainsi à elle seule à disséminer la maladie, quand bien même il n'y aurait aucune relation de personnes entre ce foyer et les alentours. Comment se fait-il donc alors que l'usine à goudron et la réserve de coke (460 ouvriers, 3 varioleux), qui « sont situés rue Curial où l'épidémie semblait avoir élu son siège de prédilection », aient eu si peu de varioleux; ici le rapprochement d'un foyer de variole, et d'un foyer non surveillé, est encore plus considérable que précédemment; cependant le nombre des varioleux est incomparablement plus faible que dans l'atelier de distillation. N'y aurait-il pas plutôt dans ces divers faits des coïncidences, pouvant tenir à diverses causes non encore suffisamment élucidées dans les enquêtes, mais qui ne permettent pas d'attribuer la petite épidémie en question à la cause principalement invoquée par notre confrère ?

Ce qui nous sépare d'avec M. Créquy, c'est qu'il admet comme démontré qu'un hôpital de varioleux séparé d'un atelier de 515 hommes par les fortifications de la ville de Paris, un boulevard et un mur d'usine, ait pu, par contagion à distance seule, transmettre la variole aux hommes de cet atelier. Pour entraîner la conviction et détruire toute opposition à cette manière de voir, il faudrait démontrer que les ouvriers n'ont pu avoir aucun contact, direct ou indirect, avec l'extérieur, que l'hôpital des varioleux a également été

fermé au dehors, qu'aucun cas de variole n'a existé dans la région avant l'ouverture de l'hôpital. Il faudrait, en un mot, pouvoir démontrer que, soit dans l'hôpital, soit dans l'atelier, tout le personnel est resté absolument isolé jusqu'au jour où le premier cas de variole a été constaté. Or, voyons si les faits se sont passés de cette façon. D'une part, il est bien évident que les ouvriers de l'atelier de distillation et ceux des autres ateliers n'y sont pas restés renfermés aussi longtemps sans en sortir; M. Créquy a d'ailleurs l'obligeance de nous indiquer leurs domiciles, et nous verrons tout à l'heure si les quartiers où se trouvent ceux-ci étaient depuis longtemps indemnes de variole. D'autre part, il a été reconnu que le personnel de l'hôpital d'Aubervilliers n'est pas resté renfermé, que les barrières extérieures ont été franchies, et que des relations ont eu lieu entre cet hôpital et le dehors (nous n'avons pas dit que ce fussent spécialement avec les ouvriers des usines). Dans son enquête, M. Dujardin-Beaumetz a signalé: 1° la fermeture tout à fait incomplète de l'hôpital; 2° la non-désinfection des personnes qui accompagnaient les malades dans les voitures et qui, après avoir fait cet accompagnement, venaient se rendre au Château-des-Alouettes, cabaret très fréquenté; 3° enfin, l'insuffisance de nos mesures législatives qui ne peuvent s'opposer à la sortie de l'hôpital d'un malade incomplètement guéri.

Mais les quartiers que nous envisageons n'étaient-ils pas déjà contaminés? On sait d'ailleurs combien dans toute cette région de la banlieue parisienne et des 18e et 19e arrondissements de Paris, les communications sont faciles. Or, la carte jointe au rapport officiel que M. Dujardin-Beaumetz a adressé à M. le Préfet de police, au nom du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, à la date du 6 décembre 1887, montre « qu'avant le mois de juin, c'est-à-dire avant l'ouverture de l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, il existait déjà au centre des foyers d'infection des cas de variole ». Et le rapport énumère en grand nombre les preuves de l'existence de cette maladie depuis longtemps dans ces localités, dont l'insalubrité est notoire. Ces constatations suffiraient à elles seules, si nous n'avions à y ajouter le fait de l'arrivée dans le voisinage des bateaux dont nous avons déjà parlé. Ici nous nous croyons obligé de transcrire la déclaration officielle adressée par M. le directeur de l'Assistance publique à M. le Préfet de police: « Le 23 mars 1887, deux bateaux-flûtes de Montluçon, venant de Saint-Mamet, où la variole sévissait depuis plusieurs semaines, se trouvaient amarrés en Seine, au large de l'île Louviers; dans ces bateaux se trouvaient quatre varioleux. A la même époque, deux autres flûtes stationnaient en face de l'usine à gaz de la Villette, où elles prenaient un chargement de goudron; elles étaient arrivées le 10 mars et ne repartirent que le 25. Une visite médicale, prescrite par le service municipal, révéla qu'il s'y trouvait, à cette époque, trois varioleux à la période de desquamation qui circulaient librement sur les berges et dans l'usine. La même visite démontra que quatre autres flûtes, également infectées, avaient, à la même époque, stationné au bassin de la Villette. Les écoles publiques des Quatre-Chemins (Aubervilliers), fréquentées par des enfants de la cité Demars, dont les parents travaillent à l'usine à gaz, furent fermées par arrêté du maire, en date du 25 mars; la variole y avait atteint plusieurs enfants. L'hôpital temporaire d'Aubervilliers n'a été ouvert que le 23 mai 1887, c'est-à-dire deux mois après l'époque à laquelle remonte l'infection probable du quartier des Quatre-Chemins.... »

On ne saurait donc s'étonner que le Conseil d'hygiène ait déclaré dès l'année dernière, que « rien ne démontre d'une façon positive que l'hôpital temporaire d'Aubervilliers ait été la cause de la fréquence de la variole en 1887, dans cette région ». La même opinion a été adoptée il y a quelques jours par la Conseil d'hygiène, dans un rapport de M. Léon Colin, lu à la séance du 3 août 1888, en faveur de la construction, dans la banlieue de Paris, d'hôpitaux d'isolement. Qu'on nous permette d'ajouter que la dernière communication de M. Créquy a été l'occasion d'une nouvelle enquête, en raison de la considération très justifiée dans laquelle chacun tient ses observations. Nous ne croyons pas que cette enquête soit complètement achevée; mais nous avons dès maintenant sous les yeux un tableau d'après lequel sur les 44 varioleux des usines en question, il y en avait 13 dans les maisons desquels existaient ou ont existé des varioleux et 31 dans les maisons desquels il n'y avait pas de varioleux. Il reste à savoir, si cela est possible, quelles relations individuelles ont pu avoir lieu entre ces 44 malades et les nombreux foyers de variole des quartiers et localités environnants.

Nous nous en tiendrons là pour aujourd'hui de ces observations, en demandant à M. Créquy la permission d'attendre la fin de l'enquête qui sera communiquée au mois d'octobre. Chacun pourra alors juger en complète connaissance de cause s'il faut, dans le cas présent, définitivement attribuer à l'atmosphère la dissémination des germes varioliques et le retard relatif qu'il a constaté dans l'apparition de l'épidémie parmi les ouvriers de l'usine à gaz. Nous ne nions pas, qu'on veuille bien le remarquer, que l'ouverture de l'hôpital temporaire de varioleux à Aubervilliers ait pu produire une recrudescence de la variole dans les environs; mais cette dissémination s'est faite par contact, alors que des précautions assez rigoureuses n'avaient pas encore été prises pour empêcher toutes relations entre l'hôpital et le dehors et qu'on n'avait pas pratiqué de désinfection suffisante de tout ce qui provenait de l'établissement: personnes ou objets. Un règlement spécial a été édicté, et tout est rentré dans l'ordre. On ne saurait donc, du moins à notre avis, arguer de ce fait contre la création de pavillons ou d'hôpitaux d'isolement pour la variole.

Ce n'est pas la première fois que pareille accusation est portée contre ces hôpitaux. On sait qu'à Londres, en particulier, d'interminables procès ont mis en cause la distance à laquelle l'infection peut se répandre en dehors d'un hôpital de varioleux; une Commission spéciale, en se basant sur les travaux de Hill, de Tripe et de Power, déclara qu'il lui paraissait « clairement établi par l'expérience des cinq hôpitaux de variole pendant les six dernières années, que dans leur état actuel les *Asylum's Hospital* étaient une cause d'augmentation de la variole dans leur voisinage. Cependant, la Commission fit observer que la communication directe et par les personnes pouvait avoir joué dans cette propagation, un rôle plus important que l'air lui-même ». En effet, chaque fois qu'on s'est livré à des enquêtes approfondies, aussi bien, par exemple, pour les faits cités par M. Brouardel à la Société médicale des hôpitaux, que pour ceux rapportés par M. Bertillon à la Société de médecine publique, on est toujours parvenu à reconnaître que c'est par les relations de personnes ou d'objets que les hôpitaux

de varioleux ont pu propager la maladie; du jour où ces relations venaient à être surveillées et empêchées par des mesures de précaution préalables, le voisinage de l'hôpital était sans danger. L'exemple le plus frappant que la science possède à cet égard est celui de l'hospice de Bicêtre en 1870-1871, que M. Léon Colin a relevé avec le plus grand soin. Bien qu'il ait déjà été cité plusieurs fois, on nous permettra de le rappeler ici, car l'on verra combien il diffère des faits que nous avons examinés tout à l'heure.

L'hospice de Bicêtre reçut en cinq mois, pendant le siège de Paris, près de 8000 varioleux, dont la moyenne quotidienne variait de 1200 à 1500; à environ 100 mètres se trouvait le fort, occupé par des soldats et des marins. « Ce qu'il importe de noter, c'est qu'il n'existait aucune communication entre l'hôpital et le fort; les germes engendrés par les varioleux de l'hôpital n'eussent pu parvenir au fort que transportés par l'air; or, durant tout le siège de Paris, la population de ce fort ne présenta pas plus de cas de variole que celle des autres forts et casernes de Paris, tandis que la maladie se répandait dans toutes les maisons qui, sous le nom de Kremlin, occupent l'intervalle entre l'enceinte de la ville et la porte de l'hôpital, maisons pour la plupart transformées en cabarets, où s'arrêtaient les mendiants, les infirmes, les cochers qui avaient conduit des varioleux à cet hôpital.»

Ces arguments que nous énumérons aussi brièvement que possible sont en partie ceux qui viennent de déterminer le Conseil d'hygiène de la Seine à se montrer favorable à une demande de l'Assistance publique relative à la construction dans la banlieue de Paris, d'hôpitaux d'isolement. Dans le remarquable rapport que M. Léon Colin a fait adopter à ce sujet, dans la séance du 3 août 1888, il se félicite tout d'abord d'avoir à signaler « l'étendue de la réforme des idées révélées par les propositions de l'Administration de l'Assistance publique. C'est la renonciation radicale aux pratiques, non pas d'hier, mais presque d'aujourd'hui; c'est l'évocation d'un isolement aussi complet que possible des contagieux, c'est-à-dire d'un mode capital de protection contre les maladies transmissibles, substitué à ces pratiques routinières, et encore si actuelles, de la promiscuité, en un même établissement, de malades atteints des affections les plus diverses: les uns servant, pour ainsi dire, à contaminer les autres; et engendrant ces épidémies nosocomiales de choléra, de croup, de rougeole, de variole qui retentissent trop souvent sur l'état sanitaire de l'ensemble de la cité, qui, d'autres fois, par leur limitation à l'hôpital infecté, témoignent mieux encore que c'est là que se fait le mal et qu'on lui amène ses victimes. Que de fois, ajoute-t-il, ai-je félicité en moi-même les malheureuses familles n'ayant pu, faute de place, faire admettre dans nos hôpitaux d'enfants les petits malades auxquels mieux valait continuer leur misère et la privation de tout soin médical, qu'imposer les chances redoutables d'un séjour en de pareils établissements? »

A Paris, les difficultés pratiques ont pu, il est vrai, retarder une si heureuse solution. C'est pourquoi il y a lieu de se demander si, dans de telles conditions, il faut se décider pour le pavillon spécial annexé à l'hôpital général, pour l'hôpital spécial en ville ou enfin pour l'hôpital spécial dans la banlieue. Le pavillon spécial type serait celui qui aurait non seulement son vestiaire, ses bains, son étuve à désinfection, mais encore sa cuisine, sa pharmacie, sa porte d'entrée, son personnel absolument distincts de ceux de l'établissement auquel il serait annexé; par le fait, ce ne serait plus une annexe, ce serait un hôpital voisin d'un autre; et comme dès lors le seul danger serait encore ce voisinage, on est naturellement conduit à l'édification, non plus de pavillons mais d'hôpitaux totalement consacrés aux contagieux.

L'édification dans l'enceinte de Paris d'hôpitaux de contagieux donnerait satisfaction à nombre d'intérêts les plus légitimes; mais, s'il existe en effet à l'intérieur de Paris, des terrains suffisamment vastes pour recevoir des établissements de cette nature avec tous les développements qu'ils comportent, aucun de ces terrains ne remplit les conditions requises, attendu que tous se trouvent à proximité d'agglomérations populeuses et que plusieurs sont situés dans le voisinage de groupes scolaires pour lesquels les dangers d'infection seraient tout particulièrement à craindre. L'hôpital de contagieux édifié dans Paris offrirait, en résumé, pour l'ensemble de la population de la capitale, les inconvénients des pavillons spéciaux pour la population de l'hôpital général dont ces pavillons dépendraient, tandis que dans la banlieue il sera toujours plus aisé de trouver *extra muros* des emplacements absolument sans danger pour l'état sanitaire de la population avoisinante.

En ce qui concerne la variole, tous les faits prouvent qu'avec des précautions spéciales, les hôpitaux spécialement affectés à cette maladie sont sans danger pour le voisinage; mais il importe aussi de faire observer, avec M. Léon Colin, qu'il y a lieu de subordonner la construction de ces établissements aux nécessités créées par les épidémies. « Le varioleux est en effet, dit-il, de tous les malades, celui peut-être qui a le moins à redouter la légèreté des abris qui lui sont affectés, celui auquel la baraque convient le mieux; que les administrations d'assistance publique aient à leur disposition non pas des établissements tout faits, toujours onéreux, mais simplement des surfaces dallées, bitumées, munies à l'avance de trous où s'implantera la charpente des constructions à venir, et, si la ville est considérable, situées sur plusieurs points de sa périphérie. Si la variole surgit, il suffira d'élever successivement, en commençant au voisinage des quartiers les plus atteints, ces baraques dont l'édification pourra toujours être aussi rapide que l'expansion du mal. Une des raisons pour lesquelles nous estimons qu'il n'y a pas lieu à construction immédiate et définitive, c'est en outre l'espérance que nous persistons à conserver, que les pratiques de vaccination et de revaccination pénétreront enfin assez avant dans l'hygiène de la population parisienne pour enlever leur raison d'être à ces établissements. » Jusqu'en ces dernières, années on aurait hésité à appliquer à diverses autres maladies, éminemment transmissibles dans l'hôpital, notamment à la rougeole, à la coqueluche et surtout à la diphthérie, la totalité des mesures précédentes, en raison surtout des inconvénients, parfois même des dangers, pour le malade, de transports lointains, surtout pendant la saison froide. Mais il faut compter: 1° sur l'imminence de la transformation et du perfectionnement du système du transport des contagieux, aussi bien au point de vue de sa régularité, de sa rapidité, que de l'aménagement intérieur, du confortable des voitures spéciales; et 2° sur le maintien du droit d'admission dans les pavillons spéciaux actuellement édifiés en plusieurs hôpitaux généraux de l'intérieur de Paris, de ceux des malades atteints d'une des trois affections précédentes dont le trans-

port lointain semblerait offrir des inconvénients. C'est au même titre, et en raison d'une rapidité habituellement bien plus grande de la maladie que M. Colin estime qu'il y aura toujours lieu, en cas d'épidémie cholérique, de réserver à l'intérieur de Paris, soit des pavillons, soit des hôpitaux spéciaux pour les malades de cette catégorie. C'est pourquoi le Conseil a décidé, d'après les considérations que nous venons de résumer, « qu'il y avait lieu d'édifier des hôpitaux contagieux en dehors de Paris, spécialement en ce qui concerne les malades atteints de variole, de rougeole, de coqueluche et de diphthérie. La construction de semblables établissements, suivant les donnés modernes de l'architecture nosocomiale, n'est pas pour nuire à la salubrité des communes suburbaines; il est permis de croire que plusieurs de ces communes où depuis quelques années surtout ces maladies contagieuses paraissent avoir élu particulièrement domicile, récolteront un bénéfice réel du voisinage de ces hôpitaux, qui leur permettra l'isolement plus rapide de leurs propres contagieux. »

On aimerait à penser que des déclarations aussi autorisées suffiraient à arrêter la singulière campagne entreprise par les maires des communes de la banlieue parisienne contre la création d'hôpitaux d'isolement sur leur territoire. On sait, en effet, que la plupart de ces maires ont déjà pris des arrêtés tendant à interdire dès maintenant cette création. Ils se basent sur les articles 94 et 97 de la loi municipale qui leur confèrent le droit de prévenir par des précautions convenables les maladies épidémiques ou contagieuses. La question est actuellement déférée à la juridiction administrative par le Préfet de la Seine et l'on attend avec quelque curiosité la décision qui interviendra. C'est là en effet un point de droit sanitaire qu'il est intéressant d'élucider et sur lequel une décision s'impose d'urgence. Nous croyons, quant à nous, que le juge doit se mettre au-dessus des considérations locales et voir si les précautions que prétend prendre le magistrat municipal sont vraiment « convenables », comme l'exige la loi. Or, dans l'espèce, qu'il examine les faits, qu'il consulte les conseils compétents, et il n'aura pas de peine à dénier ce caractère aux mesures d'ostracisme que voudraient prendre des municipalités jalouses de la grande ville, dont le voisinage fait cependant leur fortune. Il est temps que la solidarité nationale ne devienne pas un vain mot et que les intérêts privés ne puissent l'emporter sur l'intérêt public.

Et cependant que voyons-nous en ce moment? De tous côtés, la Ville de Paris a à lutter contre des oppositions violentes à ses projets d'assainissement. Ici, parce qu'elle a besoin d'augmenter son alimentation en eaux de source, elle projette de capter le superflu des eaux d'une rivière du département de l'Eure en indemnisant loyalement les riverains et en leur laissant, comme le veut la loi, toute l'eau dont ils ont réellement besoin. Là, elle désire continuer l'épuration par le sol de ses eaux d'égout, pour la plus grande richesse des terre incultes où elle va ainsi porter la fécondité. Ailleurs, elle désire, dans une région suffisamment isolée, placer des hôpitaux dont les avantages sont indiqués avec tant de force et de vérité par le Conseil d'hygiène. Personne n'aurait à perdre à la réalisation de ces projets et combien y gagneraient?

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Note sur le microbe pyogène de l'abcès sudoripare, par MM. Verneuil et Clado.

L'existence de microbes dans les abcès chauds ou froids peut être considérée comme à peu près constante. Les variétés même en sont assez nombreuses pour qu'il soit nécessaire d'en faire au moins deux groupes :

A, les *microbes pyogènes proprement dits*, qui, se trouvant presque toujours dans le pus, semblent être les agents essentiels de sa formation;

B, les *microbes spécifiques divers*, qu'on peut constater dans les abcès consécutivement à la maladie spécifique correspondante, sans qu'on puisse toutefois affirmer qu'ils provoquent à eux seuls la pyogénèse.

Il existe plusieurs espèces de microbes pyogènes qu'on voit au microscope, mais qu'on démontre surtout par le procédé beaucoup plus décisif des cultures. On les distingue, suivant leur mode de groupement, en diplocoques, streptocoques, staphylocoques, etc., et suivant leur couleur, en *aureus*, *citreus*, *albus*, termes que je propose de remplacer dans notre langue par les adjectifs *orange*, *citron* et *blanc*.

Tel abcès ou tel foyer de suppuration simple peut renfermer les trois microbes pyogènes en quantités variables et diversement groupés, tel autre n'en présentera que deux et même un seul. Nous connaissons mal les causes de ces différences et l'influence que tel ou tel de ces microbes exerce sur la forme, la marche, la terminaison, le pronostic et le traitement des collections purulentes. On s'accorde cependant à dire que les microcoques orangés se rencontrent surtout dans les formes aiguës et graves de la suppuration. Pour fixer ce point intéressant, il conviendrait de multiplier les observations en tenant compte de toutes les circonstances présidant ou accompagnant la pyogénèse: siège anatomique, causes déterminantes, constitution antérieure et actuelle du malade, etc.

En attendant, nous apportons aujourd'hui un renseignement nouveau sans doute, nos lectures ne nous ayant rien fait découvrir qui s'y rapporte; nous voulons parler du microbe pyogène de l'hidradénite suppurée ou abcès sudoripares, affection si fréquente et pourtant si peu connue quand elle siège hors des régions habituelles : anus, aisselle, aréole du mamelon.

Obs. — Dans les premiers jours de juillet se présenta à la Pitié, un jeune et robuste infirmier, atteint d'une éruption cutanée siégeant à la nuque, et qui durait depuis plus de quinze jours. Les boutons, au nombre d'une dizaine, irrégulièrement dispersés, étaient d'âge différent; deux qui avaient suppuré déjà et qu'un élève du service avait ouverts, étaient à peu près guéris, laissant seulement à leur suite une induration aplatie, indolente, paraissant siéger à la face profonde de la peau; trois autres semblaient au contraire à leur début, et occupaient aussi les couches profondes du derme sous forme d'indurations perceptibles au toucher, mais à peine saillantes, peu douloureuses encore et sans autre altération de la peau qu'une rougeur légère et circonscrite. Enfin deux tumeurs inflammatoires étaient à maturité; elles formaient une saillie discoïde de 15 à 16 millimètres de diamètre, rouge, douloureuse au toucher, manifestement fluctuante, et présentaient à leur centre, non pas une pointe acuminée, mais une petite tache blanche formée par du pus soulevant légèrement l'épiderme. Le stylet porté sur ce point, pénétrant sans peine dans une cavité sous-cutanée assez spacieuse pour contenir près d'un gramme de pus de bonne apparence, qu'on fit sortir par une pression douce par l'ouverture cutanée, et qui, généralement épais et un peu visqueux, renfermait à son centre une sorte de bourbillon.

Les assistants prenaient ces boutons pour des furoncles, mais

on leur montra qu'il s'agissait d'abcès sudoripares types tels qu'ils ont été décrits jadis par l'un de nous.

Pus et bourbillon recueillis séance tenante par M. Clado, servirent à faire diverses cultures sur plaques et sur l'agar glycériné. Le résultat fut identique et fournit exclusivement des amas abondants de microcoques orangés, absolument comme s'il se fût agi d'un furoncle type.

Comme traitement, on institua les pulvérisations phéniquées pour les abcès en voie de formation, et sans débrider la cavité des deux abcès, on se contenta d'y pousser, avec une petite seringue, une injection phéniquée; la guérison fut très prompte.

Il est remarquable que le même microbe pyogène se retrouve comme agent principal de l'inflammation suppurative des deux genres de glandes de la peau, alors pourtant que cliniquement le furoncle de l'hidradénite présentait de notables différences. Cette constatation nous remet en mémoire certaines indurations inflammatoires de la peau, disposées en plaques épaisses, très dures, très douloureuses, peu saillantes, mal limitées à leur périphérie, avec coloration rouge livide de la peau, et que, faute de mieux, l'un de nous a nommées autrefois *anthracoïdes*, pour indiquer à la fois leur ressemblance et leur identité avec l'anthrax vrai. Il y aurait lieu de voir s'il ne s'agirait pas là d'une lésion formée par une réunion d'hidradénites tout comme les anthrax résultant d'une réunion de furoncles.

Clinique médicale.

De la curabilité de l'ascite et de la cirrhose du foie, par M. Deshayes, de Rouen.

I. L'hépatite interstitielle, bien confirmée, avec ascite, amaigrissement et tout son cortège habituel de signes pathognomoniques, est-elle curable ?

Jusqu'à ces derniers temps la majorité des auteurs et des médecins répondait non.

« Le pronostic est presque toujours des plus défavorables, et la mort ordinairement inévitable » (Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*, traduit par Duménil et Pellagot);

Et plus loin, p. 356, *Cirrhose hypertrophique :* « Jusqu'ici la maladie peut être considérée comme presque fatalement mortelle. »

« La terminaison est toujours funeste » (Jaccoud, *Pathologie interne*).

« Ce que l'on peut dire, c'est que dès l'instant où l'ascite se déclare, le mal est à peu près sans remède, et les jours du malade sont comptés » (H. Rendu, art. Foie, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).

Mais, dira-t-on, il s'agit là de la cirrhose atrophique; or les travaux de MM. Ollivier (de Rouen), Hayem, Cornil, Hanot et Charcot ont établi une démarcation profonde entre les deux formes d'hépatite interstitielle, entre la cirrhose atrophique et la cirrhose hypertrophique.

Mais même dans la cirrhose hypertrophique la mort est la conséquence nécessaire de la maladie (H. Rendu, *loc. cit.*).

C'était donc chose admise, en France comme à l'étranger. Aussi le traitement prescrit dans la cirrhose confirmée était-il purement palliatif.

On combattait les symptômes qui dominaient, mais le pronostic formulé restait fatal. C'est ainsi qu'on recourait dès le début aux révulsifs : pointes de feu, cautères ou vésicatoires, diurétiques et toniques étaient prescrits: parfois une saison à Vichy; venaient ensuite les ponctions répétées, mais l'émaciation survenait et la mort. Il est juste de noter cependant que la pilocarpine à l'intérieur aurait donné deux cas de guérison à Jakoby. Telle était, n'est-il pas vrai, la marche la plus fréquente de la cirrhose, et tous en France nous pensions que le traitement de l'hépatite interstitielle était encore à trouver. L'année dernière en parcourant à Vienne les services des professeurs Bamberger et Nothnœgele, je rencontrai plusieurs cas de cirrhose abandonnés ou à peu près à eux-mêmes, et j'en conclus qu'eux aussi n'avaient recours qu'à un traitement symptomatique.

Les mercuriaux sous forme de pilules bleues et l'iodure de potassium avaient cependant déjà donné quelques rares succès; ces succès étaient considérés comme tout à fait exceptionnels, et seulement dans les cas bien nettement accusés de diathèse syphilitique. En dehors de la syphilis, pas de salut. C'est dans cet ordre d'idées que mon regretté maître Leudet, qui s'était beaucoup occupé de la curabilité de l'ascite en général, cite plusieurs cas de guérison apparente après une seule ponction, récidive après trois ans, mort; un autre de cirrhose avec ascite : plusieurs ponctions de l'abdomen, récidives rapides de l'ascite: traitement par la gomme-gutte à haute dose ; 50 centigrammes jusqu'à 1 gramme par jour. Ce malade revu deux ans après semblait relativement guéri. On sait la rigueur et la réserve scientifiques que Leudet apportait dans ses conclusions; aussi écrivait-il :

« La guérison momentanée de la syphilis hépatique est donc maintenant bien démontrée, mais il faut garder une grande réserve dans son pronostic à propos de la guérison absolue de la syphilis hépatique et de l'ascite consécutive. »

La curabilité de l'ascite n'avait donc point échappé à cet observateur, et déjà même il avait cru pouvoir conclure que :

« Dans la cirrhose alcoolique l'ascite peut revêtir le caractère d'un épanchement fibrineux, avoir une longue durée et même guérir » (p. 557, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*). Mais c'étaient là de rares exceptions. Il y aurait aussi, nous l'avons vu, à tenir compte, dans les cas de guérison, de la variété clinique de la cirrhose, et à établir une différence entre les cirrhoses hypertrophiques et les cirrhoses atrophiques. D'après Leudet, les rares guérisons obtenues ne l'auraient été que dans les cirrhoses hypertrophiques.

II. Nous en étions là quand parut le travail de M. Lancereaux sur le traitement des cirrhoses du foie (*Académie de médecine*, séance du 30 août 1887).

Les faits révélés par M. Lancereaux étaient toute une révolution. La science consommée de l'auteur, sa profonde connaissance de l'anatomie pathologique ne permettaient pas de mettre en doute les cas de guérison observés. Il ne s'agissait plus seulement de quelques cas isolés de syphilis hépatique guéris par l'iodure de potassium: le cadre s'élargissait, la médication s'étendait à toutes les cirrhoses.

Pour M. Lancereaux, il convient d'établir trois types de cirrhose: la cirrhose syphilitique; la cirrhose impaludique, et la cirrhose alcoolique; ce dernier type comprend lui-même plusieurs variétés, notamment la cirrhose alcoolique graisseuse.

Il va de soi que la cirrhose guérira d'autant mieux par l'iodure de potassium qu'elle sera de nature syphilitique. « Dans la cirrhose impaludique, dit M. Lancereaux, l'iodure de potassium m'a paru avoir aussi de bons résultats, mais c'est l'hydrothérapie qui est le moyen par excellence.

« Enfin, dans la cirrhose alcoolique, l'emploi prolongé de ce médicament est suivi d'effets encore plus avantageux, principalement lorsqu'il se trouve associé à un régime lacté exclusif. »

Et en effet toute la méthode, nous a-t-il semblé, tient dans ces deux termes : usage prolongé de l'iodure potassique et diète lactée absolue.

Je n'ai pas à rappeler les nombreuses observations de M. Lancereaux. On les trouvera dans les *Bulletins de l'A-*

cadémie. Peut-être cependant son travail n'a-t-il point reçu toute la publicité qu'il méritait.

Avec une grande réserve, l'auteur dit que d'autres médecins avaient déjà employé avant lui des moyens semblables.

C'est possible, mais c'est bien à lui que reviendra le mérite d'avoir sinon trouvé, au moins divulgué et enseigné cette nouvelle méthode qu'il a faite vraiment sienne, que bien peu de médecins connaissaient, et qu'aucun, avant lui, n'appliquait dans le traitement de la cirrhose du buveur.

Depuis un an j'ai rencontré trois cas d'ascite. Le traitement par le lait et l'iodure de potassium m'ayant donné plein succès, j'ai cru de mon devoir d'apporter à la méthode du maître de nouvelles preuves, et le faible témoignage de mes observations personnelles.

Pour M. Lancereaux, la variété hypertrophique ou atrophique serait indifférente; l'hypertrophie de la glande serait même une aggravation: « L'observation, dit-il, nous a appris que la cirrhose alcoolique vulgaire ou cirrhose atrophique, cette affection autrefois si grave, prise à temps, était presque certainement améliorée, sinon guérie par le traitement que nous préconisons ici.

« La cirrhose alcoolique avec augmentation du volume du foie cède moins facilement, celle qui s'accompagne d'ictère plus difficilement encore. »

L'observation suivante suffirait à elle seule peut-être pour donner à notre méthode une consécration pleine et entière, tant a été rapide et imprévue l'amélioration produite.

Obs. I. — M. X..., âgé de quarante-deux ans, présentait depuis plusieurs années déjà des troubles gastriques : appétit capricieux, pituites le matin à jeun, et dans ces derniers temps flatulence considérable. Ancien marchand de vins et eaux-de-vie, M. X..., par le fait même de son commerce et de ses relations, a bu longtemps sans précisément se griser. Après la guerre de 1870, il avait été atteint d'une dysenterie qui l'avait beaucoup fatigué; depuis, il était resté dyspeptique, avec tendance à la diarrhée; enfin il souffrait périodiquement de migraines violentes: à aucune époque ni fièvres intermittentes, ni syphilis.

En présence des troubles dyspeptiques qui allaient en augmentant, M. X... me fit appeler en juin 1887.

L'examen du ventre me révéla dès ce moment un commencement d'ascite avec hypertrophie notable du foie, lequel débordait de plusieurs travers de doigt.

Il y avait de l'amaigrissement des membres inférieurs avec un peu d'œdème aux pieds.

Teinte subictérique des conjonctives, et spéciale des téguments, notamment à la face (varicosités). Les urines peu abondantes et fortement colorées n'accusaient ni sucre, ni albumine. Je me trouvais évidemment en présence d'une cirrhose du foie.

La gravité de la situation et la position sociale du malade m'engagèrent à l'envoyer immédiatement prendre les conseils d'un des professeurs les plus autorisés de la Faculté.

Le professeur Y... confirma le diagnostic et prescrivit des poudres absorbantes, des vésicatoires dans la région du foie, puis des cautérisations et une cure à Vichy. Le malade s'y soumit ponctuellement, mais ne retira ni de Vichy, ni des cautérisations, aucun profit. L'état général allait empirant et l'ascite avait beaucoup augmenté.

Le travail de M. Lancereaux venait de paraître. J'exposai la situation à mon malade, homme fort intelligent et lui demandai d'essayer le nouveau régime. Pour plus de sûreté, je le conduisis à M. Lancereaux lui-même, qui appuya nos dires précédents et reconnut avec nous une cirrhose de nature évidemment alcoolique.

De commun accord nous prescrivîmes l'iodure de potassium à la dose de 2 à 3 grammes, et l'usage exclusif du lait, avec douches à jet brisé dans la région du foie.

De retour à Rouen, étant donnée la gêne considérable de la respiration, je dus pratiquer le 7 octobre une première ponction qui donna 14 litres d'un liquide jaune citrin habituel. Le foie occupait alors la moitié de la cavité abdominale droite, descendant jusqu'à la ligne ombilicale. Il était dur, et donnait au toucher la sensation d'une substance granuleuse.

Rate grosse, veines sous-cutanées abdominales développées. La peau restait sèche; ni sueurs, ni même de moiteur; persistance des migraines.

Pendant un mois, rien de spécial à noter: la diète lactée est rigoureusement suivie. Le malade prend chaque jour 2 litres de lait et deux grammes d'iodure potassique.

Le 7 novembre, un mois après, une deuxième ponction est pratiquée, qui donna 11 litres de liquide.

On continue le traitement dans toute sa rigueur. Le malade est résistant; il n'a point de diarrhée, et digère bien le lait. Il se trouve mieux. Néanmoins le liquide se reproduit, quoique plus lentement, et le 21 décembre je pratique une troisième ponction. 7 litres seulement.

A partir de ce moment, le liquide ne devait plus se reproduire.

Continuation du traitement.

Disparition de l'œdème des pieds, retour des sueurs normales. État moral des plus satisfaisants.

La teinte subictérique des conjonctives a disparu. Le malade a visiblement engraissé. La peau est moins flasque. Les forces sont revenues. M. X... demande s'il peut manger, car il a faim.

Le 28 janvier, je dus faire cesser momentanément l'iodure de potassium, dont le malade était saturé, pour le reprendre quelques jours après.

Les migraines ont également disparu.

Les douches en jet brisé que M. Lancereaux préconise sur la région hépatique, et qu'il avait également recommandées à M. X..., ne furent pas appliquées.

26 mars 1888. — Aucune trace de liquide depuis plus de trois mois. Néanmoins, et sur l'avis formel de M. Lancereaux, le traitement par le lait et l'iodure est continué avec diète absolue encore pendant six semaines.

Depuis cette époque, jusqu'à aujourd'hui, 28 juillet, tout en continuant le lait et l'iodure, mais par intermittences, M. X... a repris l'usage des aliments solides, s'abstenant de toute liqueur. Dans ces derniers temps le lait a été coupé aux repas avec un peu d'eau de Vichy.

Depuis plusieurs mois le malade paraît et est réellement guéri. Toutefois, et sur nos conseils, il devra prendre encore pendant longtemps, mais d'une façon interrompue et à plus faible dose, son iodure de potassium et son lait.

Il va de soi que je continuerai à l'observer avec la plus grande attention.

Obs. II. *Cirrhose alcoolique; ascite, guérison momentanée.* — Mme S..., cinquante ans, dame de compagnie. Ménopause depuis deux ans. Amaigrissement depuis plusieurs mois. Sous l'influence de chagrins domestiques, s'est adonnée à l'eau-de-vie. Troubles gastriques depuis un an: anorexie, pituites fréquentes, etc. Coloration spéciale, vineuse, caractéristique de la face. Rien au cœur; la peau est sèche, rugueuse. Ictère prononcé des conjonctives; alternatives de diarrhées et de constipation. Pas de syphilis.

Mme S... était venue me consulter à deux reprises, mais elle s'observait peu et se soignait mal.

Le ventre s'étant beaucoup développé dans ces derniers temps, elle me fit appeler en novembre 1887. Je la trouve atteinte d'une ascite abondante avec œdème des membres inférieurs.

Ni sucre, ni albumine; aucun bruit de souffle. Diagnostic: cirrhose du foie très probable.

Le lobe gauche déborde très manifestement. La malade refuse toute ponction. Traitement: iodure et lait. Pendant un mois Mme S... prend régulièrement 2 grammes d'iodure de potassium et du lait, mais d'une manière moins suivie.

Un mois après, l'*ascite avait totalement disparu*. Les forces étaient revenues et l'appétit développé.

Je pus alors mieux l'examiner, et ne trouvai aucun indice de kyste, ni tumeur abdominale. Il s'agissait bien évidemment d'une cirrhose. Le lobe gauche reste saillant.

Sous l'influence du traitement, et surtout de l'iodure, l'ascite a non pas diminué, mais disparu entièrement une première fois: voilà qui est certain.

Mais, ainsi que je l'ai dit, la malade, insoumise, oublia bien vite mes recommandations et retomba dans ses habitudes de buveuse.

Je l'ai revue tout récemment, le 15 juillet dernier; l'ascite s'est renouvelée presque aussi abondante que la première fois, avec tous les signes objectifs de la cirrhose. Mais je puis affirmer que le liquide s'était trouvé résorbé une première fois, en d'autres termes que l'ascite avait *guéri*, et tout porte à croire

que la glande hépatique aurait repris elle-même définitivement ses fonctions normales, n'était l'intempérance de la malade.

J'ai prescrit à nouveau à Mme S... iodure et lait, mais suivra-t-elle son régime et s'abstiendra-t-elle d'eau-de-vie ?

Obs. III. — Voici enfin un troisième cas, du reste assez complexe et susceptible d'interprétations différentes, mais où néanmoins, si la cirrhose ou encore l'infiltration graisseuse du foie ne peut pas être affirmée, l'ascite qui en a été un des principaux phénomènes a promptement cédé à l'administration de l'iodure de potassium et de la diète lactée.

M. L..., soixante-quatre ans, ancien capitaine de cavalerie; taille élevée, constitution robuste; grand mangeur. Goutte confirmée depuis dix ans.

Appelé à le soigner en 1885, j'assistai à ma première visite à un violent accès de goutte cardiaque auquel il faillit succomber.

En 1885 et 1886, troubles dyspeptiques dus à la goutte, emphysème pulmonaire, arthrite du genou, gravelle urique, météorisme, dilatation de l'estomac, etc. M. L... présente déjà de l'essoufflement, mais sans lésion valvulaire, et que j'attribue à la dégénérescence graisseuse du cœur, étant donnée l'obésité du sujet.

Malgré cela, M. L... vaquait à ses affaires de bureau, marchant très peu, mangeant beaucoup. N'a jamais eu aucune maladie vénérienne; il buvait peu d'eau-de-vie depuis sa retraite: deux petits verres par jour et un litre de vin.

La diathèse goutteuse ne se manifesta plus par des poussées aiguës, mais dès la fin de l'année 1886 les jambes commencèrent à enfler, et bientôt devinrent grosses et très dures. La peau et le tissu cellulaire des membres inférieurs, du scrotum, de la verge et du bas-ventre s'épaissit et présenta l'œdème et la consistance que l'on rencontre dans l'éléphantiasis. Ni albumine, ni sucre dans les urines, qui étaient toujours abondantes et claires. Teinte jaune sous-conjonctivale très prononcée.

Bientôt le ventre se développe et se remplit de liquide. Je pratique une première ponction le 3 septembre 1887, laquelle me donna 13 litres.

La palpation du ventre me permit alors de constater une hypertrophie notable du foie et de la rate. En Afrique, M. L... n'avait jamais eu de fièvres intermittentes. En tout cas l'impaludisme ne pouvait être incriminé actuellement.

L'œdème des extrémités et l'ascite résultaient de l'insuffisance d'action du cœur et de la veine porte.

Les diurétiques et les alcalins furent continués sans amélioration.

Deuxième ponction le 5 novembre : 12 litres.

L'état restant le même et le liquide continuant à se reproduire, je supprimai toute médication le 1er janvier 1888, pour ne donner que le régime lacté exclusif et l'iodure de potassium.

Une troisième ponction fut nécessaire le 31 janvier, mais à partir de cette date l'ascite ne reparut plus. Le 1er mars, deux mois après la mise au régime du lait et de l'iodure, toutes les parties œdématiées, ventre, scrotum et membres inférieurs avaient retrouvé leur souplesse et leur élasticité habituelles.

En même temps le foie avait notablement diminué de volume. Le malade continua le lait et l'iodure de potassium, mais voulut reprendre l'usage des aliments solides.

Nous avions donc obtenu par ce régime, alors que toutes les autres médications avaient échoué, une amélioration considérable, lorsque le 25 avril M. L... fut atteint d'une hémorrhagie cérébrale et mourut en quelques jours.

Il est difficile d'établir dans cette observation la part d'influence qui revenait aux lésions du cœur et du foie, comme à la diathèse goutteuse. Il faut tenir compte également du rôle qu'a pu jouer la diète lactée, si puissante dans les hydropisies cardiaques; mais ce qu'il faut surtout retenir c'est que, à partir du moment où le malade a été soumis à l'iodure de potassium, il s'est établi un changement complet dans son état, et que l'ascite s'est *trouvée guérie*.

L'autopsie n'a pu être faite.

Ne suis-je pas en droit de conclure que la cirrhose du foie, alcoolique ou autre, est puissamment enrayée et souvent guérie par le traitement mixte de l'iodure potassique et du lait, comme l'a si bien établi M. le docteur Lancereaux?

Thérapeutique.

Le traitement de la pneumonie par la digitale a hautes doses, par M. le professeur Pétresco (de Bucarest). — (Mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 14 août 1888.)

La pneumonie est une des maladies les plus fréquentes de l'armée roumaine. Rien que dans ces cinq dernières années j'ai eu à traiter, comme médecin en chef de l'hôpital militaire de Bucarest, plus de six cents pneumoniques, dont l'âge a varié entre vingt et un et vingt-cinq ans. Du reste, cette grande fréquence s'explique par l'hiver rigoureux qui règne chez nous, en Roumanie. L'hiver dernier nous avons eu pendant deux ou trois jours un froid excessif, qui a fait descendre le thermomètre jusqu'à — 23 degrés Réaumur; ce froid nous a donné un grand contingent de pneumoniques.

S'il n'y avait qu'un bacille quelconque qui produirait cette maladie, ce serait un curieux bacille celui qui évolue à une température de — 23 degrés Réaumur.

Toutes les pneumonies que j'ai eu à traiter à l'hôpital militaire ont été d'une nature fibrineuse ou croupeuse, franchement inflammatoire, *a frigore*, la pneumonie classique de Laennec, si bien décrite par Hardy et Jaccoud. J'ai rarement observé des cas de pneumonie infectieuse.

C'est contre cette forme de pneumonie franche et *a frigore*, que j'ai donné les feuilles de digitale en infusion à la dose de 4 à 8 grammes, quelquefois même de 6 à 12 grammes, en vingt-quatre heures, et avec le succès le plus complet.

En ma qualité de professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine à Bucarest, j'ai entrepris en 1874 une série de recherches cliniques et expérimentales sur l'action intime, pharmaco-dynamique, des médicaments, et en particulier des alcaloïdes. Avec des solutions titrées à dose progressive, j'ai pratiqué des injections sous-cutanées, tant à des animaux qu'à des hommes atteints de maladies auxquelles ces alcaloïdes étaient indiqués, et je suis arrivé à modifier de beaucoup la posologie thérapeutique de plusieurs de ces médicaments.

Pendant ces recherches, j'ai eu l'occasion d'observer que les digitalines cristallisées de Nativelle et de Merck, tout aussi bien que la digitaline amorphe de Homolle et Quévenne, peuvent être tolérées à la dose de 3 à 6 milligrammes par jour.

Par cette tolérance et par la proportion de la digitaline contenue dans les feuilles de digitale (ordinairement de 1 milligramme pour 1 gramme de feuilles), j'ai été conduit à prescrire 4 à 6 grammes de feuilles de digitale par jour.

Depuis 1883, je n'emploie plus contre la pneumonie que l'infusion préparée avec 4 grammes de feuilles de digitale pour 200 grammes d'eau et 40 grammes de sirop simple. A prendre chaque demi-heure une cuillerée à bouche.

Je répète, en cas de besoin, ces potions matin et soir pendant deux ou trois jours, suivant les modifications du pouls et de la température du malade. C'est ainsi que j'ai eu plusieurs malades qui ont pris 8 grammes de feuilles de digitale en vingt-quatre heures, et quelques-uns même 12 grammes en vingt-quatre heures, avec un effet thérapeutique des plus favorables. J'ai prescrit de pareilles doses même à des élèves de la pyrotechnie atteints de pneumonie, et qui n'avaient que l'âge de quatorze à quinze ans. A des enfants de huit à dix ans je prescris une potion seulement avec 1 à 2 grammes de feuilles de digitale à prendre en vingt-quatre heures.

Les observations bien détaillées avec les tracés sphygmographiques et les courbes thermométriques exposées dans mon traité de thérapeutique et dans les thèses de trois de

mes élèves, les docteurs Brailoin, Paeleano et Antonin, sont la preuve la plus authentique de cette action de la digitale dans la pneumonie.

En général, la maladie a été jugulée en trois jours. La fièvre et tous les phénomènes physiques, tant locaux que généraux, ont disparu comme par enchantement. *C'est seulement à la suite de ces grandes doses de digitale, données coup sur coup, que la jugulation de la pneumonie franche a été obtenue aussitôt.* La température animale, qui marquait au début de la maladie 40 à 41 degrés, tombait ordinairement, après trois doses de 4 grammes de feuilles de digitale, à 36-35 degrés, et le pouls tombait de 120-130 à 36-30 et même 28 pulsations par minute. Dans un seul cas, je l'ai vu tomber à 24 pulsations par minute.

J'ai profité de ce dernier cas pour vérifier l'action antagoniste de la digitaline et de l'atropine. Les résultats très instructifs de cette vérification clinique ont été consignés dans la thèse d'un de mes élèves.

Le râle crépitant et le souffle tubaire disparaissaient immédiatement après ces trois doses en laissant les poumons parfaitement perméables. L'état général s'améliorait visiblement et d'une manière notable. Les phénomènes de prostration ou de coma et d'asphyxie faisaient place à une lucidité et une vitalité parfaites. Le malade se réveillait comme d'un profond sommeil, en nous disant qu'il se sentait très bien et nous demandait à manger. Il ne s'apercevait même pas du grand abaissement de sa température et de la diminution extraordinaire de son pouls. C'était un état d'*hibernation* dans lequel il se trouvait sans le savoir. Et, en effet, cette diminution de l'hématose réduisait complètement l'autophagie, la consomption fébrile du malade, et par conséquent la durée de sa convalescence. Tous nos malades se trouvaient dans l'état d'une parfaite santé vingt-quatre heures après la jugulation complète de la maladie. Ils pouvaient donc reprendre leur service sans avoir besoin d'un congé de convalescence.

Mais ce qu'il y a de plus important, c'est que la mortalité par cette maladie a été réduite à 1,22 pour 100, tandis que la statistique de toutes les méthodes de traitement employées jusqu'à aujourd'hui contre la pneumonie, donne une mortalité de 7-15 et même 30 pour 100.

J'en ai même acquis la conviction que la digitale, administrée dès le début de la pneumonie et à la dose que je préconise, pourrait rendre nulle la mortalité par cette maladie.

J'ai fait une étude comparative entre le traitement expectatif, le traitement par l'alcool à hautes doses, d'après la méthode de Chomel et Beutley-Todd et le traitement d'après ma méthode, et j'ai constamment observé l'action antipyrétique et antiphlogistique se produire immédiatement ou presque d'emblée à la suite du traitement par la digitale; tandis que, avec le traitement par l'alcool ou par l'expectation, la pneumonie ne présentait, dans sa marche, aucune modification brusque, abortive.

J'emploie cette méthode de traitement depuis 1883, et dans aucun cas jusqu'à aujourd'hui les phénomènes classiques de l'intoxication par la digitale n'ont été observés. J'ai été, en effet, surpris par ces résultats heureux, comparativement aux insuccès et aux accidents malheureux relatés dans quelques auteurs, après l'ingestion d'une dose beaucoup plus faible de digitale.

Rasori fut le premier qui employa la digitale à petites doses comme un médicament antiphlogistique contre les phlegmasies et les pyrexies.

Ce fut Traube le premier qui recommanda la digitale contre la pneumonie. Après lui, Wunderlich et Thomas ont soutenu l'emploi de la digitale contre la pneumonie; mais ce fut surtout Hirtz, de Strasbourg, qui s'érigea comme défenseur convaincu de la digitale employée dans le traitement de la pneumonie.

Le savant thérapeutiste français, M. Dujardin-Beaumetz, faisant l'analyse de toutes les observations sur la digitale dans la pneumonie, enregistrées jusqu'à aujourd'hui dans les annales médicales, conclut que la valeur thérapeutique de la digitale dans la pneumonie n'est pas encore élucidée, quoique le professeur Picot, de Bordeaux, un ancien élève de Hirtz, préconise beaucoup l'emploi de ce médicament contre la pneumonie. Toutefois tous ces savants, et même les plus intrépides n'ont pas dépassé la dose de 50-60 centigrammes de feuilles de digitale pour vingt-quatre heures. Seul, Hirtz et son digne élève M. Picot ont préconisé la dose de 1-1gr,50 de feuilles de digitale en vingt-quatre heures, en déclarant qu'avec cette dose ils n'ont jamais observé ni intoxication, ni accidents graves, qu'on pourrait lui imputer.

Quand on compare à ces doses la dose thérapeutique que je viens d'établir, on voit la grande distance qui nous sépare, et surtout lorsque, à mon tour, moi aussi j'affirme qu'avec cette dose je n'ai jamais observé ni intoxication, ni accidents graves qu'on pourrait lui imputer.

Je n'ai pu attribuer cette grande différence de doses et de résultats qu'à la résistance individuelle et morbide de mes malades.

En général, j'ai observé qu'il existe un rapport direct entre l'intensité de la pneumonie et la dose de la digitale administrée; plus la maladie se manifestait par des symptômes graves, prenant dès le début une allure alarmante, mieux les hautes doses, soutenues et répétées, étaient supportées.

Dans les pneumonies à forme infectieuse, typhique, j'ai employé la digitale à la même dose; mais dans ces cas, je l'ai toujours associée aux médicaments antiseptiques, de préférence à la potion de sulfure de carbone, d'après la formule de M. Dujardin-Beaumetz. Et dans ces derniers cas, je n'ai eu en vue que l'action hypercinétique de la digitale sur le cœur, et par conséquent l'action antipyrétique et antiphlogistique, dont je n'ai eu qu'à me louer dans un grand nombre de cas. J'ai réussi ainsi à combattre l'asystolie hyperthermique, si dangereuse dans l'infection typhique. Outre cette forme infectieuse de la pneumonie, j'ai eu à traiter dans mon service des pneumonies compliquées de bronchites, de pleurésies, d'endocardites et de péricardites. Dans toutes ces pneumonies, l'action antipyrétique et antiphlogistique de la digitale a complètement modifié la marche de la maladie, et surtout les exacerbations vespérales qui ordinairement aggravent l'état du malade, en augmentant l'autophagie.

Dans tous les cas de pneumonie, sans exception, traités par la méthode abortive que je viens d'exposer, je n'ai pas eu à observer un seul jour les exacerbations vespérales qu'on observe ordinairement chez les pneumoniques traités d'après les autres méthodes.

Je dois cependant avouer que dans ces pneumonies compliquées, j'ai rarement eu des succès complets. Dans ces cas, j'ai eu plutôt des succès par le chlorhydrate de caféine et l'extrait de convallaria maïalis, administrés à la dose de 2 grammes chacun et répétés pendant dix à quinze jours. Du reste, comme vous le savez mieux que moi, la caféine et la convallarine ou convallamarine sont deux succédanés des plus énergiques de la digitaline. Tous les trois alcaloïdes agissent sur le cœur et les vaisseaux sanguins par le système vague et le système ganglionnaire. Dans les pneumonies compliquées de lésions de la part des valvules du cœur et spécialement de l'insuffisance mitrale, j'ai obtenu par la digitale à hautes doses des effets évidents de compensation très salutaires dans tous ces cas.

Pour obvier à toute objection qu'on pourrait me faire relativement à la qualité de la digitale employée dans mon service, j'ai fait venir par la pharmacie centrale militaire des feuilles de digitale de première qualité, de la

pharmacie centrale française, de la maison Adrian, Billaut, Rousseau, Thihoumery et Dubosc, de Paris, ainsi que de la maison Bruchner et Sampé, de Berlin, de la maison Passin, de Hongrie, Louis Duvernoy, de Strasbourg, et de plusieurs pharmacies particulières de Bucarest. Dans le même but, j'ai fait analyser sous ma direction, par le chef des travaux chimiques au laboratoire du service de santé de l'armée roumaine, toutes ces digitales de différentes provenances, et voici le résultat que cette analyse nous a donné :

De 100 grammes feuilles de digitale, on a obtenu :

	PROVENANCE.	Résidu d'extraits avec le chloroforme.	Précipité avec le tanin.
Digitale française.	Maison Adrian.....	0,384	8,50
—	Maison Rousseau ..	0,261	4,70
—	Pharmacie centrale.	0,243	4,75
—	Maison Billaut.....	0,264	4,05
Digitale allemande.	De Berlin........	0,399	8,10
—	De Strasbourg....		
—	De Hongrie		

Par l'inspection de ce tableau, on voit qu'au point de vue de la richesse en *digitaline* brute et tannate de *digitaléine* et *digitonine*, la digitaline française de la maison Adrian et la digitaline allemande méritent le premier rang.

Les principes actifs de la digitale qui ont passé dans l'eau après une infusion de quinze minutes, ont été la *digitonine*, la *digitaléine* et la *digitaline* soluble dans l'alcool chloroformé : les deux premières en proportion de 80 pour 100, et la dernière de 59 pour 100. La *digitoxine* ne passe pas dans cette infusion.

En opérant sur une quantité de 166 kilogrammes d'urine prise de vingt-trois malades durant tout le temps du traitement, et sept jours après le traitement par la digitale à hautes doses (4-8 grammes de digitale par malade et par jour, en total 228 grammes de feuilles de digitale), nous avons isolé et caractérisé chimiquement seulement la *digitaléine*.

Nous n'avons pas pu constater l'élimination de la *digitaline*.

De tous ces faits, il résulte que la digitale dont je me suis servi a été d'une qualité supérieure. Quant à l'absorption des principes actifs contenus dans ces digitales, nous pouvons en juger par les effets produits et inscrits dans nos albums de tracés sphygmographiques et de courbes thermographiques, que j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation, et qui en sont un témoignage ineffaçable.

Conclusion. — La pneumonie peut être jugulée par la digitale à haute dose, administrée dès le début de la maladie.

Ce traitement abortif est le plus rationnel, car il est basé sur l'indication pathogénique de la pneumonie.

L'efficacité de ce traitement est confirmée par les dates statistiques ; la mortalité la plus réduite est observée dans les pneumonies traitées par la digitale à hautes doses.

La dose de 4-8 grammes par jour de feuilles de digitale en infusion que je préconise est la véritable dose thérapeutique de la digitale contre la pneumonie des adultes; *de cette dose seulement, nous sommes en droit d'attendre des effets salutaires immédiats.*

La tolérance et la non toxicité de cette dose thérapeutique sont prouvées d'une manière incontestable par le nombre de cinq cent soixante-dix-sept observations publiées, in extenso, avec détails à l'appui, dans mon traité de thérapeutique de 1884, et dans les thèses de mes élèves, soutenue sultérieurement devant notre Faculté de médecine de Bucarest.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 13 AOUT 1888.

De l'influence qu'exercent les substances antipyrétiques sur la teneur des muscles en glycogène. Note de MM. *Lépine* et *Porteret*. — Dans une précédente communication (voy. la *Gazette hebdomadaire* du 13 avril 1888, p. 232) ces deux savants avaient établi que les substances antipyrétiques mettent obstacle à la transformation en sucre du glycogène hépatique. Depuis lors ils ont entrepris de nouvelles recherches sur l'influence que l'antipyrine et l'acétanilide exercent sur les proportions du glycogène. Après avoir décrit le procédé auquel ils ont eu recours, afin d'éviter toutes chances d'erreur, après avoir rappelé qu'il est indispensable dans une étude de ce genre d'expérimenter sur des animaux de même portée, de poids peu différent et se trouvant dans les mêmes conditions d'alimentation, ils font connaître les résultats qu'ils ont obtenus; en voici les conclusions : Les animaux intoxiqués par l'antipyrine ou par l'acétanilide ont, relativement aux animaux sains pris pour témoins, un excès de glycogène musculaire, de 28 à 20 pour 100; fait qui n'est pas sans importance pour la théorie de l'action des antipyrétiques.

Étude statistique. Mémoire de M. *Senut*. — L'auteur soumet au jugement de l'Académie par l'entremise de M. Larrey un mémoire intitulé : *Histoire médicale du 144e de ligne*, de 1880 à 1884; étude statistique, étiologique et prophylactique.

SÉANCE DU 20 AOUT 1888.

La vaccination préventive du choléra asiatique. Note de M. *Gamaléïa*. — (Voy. p. 529.)

— L'Académie décide le renvoi de la communication de M. le docteur Gamaléïa à la commission du prix Bréant. Elle prie M. Pasteur de répondre à l'auteur qu'elle accepte son offre de venir répéter ses expériences à Paris, au mois de novembre, époque à laquelle la compagnie sera au complet. Une commission, composée de M. Pasteur et des membres de la section de médecine et de chirurgie, suivra ces expériences.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 AOUT 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD

M. *Violet*, médecin à La-Villedieu-du-Clain (Vienne), prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté*. — (*Accepté*.)

M. le docteur *Charpentier* adresse un *Rapport* officiel sur l'*état sanitaire et le mouvement de la population de Nantes en* 1887.

M. *Brouardel* présente un Rapport de M. le docteur *Hamelin* (de Montpellier) sur *les épidémies dans l'Hérault en* 1884 *et en* 1885.

M. *Larrey* dépose un ouvrage de M. le docteur *Bérenger-Féraud*, intitulé: *Les légendes de la Provence.*

M. *Tarnier* lit une lettre de M. le docteur *Huber* Eugène,t (de Louvain), réclamant la priorité d'une *sonde pour injections utérines*, présentée récemment par M. le docteur *Olivier;* la lettre de M. Hubert sera insérée au *Bulletin*.

Actinomycose. — M. *Nocard* communique une note de M. Lucet, vétérinaire à Courtenay (Loiret), sur un cas d'actinomycose observé chez un homme de trente ans, lequel à la suite d'un coup de pied de cheval a présenté, au mois de mai 1887, avec un état général très mauvais, un phlegmon de la partie supérieure de la cuisse. Le docteur Poirier (de Château-Renard), appelé près du malade, pria M. Lucet de rechercher le bacille de Koch dans le pus de ce

phlegmon; l'examen microscopique répété ne permit pas d'y retrouver trace de bacilles, mais un amas considérable des touffes caractéristiques de l'*actinomycose*. Comment l'infection s'est-elle faite? Le sujet a toujours été charretier ou garçon d'écurie; il n'a jamais été en rapport direct avec des animaux de l'espèce bovine, c'est-à-dire avec ceux qui sont de beaucoup le plus souvent atteints d'actinomycose, mais il a été parfois employé à la manipulation des fumiers de vaches; M. Nocard pense qu'il faut probablement chercher là le point de départ de la maladie.

Vaccination du choléra. — M. *Pasteur* donne lecture de la note qu'il a présentée la veille à l'Académie des sciences au nom de M. *Gamaleïa* et des réflexions dont il l'a fait suivre (voy. p. 529).

Bactérie pyogène. — La bactérie qui a fait l'objet des études de MM. *Albarran* et *Hallé* et sur laquelle M. *Guyon* communique un important travail, est un organisme pyogène infectieux. Habituellement et souvent seule présente dans les urines purulentes, elle suffit à produire les inflammations suppuratives de l'appareil excréteur de l'urine et les abcès urineux. Agissant sur le rein, elle y cause les diverses lésions de la néphrite infectieuse suppurée, soit qu'elle remonte directement du bassinet dans le tissu rénal (néphrite ascendante), soit qu'apportée par le sang elle se localise secondairement dans la substance corticale. Pénétrant dans le sang, elle provoque des accidents infectieux suraigus, aigus ou chroniques, souvent mortels. Ces conclusions des recherches expérimentales et des constatations anatomo-pathologiques faites par les auteurs, les conduisent à une double déduction pratique, à savoir l'asepsie rigoureuse des opérations pratiquées sur les voies urinaires et surtout du cathétérisme, voie certaine d'introduction du micro-organisme dans la vessie, et l'examen bactériologique des urines, préalable à toute opération sanglante sur les voies urinaires. On trouvera souvent dans cet examen un élément pronostique sérieux et l'indication d'un traitement antiseptique préparatoire. Au point de vue biologique, il s'agit d'une bactérie polymorphe, facile à colorer et à cultiver dans les milieux usuels, à la température ordinaire; elle donne sur la gélatine une culture blanche, abondante en profondeur et en surface et ne liquéfie jamais ce milieu.

Filariose. — M. *Lancereaux* commence la lecture d'un mémoire sur la filariose. Ce mémoire sera analysé lorsque la communication en sera achevée, à une séance ultérieure.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 AOUT 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Présentation de brochure : M. Féréol. — Origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac et du duodénum : M. Letulle — A propos de l'historique de la destruction des poils par l'électrolyse : M. Brocq. — Phénomènes d'épuisement consécutifs à l'accès d'épilepsie : M. Féré. — Folliculite atrophiante épilante aiguë : M. Quinquaud (Discussion : M. Brocq). — Élections.

M. *Féréol* présente au nom de M. F. Glénard (de Lyon) une brochure intitulée : *Exploration du foie par le procédé du pouce.*

— M. *Letulle* donne lecture d'un mémoire sur l'*origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac et du duodénum* (voy. Comptes rendus de l'Acad. des sciences du 18 juin, dans le numéro du 22 juin 1888).

— M. *Brocq* lit une note rectificative au sujet de l'historique de la destruction des poils par l'électrolyse. C'est bien au docteur Michel, de Saint-Louis (États-Unis), que revient le mérite de la méthode, mais c'est dans une publication datée de 1875, et non de 1879, qu'il en a fait l'exposé.

— M. *Féré* communique un mémoire sur l'étude des *phénomènes d'épuisement consécutifs à l'accès d'épilepsie*. En dehors de l'épilepsie hémiplégique, on constate souvent des phénomènes paralytiques avec troubles de la sensibilité, à la suite des accès répétés; ces phénomènes sont localisés ou prédominants du côté où les spasmes ont été le plus marqués. On voit, également, un affaiblissement musculaire après les grandes crises, accompagné de tremblement soit aux membres, soit à la langue ou au niveau des muscles moteurs de l'œil, ou des muscles respiratoires; dans ce dernier cas, l'expiration est prolongée et saccadée, les respirations ralenties. En même temps il existe une diminution passagère, mais générale, de la sensibilité dans tous ses modes, avec retard de la perception. La pression artérielle, évaluée avec le sphygmomètre de Bloch, est notablement diminuée. Enfin, se basant sur la diminution de l'action sudorale de la pilocarpine au niveau des régions paralysées par lésion nerveuse périphérique et dans les hémiplégies anciennes, il a recherché si ce phénomène se retrouve après l'accès d'épilepsie. Il a constaté que l'action physiologique de la pilocarpine est, en pareil cas, plus lente à se produire et moins intense. Cette réaction, indépendante de la volonté du malade, peut servir au diagnostic rétrospectif de l'accès d'épilepsie; cependant l'effet physiologique de la pilocarpine peut se produire après les paroxysmes incomplets, et d'autre part elle est atténuée chez les hystériques dans les régions anesthésiées, à de rares exceptions près. On a admis à tort que la pilocarpine diminue la pression artérielle, car M. Feré a noté une élévation notable de la tension radiale dans ses expériences; l'abaissement ne survenant qu'à l'apparition des sueurs profuses.

M. Féré présente deux sphygmomètres de Bloch, dont il s'est servi pour évaluer en grammes la tension artérielle au niveau de la radiale.

— M. *Quinquaud* présente un moulage reproduisant l'aspect d'une variété non encore décrite d'alopécie. Ce sont des plaques irrégulières, non exactement circulaires, lisses, avec atrophie notable du cuir chevelu. Si l'on suit l'évolution des lésions, on constate par moments, à des intervalles irréguliers, des poussées constituées par l'apparition à la périphérie des plaques ou en tissu sain de petits éléments rouges situés au niveau des follicules pileux; parfois on voit en ce point un léger exsudat purulent, mais jamais de véritable pustule ou de papulo-tubercule. Cette folliculite atrophiante aiguë épile rapidement les surfaces qu'elle a envahies, en détruisant la papille sans atteindre le cheveu lui-même. On voit, à la coupe, des noyaux embryonnaires répandus autour du follicule dans le derme; plus tard, on observe une atrophie de tous les éléments du derme. Les expériences de cultures entreprises par M. Quinquaud lui ont permis de reconnaître un microcoque spécial, de 2 à 3 μ, diplocoque, souvent en chaînette de quatre, qui se développe surtout aisément dans l'eau de levure stérilisée. En frictionnant une région velue avec une culture pure de ce microcoque, on reproduit la maladie première. Cette folliculite destructive aiguë, abandonnée à elle-même, dure des années sans s'arrêter dans sa marche ou rétrocéder; mais on peut assez aisément en avoir raison avec le traitement suivant : 1° nettoyer avec soin le cuir chevelu en le lavant avec de l'eau savonneuse; 2° badigeonner tous les dix jours les régions malades et les régions avoisinantes avec de la teinture d'iode; 3° lotionner tous les matins les plaques avec le liquide suivant : biiodure d'hydrargyre, 0gr,30; bichlorure d'hydrargyre, 2 grammes; alcool à 90 degrés, 60 grammes; eau, 500 grammes. Après un mois environ de ce traitement, les poussées cessent, le malade est guéri de son affection, mais il conserve une alopécie permanente et incurable.

M. *Brocq* avait eu occasion de voir des faits de ce genre,

mais sans savoir comment les dénommer; il les a confondus avec des cas anormaux de pelade. Il a observé un malade chez lequel cette affection datait de plusieurs années et avait été traitée pour une pelade; mais il existait les poussées de petits points rouges à l'orifice du follicule, suivies de regression et d'une petite cicatrice du derme. M. Vidal lui a dit, à cette époque, avoir rencontré des cas analogues. Les recherches de M. Quinquaud élucident entièrement la question.

— Élections: MM. Gilbert, Marie et Netter sont élus membres titulaires.

— La Société s'ajourne au vendredi 12 octobre.

André Petit.

REVUE DES CONGRÈS

Le Congrès pour l'étude de la tuberculose réuni à Paris du 25 au 31 juillet 1888.

(Suite. — Voyez les nos 32 et 33.)

Aptitude des races, des espèces et des milieux a la tuberculose; Hérédité de la tuberculose. — Le Comité d'organisation du Congrès avait posé cette question sous une forme très générale, qui laissait libre champ à des communications souvent disparates. Néanmoins un certain nombre de mémoires intéressants ont répondu aux diverses parties du programme.

M. *de Brun* a été frappé, dès son arrivée à Beyrouth, de constater que la phthisie était moins commune qu'en France. Etait-ce là une question de climat? Assurément non, puisque au contraire cette affection sur la côte syrienne affecte très souvent les allures de la phthisie galopante. Les pluies incessantes et torrentielles de l'hiver, les hautes températures de l'été sans rémission nocturne, une atmosphère en tout temps saturée de vapeur d'eau, la fréquente et brusque apparition du schlouk, vent chaud et lourd qui vient du désert, telles sont les conditions climatériques de Syrie, éminemment défavorables aux phthisiques. La seule explication possible de ce fait, en apparence paradoxal, c'est que, comme l'a observé Boudin, il y a antagonisme entre la tuberculose et l'impaludisme. C'est précisément ce qui s'est passé à Beyrouth: il y a quarante ans, les habitations y étaient disséminées sur une grande étendue de terrain en friche où croupissaient des eaux dormantes; la malaria sévissait et la tuberculose était absolument inconnue. Aujourd'hui l'accroissement considérable de la ville a conduit à défricher les terrains et à remplacer les marais par des jardins; le nombre des maisons s'est accru; les cas d'intoxication palustre ont diminué en intensité et en nombre; par contre, la tuberculose a pris droit de cité et ses ravages suivent une progression constante. Il en est de même dans les plaines de la Becka.

D'autre part, la population nègre de Beyrouth est tout particulièrement frappée par la phthisie; elle est assez réfractaire à l'impaludisme, mais elle fournit la majeure partie des tuberculeux soignés au dispensaire, tandis que dans la clientèle privée, plus aisée, le nombre des phthisiques l'emporte de beaucoup sur les paludéens. N'est-il pas au moins étrange de voir les gens aisés, pouvant s'offrir toutes les conditions de confort requises par l'hygiène, succomber en aussi grand nombre à la phthisie pulmonaire, tandis que les misérables qui vivent dans le plus grand dénuement paraissent réfractaires à cette affection? C'est que les premiers, grâce à leurs habitations bien construites et situées en général dans des quartiers assainis, grâce aussi à leur genre de vie et à leur coutume de rester à la maison après le coucher du soleil, savent se protéger contre la malaria, tandis que les autres, ayant tous été plus ou moins atteints par des manifestations paludéennes, sont et demeurent, de ce fait, réfractaires à la tuberculose. Assurément, cet antagonisme n'est pas absolu, et un individu paludéen ne doit pas être considéré comme désormais à l'abri de la phthisie; mais M. de Brun affirme, en se basant sur une statistique de près de 7000 malades, que l'impaludisme parait conférer une sérieuse immunité au point de vue de la tuberculose; cette immunité, provoquée par l'évolution probable dans l'économie d'un micro-organisme, est loin d'être contraire aux principes de microbiologie actuellement admis. M. *Piot* a constaté le même fait en Egypte; les tuberculeux sont rares au Caire, mais, s'il se produit quelques cas de cette affection, tant chez l'homme que chez les animaux, c'est avec une violence singulière. Toutefois M. *Boussakis* n'a pas observé le même antagonisme en Grèce; il habite un pays de marais où la tuberculose était très rare il y a trente ans et dans lequel elle est devenue endémique, pour ainsi dire, depuis cette époque; il faut en chercher, suivant lui, les raisons dans la contagion, la cohabitation, la communauté d'ustensiles de ménage, de vêtements, etc., etc. D'ailleurs, la tuberculose pulmonaire est moins rare en Asie Mineure qu'on ne le croit, puisque, à l'hôpital de Constantinople, M. *Robinson* a eu, sur un total de 400 malades, 40 phthisiques à soigner en deux années.

Dans quelques populations de la Cappadoce, la tuberculose n'est point exceptionnelle et dans plusieurs villages on a pu souvent observer qu'elle se transmettait par hérédité dans certaines familles. Les habitants de ces régions savent du reste que la phthsie est une maladie contagieuse, héréditaire, et lorsque l'un d'entre eux vient à mourir, ils détruisent les vêtements et les fourrures qui avaient servi au malade de son vivant; il faut toutefois reconnaître que les mesures de désinfection à l'égard des objets de literie, des meubles de la pièce où vivait le phthisique sont loin d'être prises d'une façon rigoureuse. Il existe une tribu, habitant les environs du Taurus, dans la région montagneuse, chez laquelle les cas de tuberculose sont loin d'être rares, puisque, dans certains endroits, un individu sur cinquante est atteint de cette maladie. Cependant ce sont des bergers nomades, vivant constamment en plein air, se nourrissant de laitages, de pain d'orge et de seigle, et qui se trouvent ainsi dans d'excellentes conditions hygiéniques. On peut invoquer dans ce cas, comme conditions de développement de la maladie, ce fait, qu'ils se nourrissent de lait cru, de viande mal cuite, provenant d'animaux malades; ils gardent, en effet, pour leur consommation, les bestiaux chétifs, et expédient dans les villes les animaux les plus robustes pour être livrés au commerce.

En France, il y aurait également utilité à étudier comment se comporte la tuberculose suivant les localités. Ainsi, M. *Calmette*, médecin-major, a recherché quelle pouvait être la marche de la tuberculose à Belle-Isle-en-Mer, milieu éminemment salubre. Les foyers d'infection y sont peu étendus et souvent limités à une maison; de plus, les manifestations externes de la tuberculose sont rares; il a observé fréquemment des bronchopneumonies, surtout la tuberculose des viscères abdominaux et par-dessus tout la péritonite tuberculeuse. A Limoges, d'après M. *Boulland*, les décès par tuberculose se répartissent d'une façon très inégale dans les diverses parties de la ville. Les quartiers pauvres situés sur les bords de la Vienne, les faubourgs habités par les ouvriers porcelainiers, dont les bronches sont plus ou moins irritées par les poussières de kaolin, sont ceux sur lesquels la tuberculose exerce ses plus grands ravages. Un quartier composé presque complètement de maisons publiques est aussi très fortement atteint, fait à noter particulièrement, car la contagion de la tuberculose par les voies génitales est maintenant prouvée. Il est du plus haut intérêt de connaître quels sont les sujets qui sont exposés à se tuberculiser. M. *Landouzy* a fait des recherches dans ce sens. Pour ce qui concerne l'opportunité tuberculeuse innée, il affirme que les individus à peau fine et blanche, aux formes opulentes, aux yeux bleus, aux cheveux roux, qui représentent ce qu'il a appelé le type vénitien, sont des candidats à la tuberculose. Il y a là des conditions d'opportunité difficiles à expliquer, mais qui se retrouvent pour d'autres maladies infectieuses. Quant à l'opportunité tuberculeuse acquise, un fait m'a frappé, c'est que tout individu qui a été variolisé, devient un candidat à la tuberculose; depuis six ans, il a observé trois cents variolisés, vaccinés ou non, et sur ce nombre il n'en a trouvé que dix qui n'étaient pas tuberculeux; ils étaient âgés de seize à cinquante-neuf ans: et encore, sur les dix qui n'étaient pas tuberculeux, il y en avait trois qui, par ce fait même qu'ils étaient des cardiopathes et des artério-scléreux, étaient presque mis à l'abri de la contagion tuberculeuse. Donc tout individu variolisé est suspect de tuberculose, et il ne faudra en faire ni une nourrice, ni un infirmier, ni le mettre en contact avec des tuberculeux. Lorsque les pouvoirs publics auront rendu la vaccine obligatoire, ils auront ainsi libéré l'un des territoires préférés par la tuberculose.

La première enfance est assurément l'un des milieux organi-

ques les plus importants à étudier à ce point de vue; c'est aussi ce qu'a fait M. *Landouzy* dans un mémoire publié ici même (voy. les nos 31 et 32).

L'hérédité de la tuberculose dans les familles a été recherchée avec soin par un grand nombre de praticiens; on se rappelle les mémoires classiques du regretté Leudet (de Rouen) sur ce sujet. M. *Ferrand* a rapporté au Congrès l'histoire de trois familles dans lesquelles l'influence héréditaire est incontestable et où l'influence de la contagion n'est que tout à fait secondaire. La famille X... est composée de la mère, du père et de sept enfants, dont deux filles et cinq garçons; le père meurt, après avoir eu des hémoptysies pendant très longtemps, à soixante-quinze ans, de phthisie; la femme, qui a toujours cohabité avec lui, a quatre-vingts ans aujourd'hui et se trouve bien portante; parmi les enfants, tous les garçons sont morts d'accidents tuberculeux, tumeur blanche, méningite, etc.; les filles, qui se sont mariées, sont mortes toutes deux entre trente et quarante ans et, parmi leurs enfants, plusieurs ont succombé. Un second fait est celui de la famille Y..., dont le père était tuberculeux, et dont la mère mourut de cancer du foie à cinquante-cinq ans; les deux enfants moururent tuberculeux et, des quatre petits-enfants, deux succombèrent également. Enfin, dans la famille Z..., la mère était tuberculeuse, le père sain; parmi les enfants, un seul succomba à la phthisie pulmonaire. Ce sont là des exemples, et il y a beaucoup de faits analogues, où l'influence de l'hérédité n'est pas contestable et où la contagion n'a joué qu'un rôle bien minime, puisque la cohabitation n'a jamais déterminé de tuberculose chez l'époux sain, et que les enfants ont tous présenté des manifestations tuberculeuses. Au sanatorium d'Argelès, où depuis dix ans il y a des familles entières de tuberculeux, aucun fait de contagion n'a encore été signalé; M. Ferrand en conclut qu'il ne faut pas se hâter, dans tous les cas, de croire à la contagion.

M. *Ricochon* (de Champdeniers) a recueilli, dans le courant de 1887, 53 observations de cas de phthisie pulmonaire dans lesquels il était possible de faire une enquête approfondie sur les antécédents personnels et héréditaires. Il a trouvé, chez les parents ou collatéraux, 181 fois la tuberculose; 83 fois il a constaté l'existence, dans ces mêmes conditions, de névroses diverses, psychopathie, épilepsie, éclampsie, chorée, convulsions infantiles, folie puerpérale, etc.; 38 fois, les uns ou les autres avaient été atteints de luxation congénitale de la hanche, 33 fois de déviations osseuses, 28 fois de cancer de différents viscères, etc., etc. Tous ces états différents ne sont-ils pas solidaires les uns des autres? Que signifient ces déformations osseuses, ces varices, ces hernies que je rencontre si souvent, sinon qu'il existe un défaut de résistance de l'organisme? Les tissus ligamenteux, osseux ne sont-ils pas dépourvus de leur matière minérale insuffisante? Cette loi peut peut-être s'appliquer à la plupart des autres tissus, qui, moins résistants, deviennent un terrain tuberculisable. Il croit que ce n'est pas là une simple hypothèse, puisque bien des auteurs, Rommelaere, Beneke et Senator, par des analyses chimiques, ont trouvé souvent, dans les urines des malades atteints de ces diverses affections, des déchets considérables de substances inorganiques, chaux, soude, phosphore, etc. Le développement du bacille se trouve associé, de la sorte, à certains vices nutritifs.

De son côté, M. *Landouzy* dit avoir vu devenir tuberculeux quatre enfants nourris au sein, indemnes de toute affection des muqueuses pouvant expliquer une infection par le tube digestif, et vivant éloignés du père de façon que la contagion par la respiration ne pouvait être invoquée; ici donc la tuberculisation ne pouvait être qu'héréditaire Il ne s'agissait pas d'hérédité proprement dite, mais d'une contagion exceptionnelle du spermatozoïde sur l'ovule. M. Landouzy a en effet observé des femmes qui, tout en restant saines après avoir engendré un enfant tuberculeux, avaient, consécutivement à cette première grossesse, plusieurs autres grossesses avortées; cette polylé-thalité fœtale ne s'explique que par une contagion paraovulaire.

Dans le cas de grossesse, si le père est fort et de bonne santé, fait remarquer M. *La Torre* (de Messine), il est constant de voir le fœtus arriver à terme avec un développement normal, quel que soit l'état de santé de la mère. Si au contraire le père est malade, le fœtus arrive à terme avec un poids chétif, d'environ 2500 grammes, quelles que soient la bonne santé et la taille de la mère. L'alcoolisme, la syphilis et la tuberculose peuvent influer sur le développement du fœtus; mais pour ne parler que de cette dernière, il résulte de ses expériences sur des cobayes, que le sperme tuberculeux est susceptible de tuberculiser l'ovule fécondé. Donc, le père tuberculeux peut transmettre au fœtus et une prédisposition morbide fâcheuse (le terrain) et la maladie spécifique elle-même (la graine); la tuberculose généralisée du père est parfaitement capable d'enrayer le développement du fœtus.

D'après M. *Malvoz* (de Liège), le passage des micro-organismes de la mère au fœtus ne se fait que lorsqu'il y a des lésions du placenta, abcès, etc., déterminés par les agents microbiens. C'est là la grande loi de Wyssokowitch, qui veut que les micro-organismes ne passent dans les liquides de sécrétion de l'organisme que lorsqu'il existe des lésions glandulaires. Je n'ai pas fait d'inoculations de tuberculose à des femelles pleines, mais on peut supposer ce qui se passe d'après ce que l'on a observé pour le charbon, le choléra des poules, etc. Le bacille de la tuberculose, d'après Firket, ne se trouve dans le sang que dans le tiers des cas, alors qu'un foyer s'est ulcéré dans un vaisseau; sur cinquante autopsies de tuberculeux, cet auteur n'a trouvé que dans le tiers des cas des granulations miliaires dans le rein, la rate, le foie. Il faudrait que le placenta fût le siège de lésions tuberculeuses pour que le bacille de Koch fût transmis au fœtus; or ce fait ne se rencontre que rarement, car le placenta est, bien moins que la rate, la moelle des os, etc., un organe de fixation pour les micro-organismes. Aussi n'existe-t-il que quelques rares cas de tuberculose congénitale, ceux de Johne, de Lydtin, de Schwanefeld, dans la médecine vétérinaire. L'hérédité de la tuberculose n'est donc qu'une question de terrain. M. *Bang* (de Copenhague) fait remarquer que l'hérédité de la tuberculose est, en somme, rare chez les animaux; sur 1165 vétérinaires qu'il a interrogés, 32 seulement lui ont affirmé avoir constaté l'existence de la tuberculose chez des veaux nouveau-nés. En Belgique, ajoute M. *Van Hersten*, il est remarquable de voir que le nombre des vaches tuberculeuses est très considérable et celui des veaux atteints très restreint; on compte un veau tuberculeux sur 650 sujets et une vache tuberculeuse sur 100. Cette proportion, si énorme à l'égard des vaches laitières, prouve que la maladie se développe à un âge avancé, et la rareté de la tuberculose chez le veau démontre que la maladie n'est pas aussi souvent héréditaire que certains observateurs le croient. M. *Solles* (de Bordeaux) a constaté que les cobayes nés de parents tuberculeux ne se tuberculisent pas dans le jeune âge, mais que, de même que chez les phthisiques, c'est tardivement que les premiers accidents apparaissent; d'ailleurs, la tuberculose expérimentale marche beaucoup plus vite que la tuberculose héréditaire.

Mais il est, suivant M. *Galtier*, très difficile de faire la part dans la tuberculose héréditaire de ce qui revient aux ascendants et de ce qui appartient à la contagion. Inoculant des femelles à une époque plus ou moins avancée de la gestation, puis sacrifiant les fœtus et pratiquant des inoculations par ce procédé, il a été moins heureux que MM. Landouzy et Martin, et, sur neuf expériences, aucune n'a réussi; il n'a pas été plus heureux en inoculant des tissus du fœtus d'une vache tuberculeuse qui avait avorté. Dans une deuxième série de recherches, il a pratiqué des inoculations au début de la gestation, puis conservé les petits pour les sacrifier quelque temps après. Une lapine, inoculée le quinzième jour après l'accouplement, eut cinq petits; trois sur cinq, qui tous avaient été allaités par elle, devinrent tuberculeux. Enfin, en inoculant par voie intraveineuse une lapine quatre à cinq jours après l'accouplement, on ne trouva aucune lésion tuberculeuse chez les petits, tandis que la mère mourut de tuberculose. La transmission par voie utérine semble donc bien exister, mais elle est loin d'être commune. Il cite, d'autre part, un fait de transmission de la scrofule par voie utérine.

États constitutionnels et traumatismes dans leurs rapports avec la tuberculose. — Depuis 1884, M. *Hanot* étudie la cirrhose des tuberculeux au point de vue de ses rapports avec la tuberculose. Pour pouvoir établir des conclusions absolument définitives, il faut trouver des faits dans lesquels la tuberculose seule, à l'exception de l'alcoolisme surtout, si fréquent parmi les malades des hôpitaux, puisse être incriminée. En voici un, entre autres, qui lui paraît très probant: un jeune homme de vingt-deux ans sur lequel on a pu prendre tous les renseignements indispensables, est entré dans son service en janvier 1887 et y est mort de tuberculose pulmonaire quelques mois après; il avait, outre des

lésions très avancées du poumon, présenté de l'ascite sans augmentation de volume du foie. A l'autopsie, on trouva un liquide ascitique abondant, sans traces de lésions péritonéales. Le foie était petit, lobulé, sillonné, ficelé, rappelant le foie syphilitique classique. Le microscope montrait des lésions de sclérose multilobulaire très avancée, avec des travées fibreuses, rappelant celles du foie syphilitique; les cellules étaient en dégénérescence graisseuse. Chez ce jeune homme, ni la syphilis, ni l'alcoolisme, ni l'impaludisme ne pouvaient être invoqués pour expliquer le développement de ces lésions. Ainsi l'existence d'une cirrhose tuberculeuse paraît indiscutable et l'on peut la rapprocher de la cirrhose syphilitique; de même, pourrait-on admettre avec d'autres auteurs l'existence, chez les enfants, de cirrhoses consécutives à certaines maladies infectieuses. Weigert a montré que la pénétration des bacilles tuberculeux peut se faire par les veines et par les lymphatiques, alors qu'il n'y a pas d'ulcérations intestinales et l'on peut aussi admettre avec raison que pour l'organe hépatique il y a d'autres portes d'entrée que la veine porte. Si l'on trouvait dans le foie un assez grand nombre de tubercules, on pourrait admettre que la lésion du tissu conjonctif est une lésion purement réactionnelle; mais, au contraire, ces tubercules sont très rares dans le tissu scléreux qui constitue la cirrhose tuberculeuse. Il faut alors supposer que les lésions interstitielles se produisent, dans la tuberculose, en dehors de la présence du bacille, de même que cela se passe pour la syphilis, où la présence des gommes n'est pas très fréquente. L'action des produits solubles d'origine microbienne peut, du reste, expliquer pourquoi ce bacille agit à distance et non pas seulement là où il se trouve. Il est possible que bien des cas de péritonite tuberculeuse, dite ascitique, ne soient que des cas de cirrhose tuberculeuse.

Les petits ganglions localisés qu'on observe si communément au cou des enfants vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques et qu'on attribue à un peu de lymphatisme, sont-ils la conséquence des érosions ou des traumatismes si ordinaires chez les enfants? M. *Legroux* estime que cette micropolyadénopathie de l'enfance est le cachet d'une infection tuberculeuse véritable; le fait est si réel qu'on observe, en même temps que ces déterminations locales, une déchéance organique générale; c'est une manifestation primitive de la tuberculose. Ainsi, un enfant, il y a deux ans, eut le deuxième prix au concours des bébés; c'était un enfant gros et de bonne apparence, mais qui présentait cette polyadénopathie; quelques mois plus tard, il succomba aux progrès de la tuberculose. M. *Daremberg* a vu plusieurs fois cette adénopathie spécifique concurremment avec des amygdalites tuberculeuses infectieuses. Les enfants contractent assez aisément ces amygdalites dans la cohabitation avec leurs parents tuberculeux et par le fait des embrassements; ces amygdalites se révèlent par un gonflement considérable des amygdales, qui sont revêtues d'un enduit spécial dans lequel il a retrouvé le bacille spécifique. Comme thérapeutique, en pareil cas, on ne saurait conseiller autre chose que des lavages antiseptiques des amygdales.

D'après M. *Duret* (de Lille) il y a lieu de distinguer trois formes de caséo-tuberculose des ganglions lymphatiques: 1° une fibro-caséose, constituée par des ganglions petits et durs, roulant sous le doigt, primitive ou secondaire à la caséification; l'extirpation seule convient en pareil cas, mais elle est fréquemment dangereuse, car les ganglions siègent au voisinage des grosses veines; 2° une caséo-tuberculose proprement dite, se présentant soit sous l'aspect de chapelets souvent étendus, suivant le trajet des lymphatiques ou des vaisseaux, soit en masses agglomérées, énormes, siégeant surtout au cou dans les régions sous-maxillaires, parotidiennes, carotidiennes, axillaires, dans la fosse iliaque et le pli de l'aine; 3° enfin des altérations ganglionnaires avec décollements, fistules, ulcérations, les ganglions ayant suppuré.

Citons encore des communications: de M. *Jacobi* (de New-York) sur la fréquence relative de la tuberculose du thymus et les formes cliniques diverses qu'elle peut prendre; de M. *Jeannel*, médecin-major, sur les caractères de la fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë, dont l'ascension thermique du début est brusque, pour rester en plateau un certain temps, et que l'antipyrine à petites doses continues jugule assez facilement; de M. *Kalindéro* (de Bucharest) sur les formes frustes de la méningite tuberculeuse chez l'enfant et chez l'adulte.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, par M. H. Von Zeissl, revu par M. Von Zeissl. Traduit et annoté par M. le docteur Paul Raugé. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1888.

La traduction que M. le docteur Laugé présente au public médical français a été faite sur la deuxième édition du livre, classique en Allemagne, d'Hermann von Zeissl, revue et complétée par son fils M. von Zeissl. La tendance de cet ouvrage est essentiellement pratique; les questions de doctrine, celles même qui ont été le plus particulièrement agitées dans ces derniers temps, n'y sont que fort succinctement étudiées et l'on y chercherait en vain ces aperçus de pathologie et d'anatomie pathologique générales qui peuvent jeter une si vive lumière sur la pathogénie et l'évolution des processus vénériens ou syphilitiques. C'est, à coup sûr, le point faible de cet ouvrage, dont la partie clinique et surtout thérapeutique mérite tous les éloges.

Dualiste résolu, Zeissl admet trois virus vénériens, ceux de la blennorrhagie, du chancre mou et de la syphilis dont il étudie successivement les manifestations morbides.

Très réservé sur la valeur du diplocoque de Neisser, Zeissl distingue deux variétés de blennorrhagie, un catarrhe inflammatoire simple et un catarrhe contagieux et spécifique. Il étudie avec détails toutes les localisations de la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme; ses descriptions ne diffèrent guère des idées admises en France que sur quelques points qu'il importe de relever. C'est ainsi que pour Zeissl la blennorrhagie uréthrale est chez la femme la plus rare; c'est ainsi que dans son étude, très écourtée d'ailleurs, du rhumatisme blennorrhagique, il affirme n'avoir jamais rencontré l'inflammation des parties séreuses, ni la sciatique blennorrhagique. C'est ainsi enfin qu'il condamne d'une manière absolue l'uréthrotomie interne.

La seconde partie, consacrée au chancre mou, n'appelle aucun commentaire; relevons seulement cette assertion de Zeissl : « l'expérience a prouvé surabondamment que la prétendue immunité de la région céphalique, posée en principe par Ricord, ne doit pas être acceptée. »

Dans la troisième partie. relative à la syphilis, certaines questions, syphilides de la peau, des muqueuses, du larynx (ce dernier chapitre rédigé par M. le professeur Schrötter) sont étudiées en détail, tandis que la syphilis viscérale est exposée d'une manière très succincte, trop succincte même parfois. Il en est ainsi par exemple pour la syphilis du cerveau, de la moelle et des nerfs, à laquelle Zeissl ne consacre que cinq pages. On s'étonnera peut-être également en lisant le chapitre de la syphilis héréditaire de n'y trouver que quelques lignes relatives à la syphilis héréditaire tardive.

Les considérations très étendues sur le traitement de la syphilis qui terminent l'ouvrage sont basées sur l'expérience de Baehrenspung, de Diday et de Zeissl père et fils. La citation suivante fait connaître la ligne générale de conduite préconisée par l'auteur : « A notre avis le mercure ne peut être mis en usage que huit à dix semaines au plus tôt après l'apparition du premier exanthème, et alors seulement que l'éruption ne cède pas assez vite au traitement expectant ou à la médication iodée, enfin quand des accidents menaçants éclatent du côté des organes des sens, des viscères ou du système nerveux central. »

Ici encore. on le voit, les idées de Zeissl diffèrent de celles qui sont généralement admises en France. C'est surtout parce qu'elle ne reflète pas, sur bien des points, l'opinion classique dans notre pays. que son œuvre mérite

d'être consultée par nos lecteurs : tâche que M. Raugé, par la clarté et l'élégance de sa traduction, a su rendre aussi agréable qu'utile. L. D.-B.

Des hypertrophies amygdaliennes, par M. le docteur Chauveau, chef de clinique des maladies du larynx et du nez. — Thèse de Paris, Davy, 1888.

L'auteur distingue deux types d'hypertrophie amygdalienne : 1° forme adénoïde, lésion de développement due à l'hypergénèse du tissu adénoïde laryngien, caractérisée par la mollesse et la teinte rosée; 2° forme scléreuse, secondaire à toutes les irritations de l'amygdale, caractérisée anatomiquement par une sclérose péri-vasculaire et cliniquement par la dureté de l'amygdale. Des divers procédés opératoires le meilleur est la cautérisation.

De l'ulcère simple de l'œsophage, par M. le docteur Berrez. Delahaye et Lecrosnier, thèse de Paris, 1888.

En dehors des deux observations d'ulcération de l'œsophage publiées par son maître M. Debove, M. Berrez en a pu réunir treize dans la littérature médicale. L'ulcère de l'œsophage ressemble par l'ensemble de ses caractères anatomiques à celui de l'estomac et du duodénum; son étiologie et sa pathogénie sont encore inconnues ; ses symptômes essentiels sont la douleur, la dyspepsie, les vomissements et les hématémèses. La guérison peut survenir avec ou sans sténose du canal; la mort survient, le plus souvent, par épuisement, ou à la suite d'hémorrhagies, ou enfin par perforation.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — M. Yvon, pharmacien, professeur à l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Salpêtrière, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Faculté de médecine de Paris. — MM. Callot, Pfender, Dagron, Mordret, Isch Wall et Arnoud sont nommés, pour une période de quatre ans, aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Festal et Metaxas, dont la délégation est expirée; Delbet, Villemin et Potherat, appelés à d'autres fonctions, et Demoulin, démissionnaire.

Faculté de médecine de Montpellier. — A la suite des votes émis par la Faculté de médecine pour la nomination de deux titulaires aux chaires d'anatomie laissées vacantes par suite de la mise à la retraite de M. le professeur Benoit, et de pathologie interne par le passage de M. le professeur Castan à la Clinique médicale, la liste de présentation des candidats a été ainsi dressée :

1° Pour la chaire d'anatomie : en première ligne, M. Paulet; en deuxième ligne, M. Bimar;

2° Pour la chaire de pathologie: en première ligne, M. Carrieu; en deuxième ligne, M. Mossé.

Internat des asiles d'aliénés. — Le jury du concours institué entre les internes en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine et ceux des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière, pour l'obtention d'une bourse de voyage de 2000 francs, est composé ainsi qu'il suit :

MM. les docteurs Charpentier, Aug. Voisin, Marandon de Montyel, Dagonet, Bourneville, Prengrueber, Ferrand.

Saccharine. — Dans sa séance du 13 août, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé les conclusions suivantes d'un rapport de MM. Brouardel, Pouchet et Ogier sur l'emploi de la saccharine dans les produits alimentaires, au point de vue de l'hygiène:

1° La saccharine n'est pas un aliment et ne peut pas remplacer le sucre;

2° L'emploi, dans l'alimentation, de la saccharine ou des préparations saccharinées suspend ou retarde les transformations des substances amylacées ou albumineuses dans le tube digestif;

3° Ces préparations ont donc pour effet de troubler profondément les fonctions digestives. Elles sont de nature à multiplier le nombre des affections désignées sous le nom de dyspepsie;

4° L'emploi de la saccharine est encore trop récent pour que les conséquences d'une alimentation dans laquelle entrerait journellement de la saccharine puissent être toutes bien déterminées; mais, dès maintenant, il est établi que son usage a sur la digestion une influence nuisible, et nous sommes en droit de conclure que la saccharine et ses diverses préparations doivent être proscrites de l'alimentation.

Médecine en Turquie. — Le ministre de l'intérieur de l'empire ottoman vient d'ordonner la restitution, à l'Ecole de médecine, du diplôme ayant appartenu à tout médecin ou pharmacien décédé. Cette mesure a pour but d'empêcher les empiriques de se servir abusivement du diplôme de personnes décédées.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le docteur Coursserant, connu par des travaux d'ophthalmologie; de M. le docteur Baron à Allevard et de M. le docteur Monginot à Lunéville.

Mortalité a Paris (31e semaine, du 29 juillet au 4 août 1888 — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 1. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 27. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 156. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs : cancéreuses, 35 ; autres, 6. — Méningite, 19. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 32. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 18. — Bronchite chronique, 31. — Broncho-pneumonie, 21. — Pneumonie, 17. — Gastro-entérite : sein, 25; biberon, 64; autres, 1. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 19. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 140. — Causes inconnues, 1. — Total : 781.

Mortalité a Paris (32e semaine, du 5 au 11 août 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 1. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 24. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 160. — Autres tuberculoses, 15. — Tumeurs : cancéreuses, 48 ; autres, 7. — Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 35. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 50. — Bronchite aiguë, 14. — Bronchique chronique, 18. — Broncho-pneumonie, 22. — Pneumonie, 28. — Gastro-entérite: sein, 31; biberon, 70. — Autres diarrhées, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 20. — Suicides, 20. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 144. — Causes inconnues, 16. — Total : 869.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Tome 1er. Colonne vertébrale, tête, cou, membre supérieur, poitrine. 1 vol. in-8° de 720 pages avec 90 figures dans le texte. (L'ouvrage formera deux volumes et sera publié en quatre fascicules). Paris, Asselin et Houzeau. 12 fr.

Traité des fibromes de la paroi abdominale, par MM. les docteurs Léon Labbé et Charles Rémy. 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. Paris, Lecrosnier et Babé (ancienne maison A. Delahaye et E. Lecrosnier). 7 fr.

Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, par M. Herman V. Zeissl, revu par M. Maximilian V. Zeissl, ouvrage traduit de l'allemand par M. le docteur Paul Raugé. 1 vol. in-8°. Paris, Lecrosnier et Babé (ancienne maison A. Delahaye et E. Lecrosnier). 7 fr.

Traité d'hygiène sociale, par M. le docteur J. Rochard. 1 vol. in-8°. Paris, Lecrosnier et Babé (ancienne maison A. Delahaye et E. Lecrosnier). 10 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

15951. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la pleurésie par le lait.

Il n'est pas besoin d'une grande érudition pour chercher les origines de cette médication et retrouver ses premiers succès, contre les épanchements pleurétiques aigus.

Sans nul doute on pourrait s'attarder à prouver son antiquité — ce qui, de l'avis de certains auteurs présente quelque utilité, — au moyen des livres hippocratiques, recommandant le lait aux hydropiques : ce serait bien. On citerait aussi Hortius, Bontius, Hilden et Van Swieten : ce sera tout aussi bien. Plus près de nous, on invoquerait Chrestien (de Montpellier), le Belge d'Avoine (de Malines), le Suédois Cornélius, le Danois Mürer de Linski, les travaux de Serres (d'Alais), ou encore les intéressants articles publiés par M. Guinier dans le *Montpellier médical* de l'année 1857 et par M. Pécholier dans le *Bulletin de thérapeutique*. Ce serait de mieux en mieux.

En vérité, à quoi bon cette enquête, et, bien que l'histoire soit courte, pourquoi s'appuyer sur l'antiquité contestable de la méthode pour en justifier les mérites. Et puis, l'oublie-t-on? Ceux de nos anciens que l'on nomme, comme ceux que l'on ne nomme pas, employaient vulgairement le lait contre les hydropisies chroniques des plèvres, de l'anasarque, de l'albuminurie ou des divers états morbides à marche lente et cachectique, mais n'en faisaient guère usage contre les collections pleurales liées à l'inflammation franche de la séreuse pulmonaire. Bref, l'emploi méthodique du régime lacté dans le traitement de cette affection date de beaucoup moins loin : *suum cuique*. Modérons cette passion pour l'archéologie thérapeutique, et rendons à notre époque ce qui de droit lui revient.

En 1872, M. Siredey faisait connaître dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratique* une observation de guérison d'épanchement pleurétique aigu par le lait. C'était, je pense, la première cure authentique obtenue d'intention préméditée par cette méthode. Vers ce temps, dans ses leçons cliniques de l'hôpital Lariboisière, M. Jaccoud essayait cette médication, mais la conseillait avec réserve, il faut l'avouer, en raison du petit nombre de faits observés par lui. Depuis, en 1884, et avec l'assurance des succès obtenus en plus grand nombre, ce savant observateur la recommande plus chaleureusement dans ses cliniques de l'hôpital de la Pitié. Enfin, témoignage tout récent et fort décisif, un de nos jeunes confrères de l'armée de mer, M. le docteur Clouard, enregistre dans sa thèse inaugurale seize observations inédites, recueillies à l'hôpital de Cherbourg, et susceptibles de lever tout doute sur l'emploi efficace, légitime et opportun de cette puissante médication.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

L'hôpital français de Londres.

Il y a quelques semaines, le 21 juillet 1888, a eu lieu à Londres la cérémonie de la pose de la première pierre du nouvel hôpital français. On nous permettra d'appeler l'attention sur cet événement qui a trop passé inaperçu en France, bien qu'il témoigne du dévouement persévérant et de la générosité de nos nationaux résidant dans la capitale de l'Angleterre. C'est à peine si notre presse politique en a dit quelques mots et la presse médicale s'est bornée à l'annoncer directement. Pour nous, nous nous sommes empressés de demander des renseignements circonstanciés, afin de pouvoir rappeler ou apprendre à nos lecteurs les services considérables rendus par l'hôpital français actuel et les conditions dans lesquelles se construit le nouvel établissement.

L'origine de l'hôpital français de Londres remonte à 1861, époque à laquelle M. le docteur Vintras fonda, dans Charlotte street, un dispensaire gratuit, ouvert à tous les étrangers parlant français. C'est encore aujourd'hui notre distingué confrère qui préside aux développements de l'institution qu'il a vue successivement grandir, grâce à son infatigable zèle et à l'enthousiasme passionné qu'il a su inspirer pour elle à ses compatriotes habitant Londres. En décembre 1866, aidé d'un riche négociant français établi dans cette ville, il réussit à intéresser une vingtaine d'amis à son œuvre ; en six mois, un capital de 25000 francs fut souscrit et une petite maison pouvant contenir seize lits de malades fut louée dans Lisle street; cet hôpital fut ouvert le 21 décembre 1867. Bientôt l'espace manquant, il fallut l'agrandir par l'adjonction d'une maison voisine. Ainsi fut

I

Est-elle efficace? Aux faits cliniques et aux statistiques de répondre.

Le pleurétique de M. Siredey était depuis vingt-huit jours en puissance d'un épanchement séreux, rebelle à toutes les médications classiques; diurétiques et drastiques. La thoracentèse semblait imminente, quand, heureusement inspiré, M. Siredey prescrivit le régime lacté. Trois jours plus tard, diurèse abondante, soulagement de la dyspnée : le malade entrait en guérison, et celle-ci fut bientôt définitive. Ce pleurétique était un gros mangeur. Aussi, usant d'un ingénieux artifice thérapeutique, M. Siredey fit habilement précéder le régime lacté par une diète préparatoire strictement absolue.

Depuis, d'autres exemples classiques ont été enregistrés, et, en 1884, M. Jaccoud recommandait sans réserve cette médication exclusive, que, douze années auparavant, il conseillait moins résolument. C'était raison, à en juger par les résultats obtenus dans la série des seize pleurétiques observés par M. Clouard.

Tous, soldats ou marins, avaient franchi la phase pyrétique de la pleurésie aiguë, et, au moment où on institua le régime lacté, ne présentaient plus d'autres symptômes que ceux de la collection séreuse contenue dans la plèvre. Tous guérirent : la statistique le prouve. Est-ce à dire pour cela que la médication lactée est le remède souverain des épanchements pleurétiques aigus? Non vraiment : cette conclusion absolue serait trop naïve. Au lieu de s'en tenir aux statistiques brutes, il est plus instructif de chercher quelle a été la durée de la maladie. M. Clouard calcule qu'en moyenne elle a pu être estimée à quatorze journées et demie pour chaque malade; le plus court délai ayant été de dix journées et le plus long de vingt-deux. Mais, en toute équité, notons que ce cas où la résolution fut si tardive, était, circonstance aggravante, celui d'un individu atteint d'un épanchement pleurétique double. Au demeurant, deux faits sont acquis : d'une part, la possibilité de vaincre des épanchements pleurétiques aigus rebelles, sous l'influence seule de la médication lactée; d'autre part, la probabilité d'en obtenir la guérison dans un délai notablement inférieur à la durée de la cure par les agents diurétiques ou drastiques et le procédé plus traditionnel des vésicatoires coup sur coup. Ainsi donc, à celui qui s'efforce d'évaluer la puissance de cette médication contre les épanchements de la pleurésie aiguë, on est autorisé à répondre, en s'appuyant sur ces faits cliniques : oui, la diète lactée est efficace; oui, à circonstances égales, elle est supérieure à l'usage des divers agents médicamenteux; oui, enfin, elle peut notablement abréger la maladie.

II

Est-elle légitime? La physiologie l'a prouvé depuis longtemps par l'observation de deux phénomènes fort banalement connus des thérapeutistes qui prescrivent la médication lactée : je veux parler de l'augmentation quantitative des urines et des modifications des sécrétions intestinales.

Chez tous les pleurétiques mis en observation la diurèse augmente, d'abord faiblement pendant les premières vingt-quatre heures, début de cette diète lactée; puis considérablement, dans le rapport de 1 à 2, vers le deuxième, le quatrième ou plus rarement le cinquième jour. Finalement cet accroissement persiste pendant toute la durée du traitement.

La constipation est la règle, d'après MM. Jaccoud et Clouard, et son obstination nécessite de la part de l'observateur attentif l'administration préventive de purgatifs et de laxatifs. Mais cette règle, ajouterons-nous, a ses exceptions. Nous en avons vu deux exemples récents, dans lesquels une diarrhée séreuse abondante, presque profuse, avec des évacuations s'élevant à dix-huit dans les vingt-quatre heures, suivit l'établissement de la médication lactée. Simultanément, on le comprend aisément, la diurèse n'augmente pas, de sorte que, au lieu de considérer, avec M. Jaccoud, un tel flux intestinal comme « une diurèse déplacée », il me semble plus précis de dire : — C'est une diurèse remplacée —.

Par compensation, les observations de M. Clouard l'établissent : la diminution du liquide pleural commence au moment où le flux urinaire, et j'ajouterai le flux intestinal se produisent. Il y a là — je n'ai pas la naïveté d'insister sur ce point — plus qu'une simple coïncidence. La résorption du liquide pleural et l'amendement des symptômes de dyspnée ou de compression sont en raison directe de l'abondance de l'élimination séreuse par le filtre rénal ou la muqueuse intestinale.

Et puis, autre indication; à cette période de la maladie, on s'accorde sur la nécessité d'un régime et d'une médication aptes à favoriser l'activité des échanges interstitiels et la résorption des liquides épanchés. Dans ce but, on a pu prescrire les iodiques, l'huile de foie de morue et bien

---

fondé l'hôpital actuel, que la plupart des Français qui ont séjourné à Londres ont tout au moins visité.

Cet établissement comprend 35 lits, soit 19 lits d'hommes, 12 lits de femmes et 4 lits d'enfants. D'année en année sa clientèle s'est accrue et ses services ont été de plus en plus appréciés. En 1887, il y a été donné 11236 consultations à 3315 malades externes et on y a reçu 422 malades internes, représentant un nombre de 10466 journées de séjour. Parmi ces malades, 228 étaient de nationalité française ; le reste comprenait 45 Italiens, 41 Suisses, 35 Belges, 26 Anglais, 14 Allemands, 11 Russes, 6 Espagnols ou Portugais, 5 Hollandais, 4 Autrichiens, 4 Grecs, 1 Turc, 1 Danois et 1 Roumain. Il y avait, en outre, des Américains, des Brésiliens, des Suédois, des Norwégiens et un Chinois parmi les malades venus à la consultation. Au total, l'hôpital français, depuis son ouverture, en vingt ans, a secouru 4810 malades internes et donné 111411 consultations, avec médicaments gratuits, partagées entre 42744 malades externes enregistrés, appartenant à presque toutes les contrées du monde. Ainsi, bien que l'hôpital soit français de nom et d'origine, il est en réalité cosmopolite dans ses œuvres, puisqu'il est ouvert à tout le monde, sans distinction de religion ou de nationalité.

Les aménagements successifs qu'ont dû subir les constructions qui forment l'établissement actuel n'en ont assurément pas fait un hôpital comparable aux établissements hospitaliers élevés de toutes pièces et pour un but bien déterminé; ici il a fallu aménager à la hâte des salles qui servaient primitivement de domicile particulier, faire communiquer plusieurs petites maisons entre elles, utiliser des dégagements, percer des cloisons et éviter autant que possible l'encombrement. Si bien que l'hôpital comprend un grand nombre de petites pièces où les lits sont surtout disposés de façon à éviter les contaminations entre maladies transmissibles voisines. Ce qu'on y trouve de plus particulièrement remarquable, c'est la propreté minutieuse avec

d'autres agents eutrophiques. Le lait, « cet aliment médicamenteux » comme l'écrivait Baillou, n'est-il pas de ceux-là?

A ce double titre, à quoi bon insister plus longuement sur la légitimité de son emploi?

III

Reste à déterminer le moment *opportun* de son administration dans le cours de la pleurésie aiguë.

Est-ce au début? Non; car dans cette période ascensionnelle, caractérisée par l'état fébrile, la production et l'augmentation de l'épanchement séreux, la maladie évolue alors, comme on l'a dit, « suivant un cycle défini ». Faire fonds sur la médication lactée pour la combattre, ne serait-ce pas formuler l'outrecuidante prétention « de guérir ainsi l'inflammation de la pleurésie? »

Dans la phase apyrétique, le symptôme dominateur est autre. Le danger vient de l'épanchement : le processus pleurétique a disparu. Il y a seulement l'indication de combattre l'un de ses effets; en d'autres termes de libérer la cavité pleurale de l'épanchement séreux qu'elle contient. C'est le rôle classique de la thoracentèse; c'est aussi le but de la médication lactée.

Ici le clinicien a donc à choisir entre l'une ou l'autre de ces deux méthodes thérapeutiques. Quand doit-il préférer l'intervention opératoire? Quand convient-il de s'en tenir à la médication lactée?

Les indications de la thoracentèse ont été souvent discutées et nettement formulées. Les énumérer à nouveau me semble superflu à cette place. Cette méthode opératoire est le traitement d'urgence : l'abondance de l'épanchement, son enkystement, la violence de la dyspnée, le déplacement des viscères, les troubles cardiaques, la motivent. On ponctionne pour prévenir un danger menaçant, et, expédient héroïque, la ponction procure un soulagement immédiat.

Traitement de choix, la diète lactée convient seulement au pleurétique qui peut attendre. Ses effets les plus rapides ne se manifestent qu'après un délai de quelques heures pour le moins. L'intégrité du filtre rénal est une condition de ses succès et la diurèse ou plus exceptionnellement la diarrhée curatives se produisent seulement au bout de quatre à cinq jours.

D'où les contre-indications de cette médication, qui d'ailleurs sont celles — on le sait bien — du traitement des épanchements pleurétiques par les agents médicamenteux : à preuve les inconvénients de la méthode des vésicatoires à répétition dont l'efficacité est contestée : douleur vive dans la grande majorité des cas et complications rénales dans beaucoup d'entre eux; à preuve encore les dangers du traitement par les purgations successives; ici troubles gastro-intestinaux consécutifs pour quelques malades; là, pour tous, même les plus robustes, un affaiblissement toujours redoutable de l'organisme.

En résumé, deux indications capitales déterminent le choix du régime lacté dans le traitement de la pleurésie aiguë: en premier lieu la persistance de l'épanchement, après la cessation de la fièvre; en second lieu, un épanchement modérément volumineux et relativement bien toléré. De ces indications l'une est donc d'*opportunité* de la part du thérapeutiste; l'autre de *tolérance* de la part du malade.

IV

Comment doit-on prescrire la diète lactée aux pleurétiques?

Les règles d'administration de cette médication ont été maintes fois formulées, depuis Sydenham. Empruntons-les donc à la page 318 de son traité *De podagra*, à sa définition bien souvent citée de la Γαλακτοποσία, *seu dieta e solo lacte, sive cocto, sive crudo, exulantibus cæteris omnibus*.

Cru ou bouilli, frais ou tiède, pur ou additionné de substances aromatiques, pour prévenir temporairement le dégoût, ou alcalinisé par le bicarbonate de soude, l'eau de chaux ou les eaux minérales, pour solliciter la tolérance stomacale, peu importe, le lait doit être la base exclusive de ce régime. Les insuccès observés n'ont souvent d'autre cause que la résistance du malade à s'y conformer ou la faiblesse du médecin à en négliger la scrupuleuse observation.

Et d'ailleurs l'expérience vulgaire de cette médication ne l'a-t-elle pas prouvé depuis longtemps? Il suffit de le faire ingérer par gorgées, de l'administrer par petites tasses toutes les heures et demie ou toutes les deux heures, pour prévenir les perturbations digestives, et surtout éviter les sensations désagréables de soif et faim. Puis, la quantité totale quotidiennement ingérée ne doit pas être excessive. Les malades de M. Clouard ont bu deux à trois litres de lait dans les vingt-quatre heures et guérirent. Deux pleurétiques, auxquels j'ai prescrit cette médication, ont ingéré un litre de lait, sans élever la dose au delà d'un litre et demi; ils guérirent aussi. En vérité, le succès du traitement dépend plutôt de la qualité du lait, qui doit être excellent

---

laquelle cet établissement est tenu et les précautions prises afin d'éviter tout séjour de matières usées; l'aération est aussi continue que possible et l'usage des antiseptiques, plus spécialement de l'acide borique, est largement pratiqué aussi bien pour l'atmosphère des salles que pour le nettoyage des murailles, des parquets, des meubles, etc.

En 1887, la mortalité n'a été que de 6 pour 100 à l'hôpital français, alors qu'elle dépassait 10 pour 100 dans les grands hôpitaux de Londres; les malades y sont restés une moyenne de vingt-quatre jours, tandis que la moyenne du séjour dans les grands hôpitaux de Londres était de trente et un jours. Quatorze naissances ont eu lieu en 1887 dans la salle de la maternité; depuis l'ouverture de cette salle, en 1878, aucune des accouchées n'a succombé et aucun accident infectieux n'y a été observé. Si bien, ainsi que le disait un Anglais au dernier banquet donné au bénéfice de l'hôpital, « qu'on y garde les malades une semaine de moins que dans les grands hôpitaux et qu'on y guérit 4 pour 100 de plus de malades »; « c'est le plus bel éloge, ajoutait-il, que l'on puisse en faire ».

Nous ne pouvons que souscrire également à cet éloge. On voit ainsi l'influence que les mesures de salubrité prises avec persévérance et intelligence exercent même dans les locaux les moins bien disposés pour recevoir des malades. L'Angleterre, on le sait, a donné depuis longtemps l'exemple à cet égard; à la suite de la première épidémie de choléra qui a sévi en Europe, elle est entrée résolument dans cette voie et ses habitants n'ont que trop lieu de s'en féliciter lorsqu'ils comparent la mortalité de leurs villes avec celles du continent européen. A Londres, comme dans tout le Royaume-Uni, la mortalité subit une décroissance continue depuis qu'on a commencé à y faire des travaux d'assainissement méthodique. En particulier, les maladies transmissibles y font de moins en moins de victimes et l'on comprend avec quelle satisfaction les autorités sanitaires publient chaque année la constatation officielle de ces résultats.

de sa fraîcheur, de son administration par petites doses et de la continuation de son emploi durant plusieurs jours après la résolution de l'épanchement; car des récidives peuvent parfois s'observer. M. Clouard n'en signale-t-il pas deux dans la série des seize pleurétiques traités par le lait à l'hôpital de Cherbourg?

Puis, le thérapeutiste n'a pas encore achevé sa mission. Avant de laisser le malade reprendre ses habitudes alimentaires, et en guise de régime de transition, il doit lui conseiller encore la diète lactée mitigée, et, par étapes, l'habituer de nouveau au régime omnivore.

Les règles de la médication lactée dans la pleurésie aiguë sont donc de simplicité, et cependant les succès obtenus seront toujours, on en conviendra, tout à la fois question de sagacité thérapeutique et question de tact clinique. Ainsi conduit, ce traitement peut en effet prendre place à côté de la thoracentèse, et devenir l'un de ces puissants moyens hydragogues, grâce auxquels on a pu dire avec raison : « Parfois l'urèthre remplace le trocart. »

Ch. Éloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Obstétrique.

Hématome vulvaire du volume du poing dans la grossesse, par M. le docteur v. Swiecicki (de Posen).

On sait que les hématomes des parties génitales sont extrêmement rares dans la grossesse et dans l'accouchement. Ainsi, par exemple, d'après une statistique établie par un de mes anciens chefs, le très honoré professeur Winckel (1), de Munich, lorsqu'il dirigeait la maison d'accouchements de Dresde, on observerait un hématome sur 1600 accouchements; c'est la proportion calculée d'après des rapports sur plus de 50000 accouchements. Chez toutes les femmes non gravides que Winckel eut l'occasion d'observer, il ne rencontra que chez cinq l'hématome de la vulve. Cette rareté de l'hématome vulvaire m'engage à publier le cas suivant.

Le docteur Grodzki me fit appeler auprès d'une femme, Aniola, à Zabikowo, arrivée au huitième mois de la grossesse. La malade était tombée, d'un chariot à ridelles, sur le bord d'un pain rond qu'elle tenait dans ses mains, de telle sorte que le périnée et la vulve subirent un choc très rude. Elle ressentit aussitôt une très vive douleur dans l'abdomen, suivie d'une sensation de pesanteur, et peu après constata le développement d'une tumeur dans la région vulvaire. Il résulta de l'examen de mon confrère et du mien que la grande lèvre gauche était le siège d'un hématome gros comme le poing d'un homme et de coloration rouge foncé. La tumeur était très tendue, chaude au toucher, et la peau fendue sur une étendue d'environ 2 centimètres dans le tiers supérieur de sa face antérieure, par suite de la traction violente et de la tension subite auxquelles elle avait été soumise. Une hémorrhagie légère avait eu lieu, paraît-il, en cet endroit peu après la chute. Elle cessa spontanément, et un caillot rouge foncé faisait saillie dans la plaie. La malade, une multipare, ne présentait de varices ni dans la région vulvaire, ni sur les extrémités inférieures. La tumeur était douloureuse, et la malade éprouvait une sorte de pression et de pesanteur particulières dans les jambes; le pouls était accéléré, mais l'état général, du reste, assez satisfaisant. Point de symptôme d'anémie, sauf la fréquence du pouls. Après avoir convenablement désinfecté la tumeur et la région avoisinante, je pratiquai une incision de haut en bas en partant de la plaie cutanée. J'enlevai avec une lenteur et un soin extrêmes les caillots sanguins, désinfectai à fond la cavité, la remplis rapidement de gaze iodoformée, puis appliquai un pansement compressif. Le lendemain, le pansement était imbibé de sang, et il ne me resta pas d'autre ressource que d'enlever le pansement et de rechercher au fond de la cavité le point qui donnait du sang pour poser une ligature. Malgré tous les efforts, il ne fut pas possible de découvrir le vaisseau qui donnait le sang; il fallut se borner à pratiquer avec énergie la ligature médiate. L'hémorrhagie cessa peu après, la cavité fut bien désinfectée, garnie de gaze iodoformée, et un pansement compressif appliqué par-dessus. Il n'y avait pas, il est vrai, indication absolue à pratiquer la ligature médiate au lieu d'émergence de sang, car celui-ci ne coulait pas abondamment et se serait arrêté peut-être par le pansement compressif. Mais comme nous ne pouvions voir journellement la malade, il nous parut plus rationnel d'appliquer la ligature. La plaie guérit par première intention.

Ce qui prouve que la chute du haut d'un grand chariot ne fut ni indifférente ni sans importance, c'est le développement même de l'hématome vulvaire; on serait autorisé à penser que la grossesse fut interrompue. Ce ne fut nullement le cas. La grossesse suivit une marche absolument normale, arriva à son terme, et l'enfant naquit fort et bien

(1) Cf. *Lehrbuch der Frauenkrankheiten*, von Winckel, Leipzig, 1886, p. 59. — Winckel, *Pathologie des Wochenbettes*, 3e édit., p. 155. — Breisky, *Krankheiten der Vagina*, Stuttgart, p. 99, 1886. — Zweifel, *Die Krankheiten der äusseren weibl. Genitalien*, etc., Stuttgart, p. 62-66, 1885.

Il faut aussi reconnaître à l'Angleterre le mérite d'avoir établi la première et appliqué les principes sur lesquels les fondateurs du génie *sanitaire* ont basé leur œuvre d'assainissement, à savoir: 1° l'entretien de la propreté de la maison et de la rue, ce qui implique leur lavage ininterrompu et l'expulsion incessante des eaux de lavage; 2° la défense des rivières contre toute pollution par les eaux de lavage, ce qui nécessite l'épuration de ces eaux avant tout retour au thalweg; 3° le lavage minutieux des locaux souillés (cabinets d'aisances, éviers de cuisine, etc.), à l'aide d'appareils émaillés, de réservoirs de chasse et de siphons d'isolement. Circulation des matières à évacuer et jamais de stagnation, tel est, en résumé, le précepte que Edwin Chadwick a réussi à faire admettre peu à peu par ses compatriotes, si bien qu'on a pu dire que le sol de l'Angleterre était en quelque sorte stérilisé et que les maladies pestilentielles exotiques n'y trouvaient plus de terrain de développement. En réalité, des efforts considérables ont été faits depuis trente ans en Angleterre dans ce sens; ils ont occasionné pour plus de six cents millions de francs de dépenses pour la salubrité. La santé publique, surveillée par une administration spéciale, d'une compétence reconnue, y a gagné dans une proportion dont les avantages dépassent de beaucoup les sacrifices faits, quelque considérables qu'aient été ceux-ci. C'est ce qui excusera sans doute auprès de nos lecteurs la digression qui précède.

L'exemple de l'hôpital français de Londres, dont la mortalité est si faible malgré un aménagement insuffisant, est bien là pour montrer l'excellence de cette manière d'agir.

C'est dans les petits établissements hospitaliers que les détails d'administration offrent parfois le plus d'intérêt. Ainsi, dans cet hôpital, où le service médical est absolument gratuit, et qui est desservi par un personnel de dix religieuses, un infirmier, une femme de ménage et un concierge, l'entretien des malades revient à la somme assez élevée de 5 fr. 60 par jour, comprenant 1 fr. 25 pour la

portant. Les suites de couches furent également normales. Pas d'hémorrhagie, notre cas prouve donc qu'un hématome même volumineux de la vulve, dû à une chute, n'empêche pas la grossesse de suivre son cours, et que le pronostic, pour peu qu'on suive rigoureusement les règles de l'antisepsie, ne saurait être considéré comme défavorable.

A cette occasion j'attire l'attention sur un cas analogue observé par le professeur Bastaki (1), d'Iassy. Il s'agit d'une multipare, âgée de vingt-huit ans, arrivée au sixième mois de la grossesse. En tirant le lait d'une vache, elle tomba sur le rebord du récipient en bois qui contenait le lait et en peu de temps se développa un hématome de la grande lèvre droite du volume d'une tête d'enfant. Les veines superficielles de l'extrémité inférieure droite étaient phlébectasiques jusqu'à la face interne de la cuisse. La grossesse ne se trouve pas interrompue non plus dans ce cas. Il est certain qu'ici la phlébectasie a agi comme cause prédisposante, fait sur lequel Blot a déjà insisté. Dans notre cas cette prédisposition ne paraissait pas exister, mais il est bon de remarquer que la chute de la voiture constitua un traumatisme bien plus sérieux que celui observé dans le cas de Bastaki.

Je demande la permission, à cette occasion, d'attirer sur un point particulier l'attention des personnes compétentes : comme, malgré l'application d'un pansement compressif, après l'incision, la possibilité d'une hémorrhagie consécutive n'est pas exclue, il me paraît plus rationnel de pratiquer la ligature médiate au lieu d'écoulement du sang avant l'application du bandage. Dans tout cas semblable, je pratiquerais immédiatement la ligature médiate et ne me fierais pas à la simple compression. Je partage complètement à cet égard la manière de voir de mon ancien maître, le professeur Zweifel (*op. cit.*, p. 55), qui dit formellement que chaque fois qu'un hématome dépasse le volume d'un œuf de poule, il y a lieu, après incision de la tumeur et nettoyage de la cavité, de mettre à nu le vaisseau donnant du sang et de le lier. On peut se demander, il est vrai, si l'on réussira toujours à mettre le vaisseau à nu avant de pratiquer la ligature. Dans notre cas cela fut absolument impossible. La ligature médiate, parenchymateuse, fut néanmoins suffisante.

Resterait une autre question à résoudre ici : l'hématome vulvaire observé par nous était-il simplement le résultat de la lacération du tissu cellulaire de la grande lèvre gauche, ou y a-t-il eu déchirure de vaisseaux avec propagation dans la profondeur des tissus? Nous croyons pouvoir admettre qu'il s'est agi ici surtout de déchirures veineuses dans la grande lèvre. C'est ce que paraissent prouver l'évolution tout entière de notre cas et l'existence de l'hématome dans une seule des grandes lèvres. S'il s'était agi de lésion plus profonde des vaisseaux, les deux lèvres auraient certainement été le siège d'hématomes, c'est-à-dire nous nous serions trouvés en présence d'un cas en tout semblable à celui que décrivent Sédillot et Baudelocque (cf. Zweifel, *op. cit.*, p. 64). Les deux lèvres, dans ce cas, étaient le siège de plusieurs hématomes.

(1) *Archives roumaines de médecine et de chirurgie*, n° 2, sept 1887. — *Med-chir. Rundschau*, XXIX, Heft 5, 1er mars, p. 162 et 163.

Clinique chirurgicale.

ÉTUDE CLINIQUE SUR L'ÉTIOLOGIE DU TÉTANOS,
par le docteur Ricochon (de Champdeniers).

A cette même place (*Gazette hebdomadaire* du 22 octobre 1886), nous avions promis à M. Verneuil de faire une enquête étiologique sur les cas de tétanos de notre région. Nous nous excusons d'avoir différé jusqu'à ce jour l'exécution de notre promesse.

Nous nous sommes enquis au plus près. Nous avons fait appel aux seuls confrères ou vétérinaires avec lesquels nous sommes en relations de voisinage. Nous leur adressons nos plus vifs remerciements pour nous avoir si obligeamment répondu.

Nos observations — qui sont les leurs — peuvent se ranger sous trois rubriques distinctes et comprennent :

1° Les cas à *forme épidémique*, qui se sont présentés à peu près dans le même temps et dans les mêmes localités;

2° Les cas *en séries*, qui ont eu lieu à la même place ou dans des lieux voisins, mais à des intervalles de temps assez éloignés;

3° Enfin les cas *isolés*.

C'est dans cet ordre que nous allons les passer en revue.

CAS A FORME ÉPIDÉMIQUE.

Quelques-uns de ces cas appartiennent à la médecine vétérinaire et ont eu lieu après castration. Nous avons déjà cité l'observation de huit mulets castrés le même jour à Faye-sur-Ardin, et dont six furent pris de tétanos. Voici quelques autres exemples empruntés à la pratique de deux vétérinaires, mes plus proches voisins.

Obs. I. — M. Mayeras, vétérinaire à Champdeniers, castra le matin du 4 juin 1886, deux chevaux de la même commune, mais appartenant à des écuries différentes. A quelques jours de là, ces deux chevaux allant bien, il castra le compagnon d'écurie de l'un d'eux. Le cheval était atteint de hernie inguinale. Quelques jours plus tard, lui et son voisin furent pris du tétanos et succombèrent, tandis que le premier cheval resta indemne.

---

nourriture, 40 centimes pour les médicaments et les appareils de chirurgie, et 3 fr. 95 comme participation à tous les frais généraux. Cette dernière dépense est, on le voit, importante; elle tient d'abord à la location et à l'entretien de l'immeuble, puis aux allocations considérables accordées aux malades convalescents. Les dépenses annuelles de l'hôpital peuvent être évaluées à un peu moins de 75000 francs qui, grâce à la générosité de ses bienfaiteurs et à l'activité et au dévouement de ses administrateurs, médecins, commissaires et fonctionnaires français, ont toujours jusqu'à ce jour été largement couvertes.

Les dépenses pour la nourriture comptent pour près d'un tiers sur le budget de ce petit établissement; à Londres, la vie est chère, et le climat nécessite une alimentation abondante pour les malades. C'est pourquoi l'ordinaire est établi ainsi qu'il suit, sauf naturellement les réductions et additions que les médecins et chirurgiens peuvent juger nécessaires : déjeuner à huit heures, chocolat ou soupe de légumes, pain et beurre; dîner à midi et demi : soupe, viande et légumes variés chaque jour; poisson et macaroni le vendredi; souper à cinq heures et demie : soupe de légumes, pain et confitures, ou thé, œufs, pain et beurre.

La ration totale, par tête et par jour, de portion entière, est d'une livre et quart de pain, une demi-livre de viande, une demi-pinte de vin et une demi-pinte de lait.

En présence du succès obtenu par l'hôpital français de Londres et en raison de l'urgence, — le bail expirant l'année prochaine et ne pouvant être renouvelé, — le comité qui l'administre a résolu d'acheter un terrain pour y élever un hôpital plus grand et mieux approprié au service et au bien-être des malades. Il a acquis, dans ce but, à perpétuité, un terrain d'une superficie de 1753 mètres carrés, situé au centre du quartier français, sur la Shaftesbury-Avenue. Comme nous le disions en commençant, la première pierre du nouvel édifice a été posée le 21 juillet dernier, par l'ambassadeur de la République française, en présence de

Les deux premières opérations semblent bien avoir été faites en dehors de toute influence contagieuse. Ce serait le troisième cheval herniaire et, comme tel, offrant de mauvaises conditions opératoires, qui aurait fourni au contage un terrain favorable, puis l'aurait transmis à son compagnon. L'avait-il reçu du vétérinaire? Nous n'en croyons rien. M. Mayeras n'avait eu aucun contact avec des animaux tétaniques avant l'opération et n'a transmis ultérieurement le tétanos à aucun de ses opérés. Nous sommes donc disposé à croire que le cheval a trouvé les germes du tétanos sur place.

Obs. II. — M. A. Bonneau, vétérinaire à Coulonges, castra deux mulets de deux ans en juin 1883. Huit jours plus tard, l'un des opérés prit le tétanos et succomba au bout de quatre jours. L'autre fut pris à son tour le vingt et unième jour et succomba après huit jours de contracture.

M. Bonneau, contagionniste convaincu, dit qu'aussitôt ces accidents il s'abstint de toute opération pendant quelques mois. Précaution rationnelle, mais là aussi nous sommes bien près d'innocenter l'opérateur, car ces deux cas sont restés isolés dans sa pratique, et lui-même ajoute ceci :

« Il n'y avait jamais eu, de mémoire d'homme, d'autres cas de tétanos dans la même ferme, mais vingt ans auparavant le même fermier, occupant une ferme *très voisine*, a perdu un autre mulet du tétanos, et deux autres propriétaires habitant des villages *voisins* en ont perdu chacun un castré le même jour. »

Il y avait donc plutôt là un sol contaminé d'avance.

Obs. II *bis*. — A Breloux, près Saint-Maixent, le 3 avril 1888, trois mulets sont castrés dans une même ferme. L'un a été pris de tétanos le 22 mai; un second, le 23; le troisième est resté sauf. Il n'y avait pas eu de tétanos antérieurement dans la ferme. Le vétérinaire opérateur ne semble pas non plus avoir eu d'autres cas dans le même temps (1). On a remarqué qu'aussitôt l'opération les deux mulets ont eu une assez forte colique. Nous signalons ce détail parce que toutes les modifications brusques du système nerveux (douleur, refroidissement...) semblent préparer le terrain à la maladie. Guérison des deux mulets.

En somme ces cas sont par eux-mêmes peu suggestifs. Vu leur petit nombre, on peut croire à une simple coïncidence. Pour saisir leur vraie signification, il faut les rapprocher d'exemples analogues, mais portant sur des séries si étendues qu'on ne peut s'empêcher d'admettre une influence épidémique. Parmi les exemples de ce genre nous n'en connaissons aucun qui soit aussi significatif que ceux que M. Lacoste, ancien vétérinaire des dépôts de remonte, a consignés dans son mémoire (2), qui nous a été signalé par M. Ribaute, vétérinaire à Coulonges. Comme ils sont peu connus des médecins, nous prenons la liberté d'en signaler quelques-uns.

Un vétérinaire, M. Chassaigne, castra au dépôt de Caen tous les chevaux reçus dans cet établissement, sans en avoir perdu un seul, jusqu'au printemps de 1835. Au mois d'avril de cette année, cent cinquante-six chevaux furent atteints du tétanos et moururent dans l'espace d'une semaine.

Et plus loin :

Au dépôt de remonte de Saint-Lô, pendant le printemps de 1832, plus de cent chevaux périrent du tétanos à la suite de la castration...

Ici on ne peut guère douter d'une cause spécifique qui primant toutes les conditions de résistance individuelle a sévi sur tous les sujets à la fois. Ainsi pensait M. Lacoste. Il parlait d'*air vicié*, d'*atmosphère délétère*. Nous, nous parlons de *germes*, de *microbes*.

Mais d'où venaient ces germes? Appartenaient-ils primitivement au sol avoisinant, au mobilier des écuries, reliquat d'anciennes épidémies? Avaient-ils été apportés d'occasion par les vents? Ou bien l'un de ces animaux recélait-il sur lui, antérieurement à l'opération, et dans le voisinage de la future plaie, quelques-uns de ces germes qui s'y seraient développés, et seraient partis de là pour infecter les plaies voisines? Ou bien encore s'agit-il d'un virus fixe, que quelque support solide (doigts, instruments...) aurait par mégarde inoculé dans les plaies? Autant de questions que M. Lacoste ne pouvait se poser, mais que la suite de sa relation va peut-être nous permettre d'éclaircir.

Cette opération, dit-il, pratiquée avec si peu de succès par un vétérinaire jouissant dans l'armée d'une grande réputation, le força de quitter le dépôt. Son successeur perdit lui-même plus des trois quarts des chevaux qu'il châtra.

Puis un châtreur qui leur succéda et moi ensuite, nous ne perdîmes pas un seul cheval dans les trois années, pendant lesquelles on châtra encore les chevaux de remonte pour le compte de l'Etat.

Ce changement de vétérinaire, et l'heureux effet qui suivit, semblent bien mettre en cause le premier opérateur. Pourtant cela ne répond pas à tout. Cela n'explique pas

(1) Il y a ici une erreur. Le vétérinaire, M. Magneron (de Fressines), nous a appris depuis que dans les semaines suivantes il avait observé trois autres tétaniques, mais qui avaient déjà la maladie avant sa première visite. M. Magneron, d'autre part, n'avait pas eu d'autres cas depuis le mois de septembre dernier.

Il y a eu dans ces mêmes semaines dans des endroits divers, à notre connaissance, différents cas de tétanos, dont une épidémie de castration (5 cas) qui nous a été signalée par M. Moreau, vétérinaire à Saint-Jean-d'Angely. Nous remettons à un autre moment l'analyse de ces observations, fort importantes au point de vue des influences cosmiques sur l'éclosion des germes tétaniques.

(2) En partie reproduite dans le *Dictionnaire* de Bouley-Raynal, t. III, article Castration.

---

la colonie française au grand complet, de plusieurs autorité anglaises, et d'un grand nombre de représentants des puissances étrangères, — sauf de l'Italie! — dont l'hôpital français soigne les nationaux.

Le nouvel hôpital, construit en pierres et briques, avec soubassement de granit rouge, a dû, vu la cherté du terrain, être élevé sur plusieurs étages; il contiendra cinquante-cinq lits, deux salles de consultations, et tout ce que doit posséder une institution de ce genre bien installée. Le bâtiment aura un sous-sol où seront la cuisine, les appareils de chauffage, des salles de bains, les réfectoires et les salles de consultations, la pharmacie, la salle de réunion du comité et les bureaux.

Au premier étage, il y aura neuf salles contenant ensemble vingt-trois lits pour femmes, savoir : quatre salles à un lit, deux à trois lits, deux à quatre lits et une à cinq lits; au deuxième étage seront huit salles contenant vingt-quatre lits pour hommes, soit deux salles à un lit, trois à trois lits, deux à quatre lits et un à cinq lits; enfin, au troisième seront placés deux chambres d'isolement, la salle de lecture des malades, les appartements des sœurs, la lingerie et la salle des morts. Un escalier principal conduira à tous les étages, ainsi qu'un ascenseur. Les appartements du médecin résident et du secrétaire seront dans un entresol, du côté de l'Andrew-street, au-dessus du dispensaire. L'hôpital doit être achevé pour la fin de 1889.

Bien que l'achat du terrain (175 000 francs) ait absorbé tout le fond de réserve du comité, et qu'environ 500 000 francs soient jugés nécessaires pour la construction, l'ameublement, etc., de ce nouvel hôpital, le comité ne doute pas de la réussite de son projet; car il a confiance dans la générosité de ses patrons et bienfaiteurs, qui l'ont mis à même de soutenir son œuvre depuis vingt ans. Il croit qu'il trouvera parmi eux et leurs amis de puissants collaborateurs pour ériger ce monument hospitalier qui sera tout à l'honneur de la France et de ses fondateurs. Aussi nous

pourquoi l'épidémie a continué avec le second vétérinaire, qui arrivait vraisemblablement avec les mains nettes et une instrumentation nouvelle; ni pourquoi elle a cessé avec le troisième et le quatrième intervenant, alors que les plaies opératoires n'en étaient pas moins exposées à prendre le contact des germes laissés antérieurement sur le sol; ni comment elle aurait pu à l'occasion fort bien cesser même sans substitution d'opérateur, comme M. Lacoste en rapporte lui-même un exemple (*eod. loco*), à propos d'une épidémie de péritonite septique.

Vers la fin de l'année 1838, dit-il, du 5 novembre au 10 décembre, j'avais châtré cent soixante-dix-sept chevaux de l'âge d'un an et demi à cinq ans et demi, sans avoir éprouvé une seule perte; mais sur soixante-deux que je châtrai du 13 au 22 décembre inclus, quarante-six furent atteints de péritonite, sur lesquels quarante-deux moururent.

Ayant recommencé à châtrer le 15 janvier 1839, je ne perdis aucun animal de cette maladie...

Et nul doute qu'il eût pu en advenir autant pour le tétanos.

Aussi M. Lacoste, embarrassé de toutes ces contradictions, invoquait une atmosphère délétère *passagère, éphémère*. Ce que nous, plus modernes, rajeunirions en disant que les germes pathogènes subissent la condition des graines végétales enfouies dans le sol, qu'ils y restent aussi plus ou moins longtemps à l'état d'immobilité; puis, que sous l'influence d'un déterminisme cosmique toujours difficile à préciser, ils lèvent du sol tout à coup et vont à la recherche de terrains où ils puissent pulluler à l'aise.

Cela dit, nous reconnaissons aisément qu'il est des cas qui ne prêtent pas au doute et où l'opérateur est bien dûment en cause. C'est ainsi qu'on a cité des vétérinaires qui, après une longue période de succès, ont éprouvé une série ininterrompue d'échecs, alors qu'à côté d'eux des opérateurs réputés moins habiles réussissaient toujours.

En pareils cas ce sont parfois les instruments qui sont les agents de la contagion. C'est ainsi qu'on a cité l'exemple de M. Cagniat, qui ne vit cesser ses revers répétés qu'en plongeant son écraseur dans l'huile bouillante, sur le conseil de M. Nocard. Mais la main opératoire elle-même doit être souvent incriminée, la main et surtout les doigts et les sillons de leurs matrices unguéales (1).

(1) Nous possédons un joli cas d'épidémie de péritonites septiques, emprunté à la médecine vétérinaire et bien édifiant au point de vue du rôle que peuvent parfois jouer les doigts dans la contagion et cela pendant une longue durée.

Un hongreur de village était adonné à la castration ovarienne des jeunes truies. On sait que cette opération consiste à aller avec un doigt à la recherche des ovaires à travers une incision pratiquée dans le flanc de la bête. Notre homme vit un jour périr toutes ses opérées sans exception. Effrayé de ses échecs, il soupçonna son bistouri, son *canif* comme il l'appelait, et le changea. Rien n'y fit. Il se fit alors suppléer par son frère, qui, lui, n'eut que des succès. Pendant les trois mois de cette suppléance, il essaya de reprendre ses opérations, mais vainement. Ce ne fut qu'au bout de ce temps qu'il put reprendre victorieusement sa pratique. Ici bien sûrement les doigts avaient été les vecteurs de la contagion.

Nous raisonnons ici dans l'hypothèse d'un virus fixe, véhiculé sur un support solide. Est-ce par ce mode de contagion qu'il faut expliquer l'épidémie suivante, dont la relation nous a été transmise par notre regretté confrère, feu le docteur Lebeau, de Secondigny-en-Gâtine? Il s'agit d'une épidémie de salle d'hôpital.

Obs. III. — En 1871, étant attaché à l'ambulance internationale de Jouy-en-Josias, j'ai vu six cas de tétanos se déclarer à quelques jours d'intervalle dans une même salle où il y avait huit soldats blessés légèrement. Le premier atteint fut un blessé par balle de chassepot ayant fait un séton entre le petit doigt et l'annulaire de la main gauche. Il fut pris au bout de huit jours, au moment où sa petite plaie semblait cicatrisée et mourait au bout de vingt-six heures. Dès le lendemain, deux autres blessés furent pris à leur tour et enlevés aussi promptement. Deux jours après, trois autres furent atteints, dont un seul survécut.

Il n'y eut à l'ambulance, où nous étions deux cent cinquante à trois cents blessés, que cette petite salle où le tétanos se soit montré, et chez des blessés à traumatismes insignifiants.

Ici évidemment la contagion s'est faite par le premier blessé, qui a créé un foyer autour de lui. S'est-elle faite directement à l'aide des doigts, des instruments, des pièces de pansement? Nous ne le pensons pas. Elle n'aurait alors pas manqué de gagner les autres salles; car, dans l'ignorance où l'on était de la contagion possible du tétanos, aucune mesure d'isolement, nous a dit le docteur Leheau, ne fut prise tant à l'égard du personnel que du matériel; dès lors la contagion semble bien s'être faite par dispersion aérienne des germes, et l'on rentre ainsi dans le cas d'une maladie contagieuse, à faible pouvoir diffusif.

Mais voici une autre épidémie pour laquelle on ne peut guère invoquer la filtration d'un cas à un autre, et qui paraît se rapporter plutôt à une origine tellurique.

Elle a été recueillie par notre honorable confrère, M. le docteur Pellevoisin, de Beauvoir-sur-Niort, et complétée dans ses détails extra-médicaux par M. Provost, instituteur à la Charrière. C'est une des plus intéressantes que nous connaissions. Elle comprend sept cas de tétanos dit *spontanés*, dont cinq morts, qui ont eu lieu dans l'espace de quelques mois (de juillet à fin octobre 1878) dans un groupe de villages voisins, situés commune de la Charrière.

Ces villages sont tous disposés le long d'un ruisseau, au fond d'une large vallée, distants de 4 à 800 mètres les uns des autres. Ils s'appellent, en allant d'amont en aval, la Bourdellerie, le Grand-Bousseau, le Petit-Bousseau, la Fricaudière, la Charrière.

---

permettons-nous d'engager vivement nos lecteurs à prendre part à la souscription ouverte au siège du comité, Leicester-place, Leicester-square, Londres, où leurs offrandes, en argent ou en nature, seront recueillies. Nous serions heureux de les voir s'inspirer des éloquentes paroles que l'un des fondateurs, M. Eugène Rimmel, adressait jadis aux premiers souscripteurs : « La pauvreté, la maladie, l'éloignement du sol natal, sont au nombre des plus cruelles calamités que l'on puisse subir; lorsqu'elles se réunissent toutes trois pour assaillir un homme, il n'est pas de sort plus digne de pitié que le sien. C'est pour secourir cette triple infortune que l'hôpital français de Londres a été fondé. Subvenir aux besoins de ces malheureux, soulager leur souffrance et leur rendre pour ainsi dire leur patrie, en les entourant de personnes qui parlent leur langue, telle est la mission que le comité a entreprise et pour laquelle il sollicite la sympathie et l'appui de toutes les personnes généreuses, quel que soit le pays qui les ait vues naître. »

Recrutement des médecins de la marine. — Par dérogation exceptionnelle aux prescriptions de la décision du 10 août, qui a suspendu les engagements volontaires dans l'infanterie de marine, le ministre de la marine vient de décider que les jeunes gens qui se destinent à la carrière de la médecine navale pourront être autorisés à contracter des engagements volontaires, au titre de l'infanterie de marine, dans les conditions prévues par la circulaire du 6 février 1873.

Toutefois, le ministre se réserve le soin de statuer à l'égard de chaque cas particulier. Les intéressés devront, après s'être munis du consentement du directeur du service de santé, faire parvenir leurs demandes au ministre par l'intermédiair dese préfets maritimes.

Corps de santé de la marine. — M. Kieffer, médecin aux.[illegible] de 2e classe, a été promu au grade de médecin de 2e classe.

Obs. IV (n° 1). — Ch..., trente ans, maçon, fut atteint le premier. Toutes les circonstances de sa maladie sont intéressantes.

Il travaillait, au bourg de la Charrière, à l'achèvement d'une maison en construction, sur le bord de la route, quand vers le 9 ou le 10 mai 1878, il se coucha sous un noyer, étant, dit-on, en transpiration. Le 13, il n'offrait pourtant aucun signe apparent de maladie, quand il partit à Parthenay pour accomplir sa période d'exercices militaires de treize jours.

Il se déclara aussitôt malade, fut exempté de service et resta à l'infirmerie du dépôt (caserne d'infanterie). Il y transpira abondamment et changea souvent de chemise dans une chambre dont les fenêtres étaient, paraît-il, toujours ouvertes.

Le jour de sa libération, le 27, il fallut le ramener en voiture à son domicile de la Fricaudière, ayant déjà les mâchoires resserrées, et quand M. le docteur Pellevoisin fut appelé à l'examiner, le trismus était déjà très prononcé. C'était le 26 juin 1878. Les autres symptômes classiques du tétanos se développèrent peu à peu, et le malade mourut le 2 juillet.

Obs. V (n° 2). — Le 26 juin, le jour même où Ch..., déjà atteint, réintégrait son domicile, Rouvr..., âgé de vingt-deux ans, domestique au bourg de la Charrière, sur le bord de la route, dans une maison en face de la cour où Ch... s'était couché sous un noyer, mais qui n'avait eu avec lui aucun contact possible, fut pris de contracture des mâchoires. Le 25, il avait éprouvé des malaises vagues, avait pris médecine le lendemain, ce qui du reste ne l'avait pas empêché dès le soir même d'entamer une partie de plaisir, de faire des libations, et de se refroidir ayant chaud. C'est le lendemain 26 que le tétanos se déclara. La mort eut lieu le 1er juillet.

Obs. VI (n° 3). — 16-23 juillet. March..., cinquante-cinq ans, négociant, marchand de bois au Petit-Bousseau, à 1 kilomètre et demi de la Charrière, travaillait presque toujours en forêt, fut contracturé quinze jours après le n° 2. Le tétanos le garda huit jours; il en mourut. Sa veuve prétend que le mal s'était déclaré à la suite d'un refroidissement? (?)

Obs. VII (n° 4). — Fin juillet. G..., domestique à la Charrière, sur le bord de la route, à 20 mètres des lieux où Ch... et Rouv... avaient contracté leur maladie. La veille du jour où il fut pris, il transpira abondamment, se sentit une grande fatigue dans les jambes. Le lendemain il eut les mâchoires serrées, puis bientôt il ne put plus les écarter. La contracture gagna le cou, le dos les jours suivants. Il se tenait difficilement debout et transpirait abondamment. Il resta huit jours pleins en tel état, puis les symptômes s'amendèrent et la convalescence dura trois semaines.

Guill..., qui vit encore, raconte qu'il n'a pas souvenir d'avoir pris un refroidissement, mais qu'il avait beaucoup peiné pendant la saison aux champs.

Obs. VIII (n° 5). — Fin septembre. Bon..., journalier à la Bourdellerie. Constitution faible, épuisée par le travail des champs. Peut-être avait-il contracté un refroidissement. Fut pris soudain de raideur des mâchoires, puis de contracture du cou et du dos. Guérit au bout de six à sept jours.

Obs. IX (n° 6). — Du 27 septembre au 4 octobre. Al... Vincent, soixante-deux ans, cultivateur au Grand-Bousseau, très robuste, n'avait point, qu'on sache, eut de refroidissement, fut pris en même temps que Bon... (n° 5), ou un peu après, d'un tétanos promptement mortel.

Obs. X (n° 7). — Fin octobre. Man... R..., soixante-cinq ans, cultivateur au Grand-Bousseau, fut pris, à son tour, et sans cause bien connue, de contracture des mâchoires, du cou et des bras. Il n'eut que des symptômes bénins et guérit rapidement.

Tous ces cas nous ont été transmis avec la mention de tétanos *spontanés* non traumatiques. Bien que dans l'hypothèse microbienne cette distinction étiologique n'ait plus sa raison d'être, puisqu'il faut toujours admettre une porte d'entrée pour les germes, qu'il s'agisse d'une plaie ouverte ou d'une fissure imperceptible, nous avons recherché si réellement chez les victimes il y avait eu intégrité parfaite des téguments cutané et muqueux.

Le n° 6 avait eu auparavant un exutoire au bras, mais alors il en était guéri. Il avait de plus des fistules anales, d'origine hémorrhoïdaire. Le n° 2 s'était plusieurs mois auparavant heurté contre le moyeu d'une roue de charrette, avait, pour ce, dû s'aliter, et portait peut-être encore quelque lésion interne (?). En somme, rien d'important. L'enquête a été du reste négative pour les autres malades et nous ne pouvons que faire allusion à ces éraillures de l'épiderme, qui sont inévitables aux doigts des travailleurs.

Quelle relation étiologique y a-t-il eu entre ces différents cas? Le premier a-t-il fait souche et les autres dérivent-ils de ses germes dispersés? Ce n'est pas probable. Si un tétanique peut d'emblée infecter une salle, une écurie, nous n'avons pas ouï dire que le rayonnement *excentrique* de ses germes pût s'étendre à toute une région. Et puis les cas dérivés se fussent groupés autour du premier, dans un ordre de densité à peu près inversement proportionnel à leur éloignement, plus nombreux surtout à la Fricaudière où le premier malade fut soigné à son domicile. Or la distribution a été fort irrégulière, et à la Fricaudière même le cas est resté unique.

Et puis il est un fait qui prouve sûrement que le deuxième cas tout au moins n'a eu aucun rapport de filiation avec le premier. Les deux maladies ont, en effet, incubé chacune de leur côté, distantes de plus de 60 kilomètres, l'une à Parthenay, où le n° 1 en avait emporté le germe; l'autre, au bourg de la Charrière, et quand le n° 1 est revenu à son village avec sa maladie déclarée, le 27 juin, le n° 2 était déjà atteint (1).

Les autres malades n'ont pas davantage communiqué entre eux. Seul, le n° 5, a rendu visite au n° 6, mais tous deux étaient déjà en pleine maladie. Il n'y a donc eu dans cette épidémie aucune contagion directe ni médiate. Et cependant ils ont été soumis à une même influence. Et comme cette influence s'est limitée à quelques villages de la vallée, il faut en rechercher l'origine dans quelques particularités locales, qui les distinguent des villages voisins.

Y a-t-il eu, dans un passé oublié, de nombreux cas de tétanos équins, dont les germes auraient fait souche dans la vallée? C'est ce que nous ne pouvons dire. Tout au moins nous savons que de mémoire d'homme ces tétanos y sont devenus fort rares; que M. Cornilleau, vétérinaire à Beauvoir, n'a jamais été appelé à en soigner depuis bientôt quarante ans, et que nos zélés collaborateurs n'ont pu en relever qu'un seul cas, en 1872, au Grand-Bousseau, alors qu'il y avait déjà eu un tétanos humain en 1863. La part du tétanos équin semble donc ici bien effacée.

Mais les habitants de ces villages étaient presque tous à cette époque propriétaires de vignobles sur les plateaux voisins. A ce titre, ils possédaient des chevaux pour leurs cultures et, à part deux ou trois, les victimes étaient en rapport ordinaire avec ces animaux. Il y a même, à ce point de vue, un fait que nous ne devons pas taire. Les trois cas du bourg de la Charrière, auxquels il faut joindre un cas voisin, à la date de 1863, et dont deux ont été les premiers en date en 1878, se trouvent distribués le long de la route, tout autour d'une auberge, pourvue d'écurie, et très achalandée, dans et devant laquelle s'arrêtaient une dizaine d'attelages par jour, ce qui équivaut peut-être pendant vingt ans à un stationnement de 50 000 chevaux, dont au reste, au dire du propriétaire, pas un n'aurait eu le tétanos.

Serait-ce donc à cette fréquentation que serait dû l'apport des germes tétaniques dans la vallée, plus nombreux tout autour de l'auberge, comme il appert bien par l'épidémie de 1878, mais dispersés un peu partout en amont de la

(1) Faisons remarquer que tous ces cas de tétanos ayant été certainement contractés à ce même foyer de la commune de la Charrière, la période de treize jours à Parthenay fournit pour le n° 1 la durée minima probable de sa période d'incubation.

vallée par les vents d'ouest, qui soufflent le plus souvent dans cette direction.

Cette explication satisferait à la théorie des chevaux contagifères, et non contagionnés, que notre illustre maître, M. Verneuil, a défendue dans ces derniers temps, et que nous prendrons la liberté de soumettre plus loin au contrôle de nouvelles observations. Nous lui ferons provisoirement cette objection qu'il est plus d'une vallée où les cultivateurs possèdent des chevaux, qu'il est plus d'une auberge le long des routes, plus fréquentée encore; que pourtant les faits analogues à ceux que nous rapportons, sont une infime exception; et que, dès lors, les chevaux ne suffisent peut-être pas à eux seuls pour les expliquer.

Faute de mieux, nous nous rabattrons donc, pour explication, sur le sol de la Charrière, comme sur un terrain plus ferme. Nous remarquerons que ces villages y sont à peu près uniformément distribués, le long d'un petit ruisseau, souvent tari, mais qui aux pluies déborde et charrie sur ses rives le limon, les détritus de la forêt voisine; que de même que dans la vallée les villages contaminés sont les plus rapprochés de la forêt, ce sont dans chacun de ces villages, à la Charrière, au Grand et au Petit-Bousseau, les points les plus proches du ruisseau, et partant les plus riches en débris organiques, qui ont été les plus éprouvés.

Dès lors nous serons amené à faire jour au sol, à l'humus de la vallée, un rôle dans la conservation des germes tétaniques, quelle que soit du reste leur provenance, et, les influences cosmiques aidant, dans l'éclosion brusque de ces germes et leur diffusion atmosphérique en 1878.

Nous l'avouons, cette épidémie de tétanos *spontanés* s'est présentée à nous comme un problème et il nous a été impossible d'en poser autrement les termes. Et comme la solution que nous en donnons suppose l'existence préalable des germes dans le sol de la vallée, nous nous sommes demandé s'il était possible d'en faire la preuve tout au moins indirecte. Or, nous avons pu relever trois cas de tétanos antérieurs dans la même vallée :

Obs. XI. — En 1863, vers le 15 mai, M..., demeurant au Grand-Bousseau, fauchait un pré voisin; il se coupa à la main en aiguisant sa faux, ce qui du reste ne l'empêcha pas de travailler les jours suivants. Un matin, alors que sa plaie n'était pas cicatrisée, il se coucha en sueur sous un frêne et s'endormit. A son réveil, il se sentit courbaturé ; puis il éprouva du trismus, de la raideur de la nuque et du dos. M. le docteur Pellevoisin, appelé le lendemain, constata qu'il était raide et qu'on ne pouvait le retourner dans son lit. L'ignorance dans laquelle on laissa M. Pellevoisin de l'existence d'une plaie, la rapidité des accidents lui firent d'abord croire à une méningite cérébro-spinale; il appliqua des ventouses scarifiées dans le dos. Il est aujourd'hui convaincu qu'il s'agissait d'un tétanos foudroyant. La mort survint le soir même.

Obs. XII. — En 1885, Cott..., domestique au bourg de la Charrière, dans la même portion du bourg, et à 20 mètres des trois cas de 1878, roulait des barriques dans la cour d'un chaix; il se blessa au *doigt* avec un *cercle* de barrique. Au bout de quelques jours, tétanos confirmé; mort.

Obs. XIII. — Nat..., domestique au Petit-Bousseau, se fit une plaie profonde au mollet avec la dent d'une *herse* attelée d'un cheval. Tétanos intense; guérison.

Et qu'on remarque bien dans quelques circonstances ces trois cas de tétanos se sont produits. M... a été blessé à la main par une faucille ; Nat..., au bas de la jambe par la dent d'une herse; Cott..., au doigt par un cercle de barrique (et nous retrouvons ces agents vulnérants plus d'une fois), c'est-à-dire par des corps, dont la spécialité est de se souiller de tous les débris de la terre des cours et des champs, et à des organes en contact fréquent avec le sol.

Ces trois cas, ajoutés aux sept autres de l'épidémie de 1878, et répartis en trois groupes distincts, l'un à la Charrière (quatre cas), l'autre au Petit-Bousseau (trois cas), le troisième au Grand-Bousseau et au village attenant de la Bourdellerie (quatre cas, dont un équin), semblent donc bien un véritable produit de terroir et témoignent en faveur de la présence ancienne des germes tétaniques dans le sol de la Charrière. Longtemps ils ne s'y sont révélés que d'une façon fort discrète et de loin en loin; il fallait pour ainsi dire aller les chercher et leur tendre la main pour les trouver, jusqu'à un certain jour où la conjonction favorable de causes climatiques et telluriques (1) les a fait éclore, pulluler et lancés à la rencontre de leurs victimes (2).

CAS EN SÉRIE.

Les observations qui se rapportent à ces cas ont trait tantôt à la médecine humaine, tantôt à la médecine vétérinaire, et quelquefois aux deux à la fois.

Obs. XIV. — Jument de deux ans, chez feu M. Tillé (d'Augé), prit le tétanos, qu'elle garda sept semaines et guérit. Trois ans après, dans la même salle, une jeune mule prit également le tétanos et en mourut (M. Mayerat père, d'Augé).

Obs. XV. — En 1883, pouliche de trois mois chez M. Devaux (de Maillé), meurt du tétanos. En 1885, une pouliche, issue de la même mère, du même âge, se fait une plaie à la tête en se cognant contre un arbre; est prise de tétanos dans la même stalle ; mort (id.).

Obs. XVI. — Le 26 avril 1886, ânesse de cinq ans, prend le tétanos, sans blessure apparente, au Grand-Javarzay ; guérie le 10 mai. Le 26 octobre suivant, dans une ferme située à 20 mètres de là, un âne castré prend le tétanos ; guéri le 9 novembre (M. Bourru, vétérinaire à la Mothe-Saint-Héraye).

Obs. XVII. — En 1878, à la cour de Bois-Berthier, canton de Niort, chez M. Sagot, une jeune mule prend le tétanos sans cause connue; guérit. On n'avait pas souvenir qu'il y eût eu des cas antérieurs dans l'écurie. En 1882, dans la même écurie, mulet de dix-huit mois, castré, prend le tétanos et meurt. En 1887, à la même place, une mule d'un an devient tétanique à son tour; mort (M. Lévrier, vétérinaire à la Crèche).

Obs. XVIII. — En 1883, chez M. Teixier, à l'Épinaye, commune de Chavagné, mule de quinze jours, prend le tétanos, qu'on impute à la ligature du cordon; mort.

En 1884, à la même place, au même âge, pour la même cause, mulet, issu de la même mère, meurt également du tétanos.

En 1885, mulet de la même mère, va bien jusqu'à six mois, quoique porteur d'une hernie ombilicale. Par crainte du tétanos, on évite opération et l'on applique un bandage; blessure alors au garrot; tétanos; guérison (MM. Lévrier et Déniau).

Obs. XIX. — Le lundi 14 juin 1880, à Faye-sur-Ardin, sur huit mulets castrés la même matinée dans une même cour, six prennent le tétanos. On ne souvenait pas de cas antérieurs.

Quatre ans après, le 10 juillet 1884, le fermier *le plus voisin* reçoit, dans sa cour, un coup de gauache de jument sur la racine du nez. Pas de plaie extérieure, mais craquement des os propres du tétanos ; écoulement léger du sang par les narines ; trois jours après, tétanos partiel des mâchoires, de la nuque, du cou (le *Kopftetanus* des Allemands); guérison (M. Ricochon).

(1) Nous n'avons pu étudier les conditions météorologiques et le régime des pluies en 1878.

(2) Avant toute recherche nous avions quelque idée que cette vallée de la Charrière avait dû offrir quelque riche particularité curieuse au point de vue épidémique.

Nous n'avons pourtant pas été peu surpris d'apprendre qu'en 1849 les seuls points de l'arrondissement de Niort où avait sévi la suette miliaire étaient précisément les mêmes villages des Grand et Petit-Bousseau, de la Fricaudière et de la Charrière. Le premier cas se déclara au Petit-Bousseau. La maladie descendit quelques centaines de mètres, un peu plus bas que le tétanos, jusqu'au Petit-Prissé. Il y eut une centaine de malades.

A ce propos, il est intéressant de signaler la forme sudorale de nos tétanos à trente ans d'intervalle de la suette miliaire. M. Chedevergne a signalé cette complication des maladies *à frigore*, dans les lieux où avait régné la suette.

D'autre part, une violente épidémie d'angine couenneuse et de croup se localisa dans l'hiver 1869-1870 aux mêmes points. Enfin nous avons recueilli sur place, de la bouche d'un vieil instituteur, qu'il y a quarante ans les fièvres intermittentes régnaient encore, mais que la culture les avait fait disparaître complètement depuis une trentaine d'années. A Faye-sur-Ardin (*Gaz. hebd.* du 22 octobre 1886), nous avions signalé cette même trilogie tellurique du tétanos, d'anciennes fièvres paludéennes et de la diphthérie.

Obs. XX. — Mai 1871, femme Guy, de la Barre-de-Rouvre, bousculée sur la route par de jeunes poulains; plaies contuses aux cuisses et aux bras; tétanos; mort.
En 1886, dans la maison d'en face, séparée par une petite venelle, nouveau-né meurt du tétanos (M. Ricochon).

Obs. XXI. — En 1883, les petites Ch... et Pap..., de six à sept ans, jouaient ensemble sur la route, l'une portant l'autre. Ch... tombe et se blesse légèrement au sourcil; après quinze jours tétanos; mort.
P..., cause involontaire de la blessure, en fut très impressionnée, visita souvent son amie, dont l'habitation était à deux pas de la sienne. Cinq mois après, elle se fait une excoriation insignifiante au doigt, déclare « que bien sûr elle va mourir comme son amie », de fait prend le tétanos et meurt (MM. les docteurs Sauzé et Prouhet, à la Mothe-Saint-Héraye).

Enfin, voici en l'espace de vingt ans, une série de cas, dont dix au moins pour les animaux, et six pour l'espèce humaine, qui se sont produits dans un groupe de villages attenant les uns aux autres, et situés dans la commune de Saint-Georges-de-Noisné, canton de Mazières, voisin de Champdeniers.

Ce n'est plus comme à la Charrière une éclosion soudaine et passagère de germes d'une virulence paroxystique telle, qu'ils n'ont plus besoin d'une brèche préalablement ouverte et qu'ils passent d'emblée dans l'économie par les voies ordinaires d'absorption. A Saint-Georges, les germes restent au ras du sol, mais ils sont assez nombreux, en tout temps, pour que les plaies, tant chez les animaux que chez l'homme, aient grande chance de se les inoculer.

Obs. XXII (n° 1). — En 1870, le sieur Simonnet, cultivateur à la Prunerie, est atteint de broncho-pneumonie; sans doute application de vésicatoire; tétanos; mort.

Obs. XXIII (n° 2). — Le 22 août 1881, le sieur Laurin, domestique au coteau de Clavé, eut le pied pris et mutilé dans l'engrenage d'une machine à battre le blé. Le tétanos le prit en pleine guérison; mort.

Obs. XXIV (n° 3). — Le 3 novembre 1884, Vivier (Augustin), trente-quatre ans, cultivateur au hameau des Champs, se donna par imprudence un coup de fusil dans le pied gauche, fut conduit aussitôt à M. le docteur Litardière, de Mazières, dans une voiture attelée d'un cheval. Huit jours après, tétanos; mort le 19 du même mois. Il n'y avait pas de chevaux dans le village depuis deux ans.

Obs. XXV (n° 4). — Le 15 septembre 1885, Jollet (Louis), cinquante-huit ans, du village de Nanzay, à 500 mètres des Champs, fut atteint brusquement par le levier d'un pressoir à cidre, qui lui fit une plaie au nez et à la paupière; ne s'arrêta pas; alla même le lendemain à la foire; huit jours après, tétanos; mort. Soignait un cheval.

Obs. XXVI. — Le 14 novembre 1886, au précédent hameau des Champs, une chèvre, qui avait eu la mamelle perforée par la corne d'une vache (il n'y a pas de cheval dans ce village), a été prise huit jours après du tétanos. Son propriétaire, en la voyant, s'écria: « Ma bête est perdue; elle est prise comme ce pauvre diable de V... »
Citons encore, comme atteints de tétanos:
A la Pilotière, en 1870, un bœuf.
A Saint-Georges même, chez le sieur Chêne, une jument à la suite de coups.
A Saint-Georges, en 1871, une jument, chez M. Lucet, aubergiste.
A la Barbière, en 1875, un cheval, chez le sieur Charron.
A Pile-Mil, en 1882, chez le sieur Juin, une jument de cinq ans, blessée à la tête par son licol.
A la Touche-Poupard, où il n'y a que trois fermes, en 1878, un bœuf, chez M. Rossignol; en 1884, un cheval de deux ans, chez le sieur Charron; en 1887, un poulain de dix-huit mois, blessé à la tête, chez M. Souchard.
A la Grande-Proutière, poulain de dix-huit mois.
Aux Ayraudières, un jeune poulain (opération de hernie ombilicale); une chèvre (excision dans le pied).

Ajoutons que la commune de Saint-Georges est coupée dans sa longueur par une route, de chaque côté de laquelle sont distribués les précédents villages. Or, nous relevons sur cette même route trois autres cas de tétanos, dont deux au pont de Saivre, à 6 kilomètres au sud, et un à la Fuie de Verruges, à 4 kilomètres au nord.

Obs. XXVII. — En 1873, M..., cultivateur, conduisait sa vache sur la route au pont de Saivre; il fut renversé et traîné par sa vache emportée. Plaie assez légère à la face; tétanos; mort.

Obs. XXVIII. — En 1879, P..., jardinier, faisant ce jour l'office de cocher, tomba de son siège sur la route au pont de Saivre, à peu près, nous dit-on, sur le même emplacement que M... et se fit à la racine du nez une légère excoriation. P... continua à jardiner et à panser ses chevaux. Au sixième jour, plaie un peu douloureuse; issue d'un gravier; tétanos; mort (MM. Litardière et Ricochon).

Obs. XXIX. — En 1868, L..., cultivateur à la Fuie de Verruges, s'enfourcha en sautant de sa charrette à fumier, avec la fourche qui venait de lui servir. Plaie en séton dans l'épaisseur des muscles de l'abdomen; reste ainsi trois semaines; abcès ouvert; amélioration; puis tétanos; mort (feu docteur Pouzet, Mazières).
En tout, en moins de vingt ans, six tétanos chez l'homme et onze chez les animaux.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

Plaies pénétrantes abdominales.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi d'ajouter aux cinq cas de non-intervention et guérison dans les plaies pénétrantes abdominales, publiés par M. le docteur P. Reclus, dans le numéro 32 de la *Gazette hebdomadaire*, la relation succincte du fait suivant, observé par moi en 1880, à Tebessa (Algérie):

« Un jeune brigadier de chasseurs d'Afrique se tire, étant assis, un coup de revolver d'ordonnance, qui traverse de part en part la cavité abdominale; l'orifice d'entrée situé à quatre travers de doigt de l'ombilic, à gauche et un peu en dessous, l'orifice de sortie en arrière, entre la crête iliaque et les dernières fausses côtes, en dehors de la masse sacro-lombaire.

« Le collapsus très marqué et l'algidité furent, dès les premières heures, accompagnés de *selles de sang* et en me confirmant dans le diagnostic de plaie pénétrante de l'intestin, rendu probable par le seul fait du trajet, me firent porter un pronostic des plus sombres. Ces symptômes inquiétants s'amendèrent assez rapidement dans les vingt-quatre heures.

« Un empâtement profond et douloureux, sans météorisme, s'étendant de l'orifice d'entrée dans la fosse iliaque gauche, persista pendant plusieurs jours, mais diminua progressivement et assez vite.

« La fièvre est toujours restée modérée.

« Le traitement a consisté dans l'obturation des orifices par un pansement antiseptique des plus élémentaires (charpie imprégnée de solution phéniquée); application d'eau glacée sur l'abdomen; diète sévère et préparations opiacées.

« Dès le cinquième jour il fallut lutter contre les exigences d'un appétit des plus robustes chez un homme jeune qui ne voulait plus se croire en danger. La guérison survint en somme très rapidement et sans aucune complication entre le huitième et le dixième jour. »

Le trajet a été direct, on ne peut en douter, en songeant que le coup a été tiré à bout portant, avec une cartouche ordinaire du revolver d'ordonnance; il a donc forcément rencontré et lésé le paquet intestinal. Cette considération jointe aux phénomènes cliniques permet d'affirmer encore plus nettement, si c'est possible, l'existence d'une blessure de l'intestin.

Il pourrait être intéressant de savoir ce qu'est devenu le jeune homme, depuis sa libération du service militaire: si depuis huit ans il a eu des accidents abdominaux consécutifs à

des adhérences ou des rétractions cicatricielles. Je vais m'occuper d'avoir des renseignements à cet égard et vous les transmettrai, si vous le désirez.

Veuillez agréer, etc.

D[r] Durget,
médecin-major de 2[e] classe. (Agen, Lot-et-Garonne)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 AOUT 1888.

Sur l'état de fascination déterminé chez l'homme a l'aide de surfaces brillantes en rotation (action somnifère des miroirs a alouettes). Note de M. *J. Luys*. — Il résulte des recherches que l'auteur poursuit en ce moment à l'hôpital de la Charité, que l'action fascinatrice déterminée, chez les alouettes, par un miroir en rotation, est susceptible de développer, chez l'espèce humaine et chez certains sujets névrosiques de l'un et l'autre sexe, des phénomènes analogues.

Il suffit, en effet, de mettre en présence d'un miroir à alouettes en rotation un sujet névropathique quelconque, pour voir se développer chez lui, quelquefois instantanément, d'autres fois dans l'espace de huit à dix minutes, un état de sommeil spécial et progressif, qui diffère du sommeil naturel en ce sens que les sujets tombent en catalepsie, avec anesthésie du tégument cutané.

Cet état de sommeil, engendré par une incitation mécanique, est d'autant plus profond que l'on prolonge plus longtemps l'action du miroir en rotation. Le réveil s'opère d'une façon très simple, en soufflant légèrement sur les yeux du sujet.

— A propos de la note ci-dessus, M. *Larrey* cite un mode à peu près semblable d'anesthésie, dite aujourd'hui l'*hypnotisme*, appliqué à de grandes opérations chirurgicales. Il rappelle aussi qu'il eut l'occasion, il y a déjà une trentaine d'années, d'en rendre compte à la Société de chirurgie, dans un très long rapport sur l'éléphantiasis du scrotum.

Cette énorme tuméfaction des bourses acquiert parfois un monstrueux développement, constitue une maladie fréquente, surtout dans l'Inde, et nécessite souvent une extirpation difficile et compliquée plus qu'elle n'est douloureuse.

Un habile chirurgien anglo-américain, James Esdaile, a pratiqué, maintes fois, cette opération, sans recourir à l'anesthésie par le chloroforme, qui lui inspirait de l'appréhension. Il y avait substitué le *mesmerictrance* (l'extase magnétique), comme étant le plus inoffensif des agents anesthésiques. Les faits extraordinaires, qu'il a signalés à l'appui, avaient d'abord soulevé des doutes et des objections, réfutés ensuite par une commission officielle, qui constata les résultats obtenus par M. Esdaile. Il les a publiés, du reste, dans un journal anglais de médecine, le *London médical Gazette* (année 1850).

M. Larrey avait dit déjà quelques mots sur ce sujet à l'Académie, il les répète ainsi d'après les propres termes de son rapport : « Nous ne pouvons accepter, sans beaucoup de réserve, une doctrine et un système aussi contraires aux croyances médicales les plus rationnelles et les plus répandues en Europe. »

SÉANCE DU 27 AOUT 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Aucune note relative aux sciences médicales n'a été présentée dans cette séance.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 AOUT 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *de Backer* (de Roubaix) envoie un *Pli cacheté*, dont le dépôt est accepté, renfermant un mémoire sur *la saccharine considérée comme antiferment*.

M. le docteur *Nivet* adresse un Rapport sur *l'épidémie de fièvre typhoïde de Clermont-Ferrand en* 1886.

M. *Boutarel*, stagiaire aux eaux minérales, envoie un mémoire manuscrit sur *les eaux de Bourbonne-les-Bains*.

M. le docteur *Pitombo* (de Louveira, Brésil) adresse, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant étranger, un mémoire manuscrit, en langue portugaise, sur des sujets d'anatomie pathologique.

M. *Léon Colin* présente, au nom de M. le docteur *Schmit*, médecin-major au 20[e] escadron du train des équipages à Versailles, un mémoire manuscrit sur les résultats comparatif des *revaccinations* faites au moyen du vaccin infantile et du vaccin d'adulte.

Lavage du péritoine. — A propos d'une opération d'ovariotomie qu'il vient de pratiquer avec succès pour une tumeur pesant 6 kilogrammes et demi chez une femme de trente-quatre ans, M. *Polaillon* appelle l'attention sur un danger que peut présenter le lavage du péritoine pendant les opérations sur la cavité abdominale. En effet, la toilette du péritoine peut provoquer l'arrêt de la respiration et une syncope mortelle, lorsque l'eau pénètre dans les régions supérieures du ventre et surtout lorsqu'elle arrive au contact de la face inférieure du diaphragme. Pour atténuer ce danger, il faut : 1° placer l'opérée dans une position inclinée, la poitrine étant plus élevée que le bassin, de manière que le lavage soit limité au bassin et à la partie inférieure de l'abdomen, sans que l'eau puisse refluer jusqu'au diaphragme ; 2° employer de l'eau dont la température ne soit jamais supérieure à celle du corps ; 3° surveiller d'une façon toute spéciale l'anesthésie chloroformique au moment du lavage.

Surdité. — M. le docteur *Pinel* lit un mémoire sur divers appareils destinés au traitement de la surdité et de la surdi-mutité. — (Le travail de M. Pinel est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Charcot*, *Panas* et *Gariel*.)

Néphrorraphie. — M. le docteur *Guermonprez* (de Lille) rapporte une observation de néphrorraphie pratiquée avec succès chez une femme de trente-sept ans, souffrant depuis longtemps d'un rein mobile. Il préconise cette opération de préférence à la néphrectomie, surtout si on la fait suivant la méthode française, c'est-à-dire en faisant simultanément la suture du rein et celle de la capsule. On obtient ainsi un véritable ligament, solide, large, résistant; le rein est bien fixé et la récidive n'est pas à craindre. Mais pour obtenir ce résultat, il faut se servir de crin de Florence, plutôt que de catgut et de soie phéniquée. Ainsi, dans l'état actuel de la chirurgie, la néphrectomie n'est plus la seule ressource opposée au rein flottant douloureux; la néphrorraphie pratiquée par la méthode allemande est vraiment insuffisante; la même opération pratiquée par la méthode française peut être suivie d'une guérison complète, lorsque les douleurs incriminées sont toutes attribuables à l'ectopie rénale. — (Le mémoire de M. Guermonprez est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Cusco*, *Guérin* et *Tillaux*.)

Occlusion intestinale. — Du relevé de seize observations, dont dix suivies de succès, M. le docteur *Larat* conclut que l'électrisation galvanique intestinale mérite d'être employée dans tous les cas d'occlusion dès que les moyens médicaux ont échoué et que l'obstacle est évidemment infranchissable aux purgatifs sur lesquels il y a lieu de ne pas insister outre mesure. Il importe essentiellement de ne pas perdre de temps et d'électriser le plus tôt possible, parce que le lavement électrique a plus de chances de réussite et que, s'il échoue, il sera encore possible d'opérer

chirurgicalement avec quelques chances de succès. — (Le mémoire de M. Larat est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Moutard-Martin*, *Polaillon* et *Hérard*.)

REVUE DES CONGRÈS

Le Congrès pour l'étude de la tuberculose réuni à Paris du 25 au 31 juillet 1888.

(Fin. — Voyez les n°s 32, 33, 34 et 35.)

M. *Lannelongue* rapporte trois faits montrant que la tuberculose intra-hépatique elle-même, localisation à peine décrite, existe et donne la raison d'un certain nombre d abcès péri-hépatiques. Si l'on considère ces trois cas au point de vue anatomique, ils établissent l'existence de deux formes de tuberculose hépatique (en dehors des granulations tuberculeuses) : la tuberculose par infiltration ou hépatite caséeuse et l'ulcération caverneuse ou l'abcès tuberculeux du foie. Au point de vue clinique, la tuberculose hépatique est sans signes propres tant qu'elle est minime et limitée au foie. Lorsqu'elle est compliquée d'abcès péri-hépatiques, on peut la soupçonner. La seule existence d'un abcès tuberculeux péri-hépatique peut en éveiller l'idée, puisque sur sept cas de ces abcès, trois fois j'ai rencontré l'hépatite tuberculeuse, source et origine de ces abcès. Le traitement des abcès intra-hépatiques, dans ces conditions d'incertitude sur le diagnostic, ne constituera qu'une seconde étape de la cure des abcès péri-hépatiques. Il résulte de ces faits qu'il y a lieu d'explorer le foie avec le plus grand soin dans ces cas, ou de l'évacuer s'il y a le moindre doute sur son intégrité; réséquer au besoin le bord inférieur du thorax, sans rejeter pour cela, dans les cas limités et bénins, les moyens simples, tels que les injections d'éther iodoformé.

Dans trois cas de méningite tuberculeuse chez des femmes enceintes arrivées à des époques différentes de la grossesse, et qui ont succombé, M. *Chambrelent* (de Bordeaux) a observé que la grossesse ne paraissait pas avoir d'influence manifeste sur la marche de la maladie; de plus, celle-ci, même dans sa période ultime, n'a pas eu d'influence sur la grossesse et la santé du fœtus. D'où il résulte que la provocation de l'accouchement doit être tentée si la femme a dépassé six mois et demi de grossesse et si le diagnostic de méningite tuberculeuse est bien établi.

Le cas qu'a observé M. *Jonesco* est celui d'un homme de trente ans, né d'un père tuberculeux et d'une mère rhumatisante, qui avait eu depuis sa jeunesse de nombreuses attaques de rhumatisme articulaire, dont les dernières s'étaient surtout localisées sur les membres inférieurs; il a été atteint ultérieurement d'arthrite fongueuse du genou droit, puis d'hémoptysies; actuellement il est atteint d'ankylose du genou droit et d'arthrite tuberculeuse du genou gauche; il existe une lésion tuberculeuse au sommet droit du poumon. Cet homme est marié; il a eu quatre enfants, dont trois sont morts d'accidents tuberculeux divers. L'arthritisme et la tuberculose s'associent rarement ensemble; mais, d'après M. *Verneuil*, il peut se créer une sorte d'hybridité morbide entre les deux maladies. Dans ces cas, alors, la combinaison de ces deux dyscrasies peut, le plus souvent, s'expliquer psr les maladies des ascendants; le plus souvent, le père était atteint d'une des deux diathèses, la mère de l'autre. De même, l'anthrax est très rare chez les scrofuleux et dans les cas où on rencontre cette association exceptionnelle, on peut, presque toujours, constater que l'un des parents était arthritique, l'autre tuberculeux.

M. *Le Dentu* a constaté un fait rare de tuberculose primitive du maxillaire supérieur, chez un homme âgé de trente-deux ans, atteint de fistules maxillaires suppurantes à gauche, d'ulcérations palatines mamelonnées, d'un aspect singulier. Le diagnostic de syphilis avait été écarté à cause de la marche de la maladie ou de l'impuissance du traitement spécifique; l'existence d'une double surdité, compliquée d'écoulement auriculaire purulent à gauche, la présence de cicatrices scrofuleuses au cou, le conduisirent à admettre l'idée d'une tuberculose du maxillaire supérieur. Le traitement mis en œuvre fut tout entier médical et consista en badigeonnages quotidiens faits avec un glycérolé d'iodoforme à 1 pour 5, accompagnés d'introduction de mèches iodoformées dans les fistules; en même temps, on administrait des reconstituants au malade. Ce résultat se fit promptement sentir et l'état local est aujourd'hui sensiblement amélioré.

M. *Richelot* a soigné un malade qui a présenté au niveau du coude une série d'accidents suppuratifs tuberculeux, successivement traités et guéris à mesure qu'ils se sont développés. Au cours de ces accidents locaux sont survenus des symptômes pulmonaires qui ont, pendant un temps, assombri le pronostic; aujourd'hui, accidents locaux et menaces pulmonaires, tout a disparu, et le malade est radicalement guéri. Ce fait est, suivant lui, remarquable en raison de la ténacité des récidives locales opposée à l'avortement des menaces de la tuberculose du côté du poumon; il est tout entier un plaidoyer éloquent en faveur de la thérapeutique opératoire poursuivie jusqu'aux dernières limites vis-à-vis des tuberculoses locales.

M. *Redard* montre que certaines formes de tuberculoses très graves des articulations tibio-tarsiennes et du pied chez l'enfant peuvent être guéries par l'ouverture large des articulations, suivie de raclage ou d'évidement, et de cautérisation soigneusement faite au thermocautère, puis de drainage, bains antiseptiques prolongés, immobilisation dans une boîte plâtrée ou silicatée.

M. *Guinard* a vu, dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, deux cas dans lesquels la douleur du moignon, chez des amputés, avait résisté à tous les traitements par le sulfate de quinine, l'antipyrine, le salicylate de soude, etc.... On trouva, dans le premier cas, un abcès profond de la fosse iliaque qui comprimait les nerfs du plexus sacré et provoquait des douleurs rapportées par le malade aux régions innervées par le nerf sciatique, c'est-à-dire au pied; la guérison de l'abcès fut obtenue, en quinze jours, par deux injections d'éther iodoformé, et, à mesure que la poche revenait sur elle-même, la douleur du moignon disparaissait progressivement. Dans le second cas, la douleur était produite, dans un moignon d'amputation de cuisse, par une tumeur polyganglionnaire de la fosse iliaque non suppurée qui comprimait les nerfs de la région. C'est à cette lésion qu'on s'adressa à l'aide de la révulsion locale et du traitement général. Là encore, les phénomènes douloureux disparurent en même temps que la tumeur de la fosse iliaque. Il suffit que l'attention soit attirée sur ce point pour qu'on fasse le diagnostic pathogénique. Et, toutes les fois qu'on verra un amputé tuberculeux se plaindre d'une douleur vive dans un moignon de bon aspect, on devra rechercher dans les régions voisines si une lésion tuberculeuse, abcès ou engorgement ganglionnaire tuberculeux, ne comprime pas les troncs nerveux. C'est la guérison de cette lésion qui sera seule capable de faire disparaître les phénomènes douloureux et de permettre à l'amputé de se servir utilement de son moignon.

M. *Barette* estime que les affections tuberculeuses du squelette sont justiciables de deux principales méthodes : l'incision suivie du grattage, l'injection d'éther iodoformé. Celle-ci prépare avantageusement l'autre pratique opératoire. Une injection d'éther iodoformé, faite huit jours avant le grattage, empêche le pus de se reformer dans la poche, rend les parois de celle-ci granuleuses, rouges, faciles à gratter et à réunir; enfin, elle rend, seule, de grands services dans certains cas; on peut observer, toutefois, quelques accidents, d'ordinaire sans signification fâcheuse : de petites eschares, des hémorrhagies de la paroi quand on pratique le grattage, enfin des phénomènes généraux allant jusqu'à la syncope.

Diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme. — Parmi les signes permettant de faire le diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme, M. *Espina y Capo* (de Madrid) attribue une grande importance aux mensurations du thorax; quand l'espace intermamelonnaire ne dépasse pas 17 à 18 centimètres, et que l'indice axillaire ne dépasse pas 72 centimètres, on se trouve très vraisemblablement en présence d'un cas de tuberculose pulmonaire.

L'inoculation aux animaux de la tuberculose de l'homme doit constituer un sérieux élément de diagnostic; aussi y a-t-il lieu de se préoccuper des résultats qu'elle peut donner et des indications à suivre pour la pratiquer avec fruit. MM. *Verneuil* et *Clado* recommandent, à cet effet, le procédé suivant, beaucoup plus rapide que l'inoculation sous cutanée ou dans la chambre antérieure de l'œil : il suffit de prendre une pipette Pasteur chargée de produits suspects, et de l'introduire dans la cavité

péritonéale d'un cobaye, après avoir rasé les poils de la paroi abdominale; on acquiert souvent ainsi des résultats très importants dans des cas suspects, synovites, abcès, urines purulentes, etc., etc. Le dixième jour, on constate déjà sur la rate un semis de granulations caractéristiques; c'est, en effet, cet organe qui est presque toujours le premier atteint, la tuberculose pulmonaire n'apparaît toujours que tardivement et encore se produit-elle par l'intermédiaire du diaphragme.

M. *Arloing* fait remarquer que, contrairement à l'opinion générale, le lapin ne devient que difficilement tuberculeux. Sur dix lapins ou dix cobayes inoculés simultanément, on verra quelques lapins demeurer réfractaires et tous les cobayes être atteints; par conséquent, à l'égard de la tuberculose, le cobaye peut être admis comme le réactif diagnostique par excellence, et le lapin ne possède nullement ce caractère. De plus, il peut arriver que, sans sacrifier l'animal, on veuille chercher à reconnaître si l'inoculation a été positive. Avec le cobaye, dont le système lymphatique offre une réceptivité extrême à la tuberculose, rien n'est plus aisé, car les ganglions voisins du lieu inoculé se montrent toujours gonflés si l'inoculation a réussi; avec le lapin, il en est tout différemment, et c'est là un moyen de contrôle qui échappe complètement. En outre, chez le cobaye, la rate se prend de très bonne heure, tandis que, chez le lapin, cet organe est toujours envahi très tard et toujours très discrètement.

Y aurait-il donc chez le cobaye deux systèmes lymphatiques distincts, pour expliquer l'envahissement précoce de la rate avant tout autre organe? Il se pourrait, par exemple, que la rate communiquât, d'une part, avec la partie postérieure du corps et, d'autre part, par l'intermédiaire de la citerne de Pecquet, avec l'abdomen et les parties antérieures de l'animal. Enfin, la marche des lésions expérimentales se présente indifféremment suivant l'origine du tubercule inoculé, suivant qu'il s'agit de tuberculose humaine ou de tuberculose bovine; c'est là encore un point important à connaître, et il faut savoir que la différence dans la réaction des animaux en expérience dépend souvent de l'origine du virus tuberculeux employé.

Les résultats fournis par l'inoculation de certaines matières tuberculeuses humaines présentent ici un intérêt capital; existe-t-il, en effet, chez l'homme, une affection tuberculeuse distincte de la tuberculose vulgaire? Telles sont les questions que M. *Arloing* a cherché à résoudre au point de vue du pronostic de certaines adénites strumeuses, de la tuberculose chirurgicale et des scrofulides cutanées. Ayant inoculé des lapins avec le pus provenant d'une adénite suppurée, opérée chez une jeune fille de belle apparence, il constata que les animaux succombèrent tuberculeux peu de temps après; il apprit ultérieurement que cette jeune fille était morte de granulie. Mais il est des cas où des adénites tuberculeuses se montrent très atténuées, ce que l'on ne peut reconnaître que par des inoculations simultanées à des animaux d'espèces différentes. Ainsi, avec des ganglions strumeux appartenant à des individus exempts de toute suspicion ancestrale, il pratiqua des inoculations à des cobayes et à des lapins; les premiers ont succombé, tandis que les seconds ont résisté et n'ont présenté aucune lésion tuberculeuse. De même, il a fait des inoculations avec des parcelles de ganglions appartenant à un individu scrofuleux atteint d'otite suppurée, et j'ai obtenu les mêmes résultats. Tous les malades auxquels appartenaient ces organes sont restés en bonne santé. Il existe donc des adénites cervicales très infectantes et d'autres qui le sont très peu, et cependant les caractères extérieurs de ces lésions ne sont pas différents. Dans un autre cas, il fit des inoculations avec des ganglions axillaires d'un malade qui ne présentait aucune lésion viscérale, et cependant les animaux inoculés, lapin et cobaye, succombèrent; ce qu'avait appris l'expérimentation, la clinique le confirma, car on sut plus tard que le malade en question avait succombé à une méningite tuberculeuse. L'inoculation permet, en conséquence, d'avoir des renseignements précieux sur la nature de l'affection; mais il y a lieu de poursuivre ces recherches avec la plus grande attention, afin de reconnaître notamment les degrés divers de virulence que l'expérimentation sur l'animal permet seule de démontrer. Ainsi, dans une série d'expériences pour les scrofulides cutanées et les ulcères tuberculeux de la peau, même chez les phthisiques, les cobayes inoculés avec les produits qui en provenaient devinrent tuberculeux, les lapins restèrent indemnes; il semble que le bacille tuberculeux soit moins infectieux dans le derme que dans les viscères.

M. *Daremberg* a inoculé des lapins avec une culture de tuberculose, restée par hasard exposée à la température de la chambre pendant quelques jours; il n'obtint chez ces animaux que des tuberculoses locales, tandis que les lapins jeunes et les cobayes moururent en vingt ou vingt-cinq jours. Pour M. *Leloir*, les résultats de l'inoculation tuberculeuse diffèrent suivant le lieu où elle est pratiquée, ainsi qu'il a pu s'en convaincre en inoculant des fragments de lupus sous la peau, dans la chambre antérieure de l'œil et dans le péritoine.

Des faits rapportés par M. Arloing, faut-il conclure que la scrofule et la tuberculose soient deux maladies distinctes? M. *Nocard* ne le croit pas; il s'agit d'un même micro-organisme, atténué dans un cas, virulent dans l'autre; il est, du reste, compréhensible qu'un sue pauvre en bacilles, comme le sont les lésions tuberculeuses, ne produise que des résultats atténués ou n'en produise pas du tout. Certains scrofuleux peuvent succomber à des lésions tuberculeuses ou même à la granulie; il est plus probable que les tissus malades ont perdu leur vitalité, leur résistance, plutôt que d'admettre que le bacille a récupéré sa virulence.

Traitement et prophylaxie de la tuberculose. — Peut-on espérer arrêter l'extension de la tuberculose? M. *Arloing* a examiné cette question au point de vue expérimental. Il a cherché tout d'abord à voir ce que deviendrait cette maladie après extirpation du foyer initial; ayant inoculé un certain nombre de cobayes, et, sur une partie de ces animaux, au septième puis au quinzième jour, procédé à l'extirpation totale du foyer d'inoculation et du ganglion attenant, il sacrifia toute la série de cobayes au même jour; tous ces animaux, avec ou sans extirpation du foyer tuberculeux initial, furent trouvés tuberculisés au même degré. Dans une seconde série d'expériences, il pratiqua l'excision au point d'inoculation au sixième jour, alors qu'aucun gonflement ne révélait la réussite de l'inoculation; néanmoins, la tuberculose ne fut pas enrayée et se généralisa. On a espéré encore diminuer les ravages de la tuberculose par les inoculations d'un virus qui se serait atténué après avoir passé par l'organisme d'un animal; mais l'inoculation de ces tuberculoses atténuées n'empêche nullement l'évolution de la tuberculose vraie. La scrofule, par exemple, qu'on considère comme une tuberculose atténuée, peut être inoculée; mais, à côté d'une inoculation scrofuleuse positive, peut parfaitement réussir une inoculation de virus tuberculeux vrai, capable de produire les désordres de la tuberculose. Il est donc bien difficile de compter, pour se préserver de la tuberculose, sur un virus tuberculeux qui aurait été atténué par l'inoculation à un animal comme le bœuf, par exemple. Enfin, ayant essayé si l'action de certains microbes antagonistes ne pourrait pas réussir à neutraliser les effets morbides du virus tuberculeux, il a dû constater que les animaux les plus saturés de virus typhique étaient encore parfaitement aptes à contracter la tuberculose et à favoriser le développement de cette maladie. En conséquence, la vaccination de la tuberculose est encore à trouver.

Au point de vue de la thérapeutique proprement dite de la tuberculose, on nous permettra d'être bref, car la plupart des médicaments ou procédés proposés ont déjà été publiés par leurs auteurs. Aussi, rappellerons-nous seulement les mémoires de M. *Luton* (de Reims), sur l'action des sels de cuivre dans le traitement de la phthisie; de M. *Legroux*, sur l'emploi de la créosote; de MM. *Jorissenne* et *Chauvin* (de Liège), sur le traitement par l'iodoforme; de M. *Brémond*, sur sa méthode de traitement par les bains de vapeur térébenthinés; de M. *Raimondi*, sur les inhalations d'acide fluorhydrique, etc., etc. MM. *Frémy* (de Nice) et *Daremberg* ont insisté sur les avantages du séjour des tuberculeux dans des établissements fermés où leur hygiène peut être surveillée avec le plus grand soin, comme on le fait dans plusieurs villes allemandes. M. *Petresco* (de Bucharest) estime que, plutôt que de désinfecter les crachats une fois expectorés, il est préférable de leur enlever préalablement leurs propriétés infectieuses à l'aide d'inhalations permanentes de solutions d'eucalyptol, de créosote, de térébenthine et d'iodoforme, à l'aide d'une sorte de narguilé.

M. *Calmette* dit avoir obtenu de bons effets par l'association de préparations de phosphore à l'eau de mer; il administre de l'huile phosphorée à la dose de 0gr,05 chaque jour, ou encore le phosphore de zinc à 0gr,004; en même temps, il prescrit, en boisson, deux petits verres d'eau de mer filtrée.

Quant à la prophylaxie proprement dite de la tuberculose, elle a été à peine effleurée dans les discussions du Congrès; on

trouve des indications à ce sujet dans les vœux émis à la séance de clôture. M. le professeur Proust avait réuni, au musée d'hygiène de la Faculté, des spécimens des appareils propres à la désinfection des matelas, objets de literie, effets à usage, des murs, parquets, meubles et des crachoirs (voy., dans le n° 33, l'article sur le matériel de la désinfection).

Vœux du Congrès. — Voici les vœux émis par le Congrès au cours des débats, et adoptés définitivement à la séance générale de clôture :

1° Il y a lieu de placer dans les attributions des conseils d'hygiène toutes les questions relatives aux maladies contagieuses des animaux domestiques, y compris celles qui ne semblent pas, quant à présent, transmissibles à l'homme. A la vaccine, la morve, la rage, le charbon, la tuberculose, pourront, en effet, s'ajouter plus tard d'autres maladies infectieuses communes exigeant une protection également commune ;

2° La tuberculose doit être mise au nombre des maladies contagieuses qui tombent sous la réglementation de la police sanitaire ;

3° Il y a lieu de poursuivre par tous les moyens possibles, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totale pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux;

4° Il y a lieu de rédiger des instructions simples qu'on répandrait à profusion dans les villes et dans les campagnes, et dans lesquelles on indiquerait les moyens à employer pour se mettre à l'abri des dangers d'infection tuberculeuse par l'alimentation, particulièrement avec le lait, et pour détruire les germes virulents contenus dans les crachoirs, les linges, habits et objets usuels des tuberculeux;

5° Il y a lieu de soumettre à une surveillance spéciale les vacheries destinées à la production industrielle du lait, pour s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses, susceptibles de se communiquer à l'homme ;

6° La question de l'hospitalisation des tuberculeux sera portée à l'ordre du jour du prochain Congrès.

Le Congrès a ensuite décidé que sa prochaine réunion aurait lieu dans deux ans, sous la présidence de M. Villemin. Le comité actuel reste chargé d'organiser cette seconde session.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de l'arthrite syphilitique secondaire, par M. G. Cheminade. — Il s'agit d'une détermination encore insuffisamment connue de la syphilis à sa période secondaire, mais dont l'existence a été démontrée récemment par Fournier. Il ne faut pas voir dans ces faits le résultat d'une simple coïncidence de deux affections distinctes, on doit admettre aujourd'hui l'action de l'infection syphilitique se portant soit sur les surfaces osseuses, soit sur la synoviale seule ou les tendons, ou sur l'article tout entier. Cette arthrite syphilitique secondaire se distingue cliniquement de l'arthrite simple rhumatismale en ce qu'elle n'offre de douleur qu'à la pression, avec simple gonflement de la jointure, et température locale égale à celle du côté opposé. Il n'y a pas de sueurs; très peu de fièvre; le cœur est indemne. Enfin, généralement une seule articulation est intéressée. Cette arthrite secondaire syphilitique peut présenter trois formes : 1° arthralgie ne donnant lieu à aucune lésion apparente ; 2° arthrite subaiguë ou fluxion inflammatoire ; 3° hydarthrose ou fluxion hypercrinique. Les deux observations rapportées par l'auteur sont des exemples de la première forme; la durée de l'affection paraît être relativement courte. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 7, 25 juillet 1888.)

Note sur la pathogénie et le traitement de la tourniole, par M. le docteur E. Chambard. — Les recherches entreprises par l'auteur avec le pus recueilli chez sept individus atteints de tourniole ou de panaris sous-cutané, viennent à l'appui de l'origine parasitaire déjà signalée par Cornil, Babès et Audry. Il existe dans le pus recueilli, non seulement un streptococcus et un staphylococcus, mais encore la plupart des germes que peuvent constituer les cocci selon leurs divers modes d'association ou de division : diplococci, staphylococci, streptococci et tetrageni. Les cultures ont été obtenues, mais les expériences d'inoculation font jusqu'ici défaut. Le traitement antiseptique, qui a constamment donné d'excellents résultats, consiste dans l'incision du panaris sous-cutané, ou dans l'ablation de la phlyctène du panaris sous-épidermique, et l'emploi de l'iodoforme, largement mis en contact avec les surfaces malades. Les sujets débiles ou affaiblis ont paru supporter leur mal et guérir au moins aussi bien que les plus vigoureux. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 7, 25 juillet 1888.)

Transmission de la fièvre aphtheuse à l'homme après ingestion du lait d'animaux malades, par M. le professeur Proust. — La fièvre aphtheuse, que les éleveurs désignent sous le nom de *cocotte*, est une affection des espèces bovine et ovine bien connue des vétérinaires ; elle est essentiellement caractérisée par une éruption vésiculeuse apparaissant sur la muqueuse buccale, la peau des espaces interdigitaux et même les mamelles. Ces vésicules sont suivies d'ulcérations plus ou moins longues à guérir. Ordinairement bénigne, elle revêt parfois la forme d'épizooties meurtrières. Ce n'est pas une affection locale; elle est inoculable et s'accompagne de quelques phénomènes généraux qui précèdent de plusieurs jours l'éruption. Elle serait causée par un micro-organisme arrondi, disposé en chaînettes plus ou moins longues, et qui peut se multiplier dans le lait sans amener sa coagulation. C'est donc une maladie parasitaire, inoculable, contagieuse et qui peut, chez les animaux, être transmise par l'alimentation, ainsi que l'ont établi des expériences probantes. Mais, en outre, cette maladie est transmissible à l'homme, et, ainsi que l'ont démontré Sayar, Delest, David, etc., il existe une fièvre aphtheuse de l'homme, de la même nature que celle des animaux ruminants, et c'est habituellement à l'ingestion du lait des animaux malades qu'elle succède. L'enquête, difficile dans les grandes villes, est plus facile et concluante dans les campagnes; les exemples ne sont pas absolument rares. Cependant, le lait des animaux malades peut être parfois consommé sans qu'il y ait aucun accident de transmission; mais celle-ci sera surtout à redouter chez les sujets qui consomment une grande quantité de lait, surtout si ce lait n'a pas été bouilli. La stomatite aphtheuse d'origine animale est habituellement confluente; elle peut s'accompagner de fièvre et de diarrhée; dans un petit nombre de cas on voit une éruption vésiculeuse sur le corps (tronc, face, extrémités). La guérison au bout de trois à quatre semaines est la règle; les cas de mort sont exceptionnels. La prophylaxie peut se résumer dans ces deux propositions : empêcher que le lait des animaux malades des fermes contaminées ne soit livré à la consommation ; toujours faire bouillir le lait qui sert à l'alimentation dans les grandes villes. (*Revue d'hygiène*, n° 7, 20 juillet 1888.)

L'ophthalmoplégie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans leurs rapports avec le goitre exophthalmique, par M. Gilbert Ballet. — Ce long et intéressant mémoire établit que l'ophthalmoplégie externe peut s'observer chez les individus atteints à la fois de goitre exophthalmique et d'hystérie, d'hystérie seule, ou de goitre seul. Le syndrome de l'ophthalmoplégie externe est constitué par la paralysie des muscles moteurs du globe de l'œil, avec intégrité possible des fonctions du releveur de la paupière et conservation constante des mouvements du constricteur de la pupille et du muscle de l'accommodation. Chez les goitreux et les hystériques elle révèle l'existence d'une paralysie des nerfs moteurs oculaires dont la cause, certainement centrale, réside au niveau ou au-dessus de l'origine réelle de ces nerfs. La coïncidence avec la maladie de Basedow plaide pour l'origine de cette maladie dans un trouble du système nerveux central, particulièrement un trouble bulbaire. On peut, d'ailleurs, observer chez les individus atteints de goitre exophthalmique la paralysie des autres nerfs moteurs émanés de la moelle allongée : branche motrice du tri-

jumeau, facial, hypoglosse. Ces signes inconstants ont même signification pathogénique que l'ophthalmoplégie. Les troubles habituels, eux-mêmes, de la maladie de Basedow relèvent de paralysies bulbaires nucléaires; celle du pneumogastrique engendre la tachycardie et quelquefois la dyspnée; celle des centres vaso-moteurs, les poussées congestives de la face et du cou. Le goitre et l'exophthalmie résultent de la coïncidence de ces deux ordres de troubles: paralysie vaso-motrice et tachycardie. Ces diverses paralysies ne dépendent pas d'une lésion matérielle; ce sont de simples troubles fonctionnels susceptibles d'amélioration ou d'aggravation, de guérison et de récidives. La maladie de Basedow est donc, avant tout, une névrose bulbaire. Souvent, d'ailleurs, les troubles fonctionnels se diffusent au delà de la sphère d'action de la moelle allongée, et surviennent des désordres d'origine médullaire ou corticale. La maladie de Basedow s'associe fréquemment à d'autres névroses: hystérie, épilepsie, vésanies; toutes ces affections ayant avec elle une affinité de nature, car elles font partie de la *famille névropathique*, et se développent sur un terrain préparé d'ordinaire de longue date par une hérédité défectueuse. (*Revue de médecine*, n° 7, 10 juillet 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Histoire des doctrines psychologiques contemporaines: Les fonctions du cerveau. Examen des doctrines de F. Goltz. Leçons professées à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, par M. Jules Soury, maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. — 1 vol. in-8°. Paris, 1886. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

« C'est le propre de toute étude vivante, en voie d'élaboration, de produire des hypothèses et des théories non seulement discordantes, mais en apparence contraires et inconciliables. » Cette phrase de M. Soury caractérise très bien l'état actuel des recherches sur les localisations cérébrales. Partisans et adversaires travaillent à l'envi, les uns pour trouver de nouvelles preuves de l'exactitude de leurs idées, les autres pour démontrer le peu de solidité de la nouvelle théorie. Parmi ces derniers, M. le professeur Frédéric Goltz, de Strasbourg, occupe un rang distingué. Adversaire décidé des idées actuelles sur les localisations cérébrales, il a passé au crible de la critique toutes les expériences que leurs défenseurs ont accumulées, et dans une série de mémoires renommés, il a développé ses objections et tenté une théorie personnelle sur le fonctionnement cérébral. A l'exception d'un public spécial, on connaît peu en France ces mémoires; il faut donc remercier M. Soury de la publication des conférences dans lesquelles il a exposé les idées du physiologiste allemand.

Après avoir indiqué la méthode employée par Goltz et qui, à bien des égards, est très critiquable, l'auteur étudie successivement les fonctions motrices du cerveau, la sensibilité générale, la sensibilité spéciale (vue, ouïe, odorat et goût) et l'intelligence. Il compare avec soin les opinions du physiologiste de Strasbourg avec celles de ses adversaires. Chemin faisant, il nous fait connaître les idées « parfois géniales » de Goltz, parmi lesquelles il range tout particulièrement les deux principes d'explication suivants: les phénomènes d'inhibition ou d'arrêt, de nature transitoire; les phénomènes de déficit, dus aux lésions destructives de la substance nerveuse, de nature permanente (p. 11). Il nous donne aussi une preuve nouvelle que les faits sont toujours plus forts que les doctrines: ainsi Goltz, partisan de l'homogénéité fonctionnelle du cerveau, publie un grand nombre d'expériences confirmatives des théories adverses, telles que celles qui l'obligent à conclure, en quelque sorte malgré lui, que « les lésions du lobe occipital semblent avoir pour effet de déterminer un trouble permanent plus profond de la vision » (p. 48).

En parcourant, en compagnie de M. Soury, les riches acquisitions faites par la science dans ce domaine si ardemment exploré aujourd'hui des localisations cérébrales, on est frappé combien de chapitre en chapitre augmentent les questions encore indémontrées, et l'on comprend aisément l'exclamation de la première page: « Que de territoires encore, que de vastes espaces sur la carte du monde cérébral où l'on pourrait écrire: *terra incognita!* » Et de fait, si les localisations des fonctions motrices du cerveau ne donnent plus guère prise au doute, celles de la sensibilité générale et des différentes sensibilités spéciales sont plus discutées; quant à la localisation de l'intelligence, tout ce qui a été imaginé et écrit sur ce point ne présente pas de caractère bien scientifique, tout cela est même prématuré, car il serait bon tout d'abord de s'entendre sur ce qu'on entend par intelligence. « En France, dit à ce propos M. Soury, les médecins parlent encore couramment de « l'intelligence » comme on parlait de la mémoire avant Gall, car c'est ce grand anatomiste qui a le premier posé, comme un postulat physiologique, la pluralité des mémoires. Il n'existe donc pas plus de « centre de l'intelligence » que de centre de la mémoire en général. Comme la mémoire, l'intelligence, à ses divers degrés, est une propriété générale de la matière organisée, vivante, en voie de rénovation moléculaire. Elle ne nous apparait liée à certains organes que parce qu'il s'y manifeste avec une intensité particulière. Mais l'amphioxus, pour n'avoir point de cerveau, n'en possède pas moins une vie psychique consciente (Meynert). Le système nerveux n'étant qu'un appareil de perfectionnement, l'effet d'une différenciation histologique indéfiniment progressive, le résultat séculaire d'une division de travail biologique poussée très loin, il n'y a rien dans ses fonctions, même les plus élevées, dans le génie, par exemple, qui ne soit réductible par l'analyse aux propriétés élémentaires de tout protoplasma. Il en est donc de l'intelligence comme de la mémoire, de la volonté, de la conscience: en soi, ce sont des abstractions; par conséquent elles ne sauraient être localisées dans une région quelconque de l'encéphale. »

Quoi qu'il en soit de ces objections philosophiques dont il est juste de tenir grand compte, il nous semble que pour la solution du problème du « centre intellectuel », il faut employer la même méthode qui a été d'une si grande utilité pour l'étude des « mémoires »: la méthode pathologique. C'est elle et non l'expérimentation physiologique, qui nous a donné des connaissances exactes sur les amnésies et sur les diverses formes de l'aphasie, et nous a par contre-coup éclairé sur le problème si délicat de la pluralité des mémoires, que Gall a posé il y a plus de soixante ans et qui n'a été résolu que de nos jours.

L'emploi exclusif de l'expérimentation semble être le point faible des travaux de Goltz. En une question aussi délicate que le fonctionnement du système cérébral, il est indispensable de faire appel à toutes les méthodes biologiques; et nous sommes convaincu que tel est aussi l'avis de M. J. Soury. Il a sur ces matières une érudition trop étendue pour ignorer que la médecine y a apporté des appoints aussi importants, sinon plus importants, que la physiologie expérimentale. Et si — comme nous l'espérons et comme nous lui en exprimons le désir — il continue la publication de ses études historiques sur les doctrines psychologiques contemporaines, il aura plus d'une occasion de prouver que la démonstration par la pathologie n'est pas inférieure en évidence à celle que peut fournir l'expérimentation.

Dr Ant. Ritti.

Mémoires d'anthropologie de Paul Broca. — 1 vol. in-8°, Paris, 1888, Reinwald, éditeur.

Le docteur Samuel Pozzi a été chargé par la confiance de la famille Broca de réunir et de compléter par quelques notes les travaux de son regretté maître.

Nul plus que lui n'était apte à mener à bien cette tâche difficile et délicate.

Le long volume de 800 pages que constituent ces mémoires a subi un certain nombre de divisions :

I. Tout ce qui a trait à la faculté du langage articulé;

II. L'anatomie pathologique du cerveau;

III. L'anatomie comparée du cerveau;

IV. La morphologie comparée de l'homme et des primates.

On le voit par ce simple énoncé, l'œuvre de Broca est multiple. On peut dire que malgré la diversité des sujets qu'il a traités il est resté supérieur par l'observation dégagée d'idées théoriques, la justesse des interprétations, la portée des idées générales qu'il a émises.

C'est par ses études sur le rôle de la troisième frontale que Broca est le plus apprécié des médecins. Tout le monde connaît la circonvolution de Broca. On lui sait grand gré aussi d'avoir pour ainsi dire fixé et réglé la *nomenclature cérébrale*. Mais il est bon de savoir que sur le terrain plus spéculatif de l'anthropologie pure, Broca est un maître universellement reconnu comme tel. Si on considère où en étaient nos connaissances au moment où Gratiolet publiait, en 1855, son mémoire sur les *plis cérébraux*, on voit que Broca a créé réellement l'anatomie cérébrale comparée, grâce à sa conception du *grand lobe limbique de l'hémisphère*. C'est lui qui a fait deux parts du manteau cortical: 1° la partie intellectuelle constituée par la partie supérieure, la partie coronale pour ainsi dire de l'hémisphère; 2° la *partie brutale* rudimentaire chez l'homme, mais, signe caractéristique des espèces inférieures, constitué par le lobe olfactif, la circonvolution du corps calleux et l'hippocampe.

Broca explique par la présence de ce grand lobe limbique le plissement de l'écorce du reste du manteau. Il montre que c'est cette bande marginale inférieure qui commande l'épanouissement de l'écorce cérébrale.

Grâce à ce fil conducteur on voit bien que toutes les parties du cerveau des primates ont leur analogie dans les autres cerveaux et réciproquement; que la détermination de ces analogies permet de constater un type commun à tous les mammifères; type général dont les divers types spéciaux ne sont que des dérivés.

Les idées s'enchaînent si logiquement qu'on comprend à merveille chez le primate l'atrophie de la *partie brutale* de son manteau cortical, atrophié au plus grand bénéfice de la partie intellectuelle.

On voit se développer le lobe frontal : ce lobe envahisseur repousse sa frontière (scissure de Rolando); bien en arrière les autres plis se groupent, le lobe occipital se sépare du lobe pariétal; le lobe temporal prend naissance, le cerveau primate est constitué.

Il est difficile d'analyser méthodiquement une série d'articles publiés pour la plupart dans les Bulletins de la Société d'anthropologie, et ayant trait à l'anthropologie et à l'anatomie comparée; on doit dire cependant que cette succession d'études sur des sujets divers rend extrêmement agréable la lecture des *Mémoires d'anthropologie*. Nous signalerons particulièrement le mémoire sur la topographie crânio-cérébrale. Aujourd'hui où la chirurgie cérébrale prend un si grand développement, la précision dans les rapports anatomiques du crâne et du cerveau est d'une absolue nécessité. Signalons encore les *recherches sur les centres olfactifs;* un chapitre fort curieux sur *le rôle de l'anatomie comparée dans l'étude des localisations cérébrales ;* Un chapitre des contributions à l'étude des localisations cérébrales : *sur le cerveau d'un cul-de-jatte.*

Il faudrait, pour être complet, analyser chapitre par chapitre; nous ne saurions le faire ici. Terminons en renvoyant le lecteur à ce livre si remarquable; nous ne saurions mieux faire. Rappelons encore que ce sont les deux observations du début, sur l'*aphémie*, qui ont causé dans la science une véritable révolution, révolution dont les connaissances actuelles sont nées grâce aux travaux des émules et des disciples de Broca.

Berdez.

VARIÉTÉS

Conseils généraux. — Les assemblées départementales qui viennent de tenir en France leur réunion semestrielle ont eu à s'occuper de diverses questions de médecine et d'hygiène.

Parmi les vœux qu'elles ont émis et les propositions qu'elles ont adoptées, nous avons à signaler: 1° le vote par le Conseil général des Vosges d'un crédit de 800 francs pour favoriser les travaux de l'Œuvre de la tuberculose et « pour rendre hommage à M. Villemin, originaire de ce département et qui s'est le premier occupé de travaux expérimentaux sur cette maladie »;

2° L'achat d'étuves locomobiles à désinfection par la vapeur sous pression, dans les départements des Alpes-Maritimes, de l'Aude, de la Seine-Inférieure, du Lot-et-Garonne, de la Loire-Inférieure, etc.;

3° Le vote par le Conseil général de Maine et-Loire d'un crédit de 800 francs pour remplacer le vaccin de bras à bras par le vaccin de génisse dans le service départemental de la vaccine;

4° Un vœu du Conseil général du Gard tendant à prescrire aux laboratoires qui jugent un vin nuisible à la santé publique d'en indiquer les motifs et de faire connaître la méthode suivie dans l'analyse ;

5° Un vœu du Conseil général des Hautes-Pyrénées tendant à la suppression de la fonction de médecin inspecteur des eaux minérales;

6° Le vote par le Conseil général de la Loire-Inférieure d'une subvention de 200000 francs en faveur de l'hospice marin institué à Pen-Bron, en face du Croisic, pour le traitement des enfants scrofuleux et rachitiques.

Mortalité a Paris (33e semaine, du 12 au 18 août 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 2. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 24. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 152. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs: cancéreuses, 43; autres, 6. — Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 36. — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 3. — Maladies organiques du cœur, 38. — Bronchite aiguë, 13. — Bronchique chronique, 26. — Broncho-pneumonie, 12. — Pneumonie, 28. — Gastro-entérite: sein, 38; biberon, 92. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 18. — Suicides, 17. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 155. — Causes inconnues, 8. — Total: 869.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La circonvolution de Broca, étude de morphologie cérébrale, par M. le docteur Hervé. 1 vol. in-8° avec 10 figures intercalées dans le texte et 4 planches en chromolithographie. Paris, Lecrosnier et Babé. 6 fr.

Des déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux, par M. le docteur Rosenthal. In-8°. Paris, Lecrosnier et Babé. 3 fr. 50

Maladies de l'appareil digestif leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par M. le docteur Baumel. T. II. Pathologie des annexes. 1 vol. in-8° avec 3 planches lithographiées. Paris, Lecrosnier et Babé. 8 fr.

Prix de l'ouvrage complet. 2 vol. in-8°. 17 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

16024. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 6 septembre 1888.

Académie de médecine : **Extraction des corps étrangers de l'œsophage. — Filariose. — Eaux potables et fièvre typhoïde.**

La présence des corps étrangers dans l'œsophage offre assez de gravité par elle-même pour qu'il y ait lieu de prendre en grande considération l'ingénieux dispositif opératoire qui a si bien réussi à M. le docteur Suarez de Mendoza dans le cas rapporté par M. Verneuil à l'Académie de médecine. La facilité avec laquelle, grâce au dilatateur de MM. Collin et Verneuil, l'alimentation a pu être suffisamment rétablie, a donné à la malade un avantage qu'il importe de s'efforcer d'obtenir le plus vite possible dans de telles circonstances où l'on a tout à craindre de l'inanition. D'autre part, l'emploi du panier de Graefe a heureusement servi à vaincre la résistance opposée au cathétérisme par le corps étranger et à déterminer le succès d'une façon à la fois élégante, aisée et définitive.

— Il n'a pas encore été publié sur la filariose de monographie aussi complète que celle dont M. Lancereaux a donné lecture à l'Académie. Peut-être l'avenir apportera-t-il des divisions dans l'ensemble synthétique que le savant et consciencieux observateur a voulu établir d'après des analogies cliniques assurément curieuses à rapprocher; c'est aux médecins qui sont à même d'étudier les maladies exotiques qu'il appartiendra de fixer définitivement la science à cet égard. Quelle que soit la diversité des parasites qu'on pourra peut-être trouver dans ces affections, il n'en est pas moins vrai que la tentative de M. Lancereaux pour grouper sous la dénomination de filariose un certain nombre d'entre elles, jusqu'ici séparées et isolées, sera utile et féconde en résultats. Les observations qu'il a pu faire fixent en tout cas le tableau symptomatologique de cette curieuse affection, que la facilité des communications rend moins rare dans nos contrées et qui ne parait pas absolument soustraite à l'action efficace de nos moyens thérapeutiques. Les transformations successives de la filaire, dont quelques-unes sont encore obscures, pourront aussi être étudiées avec soin, et en particulier il y aura lieu de rechercher comment la reproduction de ce parasite se fait dans le système lymphatique et comment les embryons peuvent gagner le sang. On voit de suite combien ces indications seront intéressantes et précieuses à connaître.

— La présence des filaires hématiques dans les eaux appelle une fois encore l'attention sur la nécessité de surveiller l'usage de cet aliment. Les voyageurs en connaissent bien toute l'importance; mais, lorsqu'il s'agit des eaux que nous avons continuellement à notre portée et dont nous sommes habitués à nous servir, notre indifférence est souvent grande. Voici qu'à la demande du gouvernement, l'Académie a été consultée sur la composition de l'eau du puits de l'École normale d'institutrices de Saint-Brieuc, où une épidémie de fièvre typhoïde a récemment sévi. M. Marty, dans son rapport, constate que cette eau renfermait des bacilles d'Eberth; de plus, sa teneur en sulfate de chaux et la proportion élevée de matières organiques qu'elle renferme devaient déjà la rendre suspecte. Il paraît probable que c'est la première fois qu'il est procédé à l'analyse de l'eau de ce puits; car il n'entre malheureusement pas dans nos habitudes administratives de s'assurer au préalable de la qualité des eaux dans les localités où des établissements publics sont projetés. On a sans doute attendu l'apparition d'une épidémie pour s'en préoccuper; nous osons à peine espérer que les résultats de l'analyse demandée à l'Académie — et qu'il eût été à coup sûr plus rapide de pratiquer sur les lieux mêmes — arrêteront immédiatement l'usage de cette eau si manifestement contaminée.

Ce nouvel exemple de la transmission de la fièvre typhoïde par l'eau d'alimentation, joint à ceux qu'on a publiés depuis longtemps et sur lesquels M. Brouardel a si énergiquement et si brillamment attiré l'attention publique dans ces dernières années, appelle de nombreuses réflexions. Nous n'en voulons pour aujourd'hui mentionner que deux. Puisqu'on trouve si communément le microbe spécifique de la fièvre typhoïde dans l'eau lorsque des épidémies de cette affection viennent à se déclarer, n'y aurait-il pas lieu de procéder à une analyse systématique des eaux qui ser-

vent à l'alimentation publique et privée? Le recensement des eaux a été fait, dans certains pays, au cours d'épidémies qui réveillaient la torpeur habituelle des habitants en matière de salubrité publique. A Trieste, par exemple, à l'occasion du choléra de 1884 et de 1885, on procéda à cet examen et aussitôt il fallut interdire l'usage d'un grand nombre de puits, pour le plus grand profit de la santé publique. On sait aussi qu'au cours de l'épidémie cholérique dans le Finistère en 1886-1887, la même mesure fut suivie de prompts et heureux effets. Actuellement notre ministre de la guerre prescrit l'analyse de toutes les eaux qui servent à l'alimentation des troupes et l'on peut s'attendre à ce que les mesures prises à la suite des constatations faites modifieront considérablement l'hygiène de nos soldats. La population civile aurait donc tout intérêt à bénéficier d'une pareille mesure, qu'il appartient aux municipalités de prendre et, à leur défaut, au gouvernement.

Celui-ci a déjà confié au comité consultatif d'hygiène publique de France le soin d'analyser tous les projets d'amenée d'eau dans les communes; il lui reste à compléter cette œuvre utile en procédant à une sorte de revision générale de nos eaux potables.

Ce qu'il importe en second lieu d'obtenir, c'est d'empêcher la contamination de ces eaux. Or, dans les nombreux cas où l'apparition de la fièvre typhoïde a permis de constater le bacille d'Eberth dans l'eau, on a pu souvent découvrir en même temps les moyens de pénétration de ce bacille.

Garder ce précieux liquide à l'abri de toute souillure, c'est l'un des préceptes les plus impérieux de l'hygiène et l'un de ceux, il faut bien le reconnaître, qui est le moins appliqué. Ne remarque-t-on pas que les puits sont placés le plus souvent auprès des fosses où se déversent les matières de vidanges, près des fumiers, des conduites d'eaux ménagères, etc., si bien même que nous pourrions citer de nombreux exemples d'habitations dans lesquelles on ne s'aperçoit du remplissage de la fosse d'aisances que lorsque l'eau de table a pris un goût fécaloïde. Au risque de paraître vouloir attenter à la liberté individuelle, il ne nous semble pas qu'il faille, comme le voudrait une certaine école, continuer à tolérer un pareil état de choses; ainsi qu'on l'a dit, une telle liberté du suicide ne peut être autorisée. Ces considérations et ces faits sont bien connus; mais il est toujours utile de les signaler, et c'est pourquoi il est fâcheux que l'Académie n'ait pas reçu, pour le concours de son prix spécial en 1888, des mémoires répondant d'une manière originale et personnelle au programme qu'elle avait posé. M. Léon Colin a loué, comme il convenait, dans son rapport, l'érudition des auteurs auxquels des récompenses, mais non le prix, ont été données; il n'a pas manqué non plus d'exprimer le regret que l'étude de la question n'ait pas été faite avec toute l'ampleur et l'autorité désirables. Le sujet proposé, à savoir « les vidanges et les eaux ménagères dans leurs rapports avec l'assainissement des habitations », ne cesse pas d'ailleurs d'être à l'ordre du jour des préoccupations publiques; des polémiques retentissantes et souvent passionnées accaparent l'attention, tout en tenant peu compte, le plus souvent, de l'intérêt général. On nous permettra d'y revenir prochainement, pour établir l'état actuel d'une question qu'on cherche trop à obscurcir en se basant uniquement sur des faits qui ont été singulièrement modifiés depuis l'époque où ils avaient été tout d'abord invoqués.

MALADIES PARASITAIRES

L'organisme de Laveran et la malaria (1).

Dans un mémoire important à tous égards, qui vient d'être publié, Councilman a tenu à décrire ce qu'il avait vu dans le sang des paludiques, parce que, dit-il, « on semble avoir oublié les observations de Laveran ». On ne peut, en effet, accuser les Français de chauvinisme scientifique. Il a fallu jadis le mémoire enthousiaste du converti Cohnheim (1877) et la découverte de Koch (1879) pour forcer le monde scientifique à admettre la réalité des admirables expériences de Villemin, expériences dans lesquelles tout semblait prévu, même les pseudo-tuberculoses, et l'on n'a pas oublié le scepticisme avec lequel fut accueillie l'apparition du livre si remarquable à tous égards de notre savant maître. La communication du professeur Laveran en 1880 sur l'organisme de la malaria ne souleva pas les discussions tumultueuses de 1865, on se contenta de nier et l'on passa outre.

Il est vrai d'ajouter que des considérations de pathologie générale des plus sérieuses s'opposaient à la doctrine parasitaire de la malaria. Mais à côté des noms de Laveran et Richard on trouve dans la bibliographie de Councilman beaucoup de noms de savants allemands, italiens, anglais, américains, qui se sont emparés de la question, les uns pour la combattre, d'autres pour l'approuver, quelques-uns enfin pour s'approprier cette découverte.

Councilman va plus loin que ses devanciers, car pour cet auteur « l'organisme de Laveran est aussi caractéristique de la malaria que le bacille de Koch l'est de la tuberculose ». Dans 150 cas examinés, il n'a jamais eu une épreuve négative, et, lorsqu'une des formes de l'organisme de Laveran n'est pas trouvé dans le sang, Councilman n'hésite pas à affirmer qu'il y a erreur de diagnostic et qu'il ne s'agit point de fièvre palustre.

Il manque encore au cercle des preuves la culture de cet organisme, il manque les inoculations; mais, si l'on a pu cultiver le bacille komma, on sait que le résultat des inoculations est encore fort contesté, et d'ailleurs M. le professeur Straus, dans son cours de pathologie expérimentale, n'hésite pas à affirmer que lorsqu'on trouve toujours le même organisme dans une maladie et jamais dans d'autres, on peut considérer cet organisme comme pathogène.

Depuis longtemps Koch avait prévu que les agents pathogènes de beaucoup de maladies infectieuses ne devaient pas être des bacilles, mais des organismes unicellulaires comme la *Plasmoderia brassicœ*, si difficile à distinguer parfois dans l'intérieur de la cellule végétale.

Les formes intracellulaires de l'organisme de Laveran sont elles aussi très difficiles à constater et beaucoup d'erreurs ont été commises à ce sujet.

C'est à Baltimore que les observations de Councilman ont été faites; on trouve dans cette ville tous les types de la malaria, fièvre quotidienne, tierce, cachexie et même quelques cas d'accès pernicieux (7 cas en trois ans).

(1) Nous insérons très volontiers le travail que nous adresse M. le docteur Catrin. Sans revenir sur ce que nous avons dit à maintes reprises sur ce sujet encore à l'étude, nous tenons à prouver que, comme l'auteur, nous aimerions à voir de nouvelles recherches, entreprises en Algérie, en Cochinchine ou dans les autres pays où la maladie a sévi si cruellement, établir l'exactitude ou montrer, par des faits positifs, l'inanité d'une doctrine qui paraît en contradiction avec les lois de la pathologie générale. (*La Rédaction.*)

Tandis que Laveran, pour simplifier sa description, n'avait signalé que quatre formes du parasite, Councilman en décrit dix, prévenant d'ailleurs que ce ne sont que les phases diverses du développement du même organisme.

Ces formes peuvent être divisées en deux groupes : formes intra-hématiques et formes nageant librement dans le sang; on peut encore adopter cette division : formes avec ou sans pigment.

Les corps n° 1 sont amiboïdes, non pigmentés et inclus dans un globule rouge ; leur constitution hyaline les rend difficiles à voir, et n'était leur réfringence, on ne saurait les distinguer du protoplasma dans lequel ils sont plongés. Ils ont des mouvements rapides, modifiant leur forme et leur siège dans le globule ; ils peuvent même prendre l'aspect d'un anneau concentrique englobant du protoplasma.

Ossler avait cru à tort que, dans ces cas, il existait une vacuole dans l'hématie.

Le corps n° 2 est analogue au précédent, mais plus facile à voir parce qu'il renferme du pigment sous forme de petits bâtonnets noirs, en nombre variable et ressemblant à des bacilles. Ce pigment ramassé en masse ou disséminé est souvent animé d'un mouvement moléculaire très vif.

Tous ces corps sont colorés par les couleurs d'aniline mais de préférence par le bleu de méthyl et la fuchsine.

Le corps n° 3 est le corps n° 2 devenu libre dans le sang et parfois même on constate que ce corps possède un double contour, le plus extérieur représentant la paroi du globule sanguin, qui a joué le rôle d'*hôte* du parasite.

On a dû confondre souvent ces corps avec des leucocytes chargés de pigment (leucocytes beaucoup plus rares qu'on ne le croit, affirme Councilman), mais leur structure est hyaline et non grenue; en outre le pigment dont se chargent les globules blancs, se présente sous forme de noyaux plus ou moins gros, arrondis ou anguleux mais non sous forme de bâtonnets.

Le corps n° 4 présente un grand intérêt, parce qu'on ne le trouve jamais qu'au moment du frisson. Dans ces corps se présente la série des modifications suivantes : l'aspect grenu remplace l'aspect hyalin, les mouvements du pigment s'arrêtent et ce pigment perd sa forme de bâtonnet pour se présenter sous l'aspect de masses rondes.

Puis tout à coup le corps entier se fragmente en un certain nombre de petites masses rondes ou ovales à contours lisses, nets, le pigment devient alors périphérique, la membrane corpusculaire disparaît et les corpuscules nagent librement dans le sang. Tous ces changements s'observent sous le microscope.

Les corps n° 5 sont ces corpuscules devenus libres, groupés en petites masses voisines de noyaux de pigment; on peut néanmoins les rencontrer isolés. Souvent très difficiles à voir, ces corpuscules peuvent changer de forme et même être animés de mouvements très vifs, ils peuvent aussi renfermer du pigment.

Galgi, Marchiafava et Celli, Laveran, avaient vu ces formes; on les trouve surtout après le stade de frisson, tandis que les corps n° 3 se rencontrent avant ce stade. Mousso a prétendu qu'en introduisant des globules sanguins du chien dans la cavité péritonéale du coq, on obtenait des globules modifiés ressemblant absolument aux formes précédentes du parasite malarial. Jamais Councilman en répétant ces expériences n'a pu constater ces résultats; il n'a pas encore pu contrôler ceux de Pfeiffer, qui prétend avoir trouvé des organismes de Laveran dans le sang des scarlatineux.

Les cinq formes suivantes ont été beaucoup plus souvent que les précédentes rencontrées par Councilman, car on les trouve surtout chez les cachectiques palustres, très nombreux à Baltimore, gens essoufflés, anémiques (dans un cas 1 500 000 globules rouges par centimètre cube), à rate grosse et douloureuse, etc.

Le corps n° 6 est très fréquent chez ces cachectiques. Sa réfringence extrême le différencie des corps précédents et en outre il suffit d'un grossissement relativement faible pour constater sa présence. Ce corps a la forme d'une demi-lune, d'une longueur de 1 1/4 de diamètre d'hématie et 1/4 de largeur. Les extrémités du croissant sont rondes ou aiguës et le protoplasma est aussi brillant que les spores des bactéries. Ces corps renferment du pigment presque toujours central. Enfin une ligne fine embrasse par sa surface concave une certaine étendue de la demi-lune.

Les corps n° 7 ont le même aspect que le n° 6, mais leur forme diffère : ils sont ronds ou ovales, très réfringents et renferment du pigment. Tous ces corps se colorent facilement par le bleu de méthyle.

Le corps n° 8 est la forme la plus remarquable du premier travail de Laveran; il mesure 1/2 à 1/3 du diamètre d'un globule rouge, renferme du pigment animé de mouvements très vifs, mais n'a pas la réfringence des corps n°s 6 et 7; il est muni de flagelles, très pâles, très minces, souvent renflées dans un ou plusieurs points de leur trajet et souvent aussi terminées par un petit nodule. La longueur de ces flagelles varie beaucoup, quelques-unes ont cinq à sept fois le diamètre d'un globule rouge, d'autres la moitié de ce diamètre. On en trouve de 1 à 6 et leurs points d'insertion sont très variables.

Ces flagelles sont animées de mouvements très vifs, en fouet, mouvements qui produisent une sorte de tremblement dans le protoplasma des corps auxquels elles sont attachées; ces corps jouissent ailleurs eux-mêmes de mouvements ondulatoires si rapides que l'œil a peine à les suivre.

Jamais on ne peut constater la présence de ces corps dans des préparations sèches ou colorées même avec l'acide osmique.

En même temps que ces corps n° 8, on observe les corps n° 9, qui ne sont autre chose que les flagelles détachées, nageant, serpentant dans le sang; on les voit d'ailleurs se détacher des corps qui les portent.

N'étaient les mouvements tumultueux que ces flagelles impriment aux hématies, elles passeraient souvent inaperçues.

Les mouvements peuvent durer une demi-heure et quand ils cessent ces corps n° 9 s'enroulent en spirale.

Pour Laveran, ces flagelles seraient le parasite malarial caractéristique. On les trouve moins fréquemment dans le sang du doigt que les autres formes : Laveran, 92 fois sur 432 cas; Ossler, 7 fois sur 70; Councilman, dans les mêmes proportions. On rencontre ces flagelles dans la forme intermittente, la cachexie, les fièvres pernicieuses.

Enfin dans quelques cas Councilman a observé les corps n° 10, qui seraient la demi-lune, corps n° 6, montrant à leur périphérie un mouvement ondulatoire extrêmement rapide.

La réfringence extrême des demi-lunes, leur résistance à des doses énormes de quinine (persistante après des doses

élevées prises pendant trois mois) en feraient pour Councilman l'analogue des spores.

La rate est le lieu d'élection des parasites; sur 21 ponctions faites dans cet organe avec une seringue de Pravaz stérilisée, etc., on trouva toutes les fois des parasites et surtout des *corps à flagelles*.

Councilman n'oserait affirmer que la violence de l'accès soit proportionnée au nombre des parasites et il est difficile de fixer la proportion des corps de Laveran relativement aux globules sanguins. Dans un cas, néanmoins, où il existait beaucoup de demi-lunes, on en rencontra une pour 1300 globules. Jamais les parasites n'ont été trouvés dans le liquide de l'herpès labial, herpès si fréquent dans les accès palustres.

Sur les 7 accès pernicieux (6 décès), 3 fois le sang fut examiné pendant la vie, toujours on trouva l'organisme de Laveran, dans un cas même les capillaires cérébraux en étaient gorgés.

Les cas négatifs deviennent chaque jour de plus en plus rares : Ossler, 8 cas sur 80; Laveran, 48 sur 480 (Dans la plupart de ces cas négatifs, de la quinine avait été ingérée antérieurement). Councilman n'a pas un cas négatif sur 150 examens.

Les corps intracorpusculaires sont évidemment des organismes pathogènes: on les trouve seulement dans la malaria, jamais dans d'autres maladies; ils jouissent de mouvements amiboïdes, ils détruisent l'hémoglobine des hématies qui les renferment, ils se colorent et enfin ils se multiplient à une certaine période de l'accès.

Telles sont les conclusions du savant américain. Puissent-elles susciter enfin des travaux de nos compatriotes.

Un savant français a été étudier la fièvre jaune sur place, certes la malaria est pour la France et ses colonies un fléau autrement redoutable que le vomito.

Il nous paraît donc nécessaire de reprendre toute cette étude de la malaria. Si de nouvelles recherches confirment les observations que nous venons de résumer, on n'oubliera pas, nous l'espérons, que c'est un Français qui a le premier découvert l'organisme de la malaria.

CATRIN.

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphiliographie.

SYPHILIS SECONDAIRE DU FOIE, par M. Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

De tous temps le foie a été pour les médecins une mine inépuisable de théories. Aussi n'est-il pas étonnant qu'on lui ait fait jouer un rôle considérable dans la genèse de la syphilis. Les idées de Galien sur l'importance de cette glande régnaient à la fin du quinzième et au commencement du seizième siècle. Elles déteignirent sur les conceptions qu'on se fit de l'étrange et terrible épidémie qui envahit l'Europe à cette époque. Benedetti, un des plus anciens syphiliographes, rapporte qu'à l'autopsie d'un jeune gentilhomme syphilitique, on trouva que la capsule du foie était érodée. En 1540, Lecoq soutenait « qu'une qualité nuisible et pestilentielle pullule dans le foie des syphilitiques ». En 1555, Fallope, de Padoue, supposait que la sanie virulente pénètre dans les veines, « et que, comme ces veines atteignent au foie et non au cœur, il s'ensuit que le foie est atteint d'abord et en lui-même, et ce foie étant le seul organe toujours lésé est, par conséquent, le siège de prédilection de cette maladie ». Brassavole et Montanus soutenaient les mêmes idées. En 1563, Tomitanus mentionna comme lésions du foie, qu'il avait trouvées sur le cadavre de quelques syphilitiques, « une sorte de gale et de pustules ». Par contre, Botal affirmait qu'il n'avait jamais rencontré la moindre altération dans le foie des syphilitiques.

Vers le commencement du dix-septième siècle, les élucubrations galéniques furent remplacées par d'autres. La chimiâtrie les détrôna. Ce fut une éclipse momentanée pour le foie. Mais Astruc (1740) ne manqua pas de le faire engorger par la syphilis, comme il faisait engorger tout le reste. Et il y a du vrai dans son galimatias, reproduit, amplifié, commenté par les plus illustres médecins de cette période, Van Swieten, Boerhaave, Fabre, Lassus, etc. « La jaunisse, dit Rossen de Rosenstein (1764) dans son *Traité des maladies des enfants*, a été remarquée par de bons observateurs parmi les accidents de la syphilis, et dans ce cas elle peut guérir par le mercure. » Voilà qui est bien parlé.

Ecoutez encore Hufeland : « L'hydropisie peut être de nature syphilitique » ; Portal (1812) : « Le foie peut être quelquefois affecté par le vice vénérien peu de temps après que ce vice a été contracté et d'autres fois à des distances plus ou moins éloignées de la cohabitation impure. » Rayer (1835) mit en lumière un fait capital sur lequel j'ai beaucoup insisté au sujet des néphrosyphiloses, à savoir la coïncidence qu'il avait fréquemment rencontrée entre les néphrites albumineuses d'une part et les maladies du foie de l'autre, chez les malades atteints de syphilis constitutionnelle. M. Ricord (1839) trouva dans le foie et décrivit des lésions qu'il compara aux gommes du tissu cellulaire sous-cutané.

Mais c'est avec Dittrich (1849) que commencèrent nos connaissances les plus sérieuses sur la pathologie syphilitique du foie, puisqu'elles avaient pour base quarante-six observations. A partir de cette époque, les travaux sur la syphilose du foie se multiplièrent en quelques années.

Parmi les plus importants il faut citer ceux de Gubler, d'Yvaren, de MM. Luton, Virchow, Frerichs, Wilks, Leudet, Hérard, Lancereaux, Cornil et Ranvier, et surtout la thèse très remarquable de M. le docteur Lucien Lacombe (1874) et, plus récemment, celle de M. Delavarenne (1879), qui mérite aussi les plus grands éloges. Bien d'autres ont écrit sur ce sujet depuis quarante ans.

Il est assez difficile de dire dans quelle proportion numérique exacte le foie est attaqué par la syphilis. Assurément sa syphilose occupe une des premières places parmi les viscéropathies spécifiques. Elle l'emporte de beaucoup, à tous égards, sur celles de l'estomac, du tube intestinal, du poumon et peut-être du rein, etc. Mais en est-il de même pour le névraxe et surtout pour le cerveau ? Non. Je puis affirmer d'après mon expérience personnelle que tout syphilitique, quels que soient la forme et le degré de sa syphilis, quelles que soient les conditions dans lesquelles il se trouve placé, et par ce fait seul qu'il est infecté, se trouve bien plus dans l'imminence d'une détermination sur l'encéphale que sur l'organe hépatique.

La chronologie nous en donne la raison dans une certaine mesure. En effet, la syphilis du foie appartient essentiellement à la période tertiaire. Il est très rare, quoi qu'on ait dit, de la voir apparaître peu de temps après l'accident primitif. Les intervalles de quatre, neuf, quatorze, quinze, vingt-quatre et même quarante ans, depuis le début de l'infection, sont les plus communs. Elle coïncide dans la grande majorité des cas avec les accidents tertiaires de la dernière période, les gommes du tissu cellulaire sous-cutané, les exostoses, les nécroses, les pharyngopathies ulcéreuses, etc. Bien au contraire, les affections syphilitiques de l'encéphale surviennent fréquemment à une époque peu éloignée du chancre. Elles appartiennent tout autant aux syphilis

jeunes qu'aux syphilis anciennes, et peut-être plus à celles qui sont bénignes et éphémères dans leurs manifestations extérieures, qu'à celles qui sont vouées dès leur origine aux processus successifs et interminables du tertiarisme.

C'est un fait que j'ai mis en lumière il y a seize ans et mon expérience depuis 1872 n'a fait que le confirmer. Combien d'autres après moi ont rapporté de cas d'encéphalopathies précoces! En est-il de même pour le foie? Comptez les déterminations précoces de la syphilis sur cet organe. Ce sera facile. Il n'y en a qu'une dizaine qui réunissent toutes les conditions d'authenticité qu'on est en droit d'exiger. C'est qu'il ne faut pas prendre pour une syphilose hépatique tout ictère qui d'aventure se produit pendant la première phase de la maladie constitutionnelle. Tant d'autres causes peuvent lui donner lieu, qu'on est en droit d'élever des doutes sur son origine spécifique, quand il traduit à lui seul la souffrance du foie. Pour déclarer que cet organe est réellement touché par la syphilis, il faut que quelques modifications matérielles se soient produites en lui, qu'il soit pour le moins augmenté de volume, que tout ne se réduise pas à un simple trouble fonctionnel.

Eh bien, quoique mon attention soit fixée depuis vingt ans sur les déterminations viscérales précoces de la syphilis, je n'ai trouvé qu'un seul cas de syphilose hépatique méritant cette épithète. Je crois, par exemple, qu'il n'en existe pas un seul plus indiscutable que celui-là, car, en dehors de toute autre cause que la syphilis, je vis se développer sous mes yeux, et en pleine période secondaire, au milieu des accidents multiples des huit ou dix premières semaines, intimement mêlée à leur évolution et en partageant les vicissitudes, une affection hépatique caractérisée non plus par l'ictère seulement, mais par l'hypertrophie de l'organe et par des douleurs dans l'hypochondre droit et l'épigastre.

Cette observation est trop typique pour que je ne la résume pas ici. Je l'ai communiquée à M. Delavarenne qui l'a reproduite tout au long dans sa très bonne thèse. Elle me fournira l'occasion de dire quelques mots sur la *syphilis secondaire du foie* dont on a singulièrement exagéré la fréquence et la portée.

Le malade, âgé de trente-six ans, scieur de long, entra le 18 février 1876, dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 36. Il était grand, vigoureux, bien constitué, d'une bonne santé et n'avait jamais eu aucune manifestation diathésique, ni aucun symptôme de maladie chronique, lorsqu'il contracta la syphilis au commencement de 1876. On ne trouva dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde en 1863, et un chancre mou en 1872. Pas d'alcoolisme, ni d'impaludisme.

Son dernier chancre, quoique compliqué d'un bubon suppuré, était bien réellement syphilitique. Son pus et celui de son bubon furent inoculés sans résultat. Il fut très long à guérir malgré le traitement interne employé dès le début. L'adénopathie, au contraire, se cicatrisa très vite.

Les premières traces des accidents consécutifs firent leur apparition juste six semaines après le début du chancre et furent précédées de troubles constitutionnels assez sérieux: fièvre vespérale et nocturne, irrégulière, avec diaphorèse abondante; agitation, insomnie, céphalées violentes surtout pendant la nuit; douleurs dans les membres, faiblesse générale, etc. Ils consistèrent en une roséole érythémateuse, entremêlée de papules qui s'élargirent rapidement. A la huitième semaine révolue de la syphilis, le genou droit, puis le gauche, devinrent douloureux, sans hydarthrose; l'arthropathie ne tarda pas à se généraliser et sévit avec violence sur les coudes, les poignets, toutes les articulations de la main et du pied, etc. Elle dura quinze jours, avec des alternatives de mieux et de plus mal; il y eut aussi des douleurs crampoïdes musculaires.

Elle était guérie depuis huit ou dix jours, lorsque le malade présenta sur la peau une teinte manifestement ictérique. Aucune cause autre que la syphilis ne pouvait expliquer cette affection hépatique, ni excès en quoi que ce soit, ni catarrhe gastro-intestinal, ni secousse physique ou morale. Le traitement non plus ne pouvait en rendre compte; il n'avait été commencé qu'au moment de l'invasion des accidents secondaires et avait consisté en 6 centigrammes de protoiodure d'hydrargyre chaque jour, auxquels j'avais ajouté plus tard deux cuillerées à dessert de sirop de biiodure ioduré. Cette syphilose hépatique débuta sans fièvre, sans troubles digestifs marqués, sans douleur, et ne donna lieu qu'à un sentiment de gêne et d'embarras au niveau de l'épigastre.

Tout ne se borna pas à la jaunisse; au bout de quatre ou cinq jours, la palpation et la percussion du foie provoquaient une douleur légère et faisaient constater déjà une augmentation notable de volume. Au bout de huit jours, la teinte ictérique était devenue très foncée et orange, de jaune qu'elle était auparavant. En même temps grossissaient les papules plates et les plaques cutanées, dont quelques-unes atteignirent les dimensions d'une pièce d'un franc et s'érodèrent.

Etat du malade au quinzième jour de l'hépatosyphilose. — Pouls, 68, régulier. Peau fraîche. Température, 37°,8. Langue humide, rose, peu chargée. Légère inappétence. Pesanteur gastrique après l'ingestion des aliments. Un peu de douleur à la pression de l'épigastre, près de la ligne médiane à droite. Ventre plat et souple. Une ou deux garde-robes par jour, fétides et décolorées.

Le bord supérieur du foie remontait jusqu'à la sixième côte et son bord inférieur descendait à trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes; il ne dépassait la ligne médiane que de 2 centimètres. Sa surface, dans la partie accessible à la palpation, ne présentait ni bosselures, ni anfractuosités. En arrière, à droite, matité hépatique dans le tiers inférieur de la poitrine. Légère voussure épigastrique. Rate normale.

Peau et muqueuse fortement teintées en jaune orangé. Dans les urines, ni sucre, ni albumine, mais très grande proportion de matières colorantes. Pas d'hémorrhagies.

Larges papules plates dans le dos, sur les flancs, les avant-bras et les jambes. Nombreuses croûtes d'impétigo dans le cuir chevelu. Plaques cutanées squameuses ou croûteuses. Céphalalgie frontale avec vertiges. Sommeil. Etat général assez bon.

Dès l'apparition de l'ictère, j'avais suspendu le traitement spécifique, mais je le repris quand l'hypertrophie du foie m'eut démontré qu'il s'agissait bien là, non pas d'un simple trouble de la sécrétion biliaire, mais d'une véritable hépatosyphilose subinflammatoire. Je donnai 2 grammes d'iodure de potassium vers le quinzième jour de l'affection, à l'époque où elle atteignit la plénitude de son développement. Elle resta stationnaire environ une semaine, puis elle commença à décroître lentement. L'amélioration se traduisit vers le vingt-cinquième jour, par le retour de l'appétit et des forces et une coloration moins foncée de l'ictère. Mais à cette époque le malade fut tourmenté par de nouvelles crises de douleurs rhumatismales et surtout névralgiformes dans les jointures et dans la continuité des membres.

Au trentième jour de l'hépatosyphilose, la situation était devenue excellente; peu ou plus de douleurs, syphilide papulo-érosive en voie de guérison. Le foie descendait moins bas au-dessous des fausses côtes, l'ictère s'effaçait de jour en jour. Retour des forces. Grand appétit. Disparition des vertiges. Le malade se levait, ce qu'il n'avait pas fait depuis plusieurs semaines.

Cinquante jours après l'apparition de l'ictère, il put sortir, à peu près complètement guéri.

Est-il possible d'élever quelque doute sur la nature syphilitique de cette affection du foie? Qui aurait pu la produire si ce n'est la maladie constitutionnelle? N'en a-t-elle pas été une émanation directe au même titre que les arthropathies, les algies névralgiformes, les papules, les plaques cutanées, l'impétigo? Et remarquez bien le processus: l'augmentation progressive du foie, son hypertrophie stationnaire, puis sa décroissance graduelle, la coloration très intense et orangée de l'ictère, la douleur épigastrique vers le lobe gauche du foie qui paraissait la partie de l'organe la plus atteinte; puis spontanément, ou sous l'influence de l'iodure de potassium, l'amélioration et une guérison définitive qui a marché parallèlement à celle de tous les autres accidents dont l'évolution s'est pour ainsi dire combinée d'une façon intime avec celle de l'hépatosyphilose. Que faudrait-il de plus pour entraîner la conviction?

Y a-t-il d'autres observations aussi probantes que celle-là? Deux, dues à M. Luton, sont également incontestables:

Soixante-quinze jours après la guérison d'un chancre infectant, douleurs assez vives dans l'hypochondre droit, augmentation de volume du foie, et, quatre jours après, ictère. En même temps, poussées de plaques muqueuses dans la gorge et roséole. Aucune autre cause que la syphilis.

Chez le second malade, au dixième mois de l'infection, plaques muqueuses, syphilide érythémateuse et en même temps ictère très intense et hypertrophie du foie. Aucune autre cause que la syphilis.

Dans le *Traité de la syphilis* de M. Lancereaux, on trouve trois observations qui lui sont personnelles et une recueillie par M. Biermer. Sur ces quatre cas d'hépatosyphilose précoce, deux sont très probants :

Chez un malade, en même temps que se produisait l'éruption de la roséole et des plaques muqueuses, le foie devint douloureux, se tuméfia et il y eut une suffusion ictérique. Perte d'appétit, douleurs musculaires et articulaires violentes. Céphalalgie intense. Aucune cause occasionnelle.

Chez une jeune femme de dix-huit ans, ictère franc, avec gonflement sans douleur notable du foie, ni spontanée, ni provoquée à l'hypochondre, survenu en même temps que l'angine, les plaques muqueuses, les syphilides papulo-lenticulaires, l'alopécie de la période secondaire.

Dans l'excellente thèse du docteur Lacombe, outre trois cas d'hypertrophie hépatique avec ou sans douleur, *mais sans ictère*, pendant les premières phases de la syphilis, nous trouvons la suivante, qui est plus détaillée et fort curieuse :

Huit mois après le coït infectant, la malade fut prise de roséole, de plaques muqueuses, d'alopécie. Quelques jours après survint un ictère avec gonflement du foie *et de la rate* et des douleurs dans le côté droit, à la percussion. En même temps apparurent des exostoses au front et à la clavicule. Perte d'appétit. Douleurs nocturnes de tête très vives. Amélioration sous l'influence du traitement. L'ictère ne dura que dix-sept jours. Le gonflement du foie persista deux mois et demi environ.

Un cas à peu près semblable se trouve dans le premier fascicule des *Affections du foie* de M. le docteur Quinquaud : jaunisse, hypertrophie du foie, céphalée nocturne et syphilides exanthématiques. Le foie mit quatre mois à reprendre son volume normal.

Tout en étant précoce, la syphilose du foie coïncide parfois avec des manifestations d'ordre tertiaire. C'est ce qui a lieu dans les syphilides malignes. En voici deux exemples communiqués à M. Delavarenne par M. le docteur Quinquaud :

Chancre ulcéreux sublingual, survenu un mois après le coït infectant. Au deuxième mois du chancre, troubles constitutionnels graves, et peu de temps après, éruption d'une syphilide maligne généralisée, constituée par de larges plaques cutanées psoriasiformes ou suppurantes et par des pustules d'ecthyma. C'est en pleine éruption, vers le troisième mois du chancre, que le malade commença à ressentir un peu de pesanteur dans l'hypochondre droit, une légère sensibilité épigastrique et des douleurs abdominales. Le foie dépassait de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes sur la ligne médiane mamelonnaire. On le sentait à peine sur la ligne sternale. Aucune bosselure, aucune tumeur à sa surface. Submatité hépatique, en arrière, dans le quart inférieur de la poitrine. La rate était également plus volumineuse qu'à l'état normal. Il existait une petite quantité d'albumine dans les urines. Pas d'ictère. On ne trouvait dans le passé du malade ni dans les conditions actuelles de son existence, aucune cause à laquelle on pût rattacher cette affection hépatique. Il s'agissait donc bien d'une syphilis maligne précoce, avec détermination, vers le troisième mois de l'infection, sur le foie, sur la rate, et probablement aussi sur les reins. Sous l'influence du traitement spécifique, l'albumine disparut au dix-septième jour, le foie commença à diminuer vers le huitième, mais il ne revint à son état normal qu'après une médication mixte de deux mois.

Il est évident que la syphilis était seule responsable de la tuméfaction douloureuse survenue dans les viscères des hypochondres. Un seul symptôme faisait défaut, c'était l'ictère. Il n'est pas indispensable et il y a bien des cas d'hépatosyphilose dans lesquels il ne se montre pas. Il existait dans le fait suivant et il dura même trois mois.

Le jeune malade, âgé de dix-neuf ans, avait eu un chancre infectant de la verge après un mois d'incubation. Au deuxième mois de ce chancre, troubles constitutionnels très sévères : fièvre, sueurs profuses, courbature excessive, céphalées nocturnes, qui durèrent douze jours. Puis, arthropathies du coude et du genou droit, avec épanchement léger dans ce dernier, qui furent guéries au bout de dix jours.

C'est à peu près vers cette époque, c'est-à-dire vers le deuxième mois du chancre, que le malade se plaignit d'une gêne épigastrique sans fièvre, avec un peu d'inappétence. Ensuite son ventre augmenta de volume. Quelques jours après, éruption érythémateuse par plaques disséminées sur tout le corps, croûtes au cuir chevelu, etc.

Le foie débordait notablement les fausses côtes. Il présentait une tuméfaction diffuse, dénotant une hypertrophie générale et non partielle. Ni saillies, ni dépression à sa surface. La rate était également hypertrophiée. Ictère très foncé, d'une couleur jaune d'ocre. Urines non albumineuses, donnant avec l'acide nitrique la coloration verte, caractéristique de la biliverdine. Matières fécales décolorées.

Une syphilide maligne pustulo crustacée ne tarda pas à remplacer la première poussée érythémateuse. Elle fut postérieure à l'hépatosyphilose. Amaigrissement, cachexie. Traitement mixte et tonique. Au bout de quinze jours, le foie diminua de volume et l'ictère devint moins foncé. La guérison complète demanda trois mois de traitement. Cette affection hépatique dépendait uniquement de la syphilis. Ce jeune garçon n'avait jamais eu de fièvres intermittentes, il ne faisait point d'excès alcooliques et, avant son chancre, ni depuis, il n'avait présenté aucun dérangement des fonctions digestives, etc.

Une circonstance à noter dans ce fait, c'est que l'hépatosyphilose a précédé les déterminations sur la peau. Elle a été antérieure non seulement à la syphilide maligne pustulo-crustacée, mais aussi à l'éruption érythémateuse qui l'avait précédée et en avait été comme l'avant-coureur. Elle est survenue entre les troubles constitutionnels et la première poussée du côté de la peau. En réalité elle a traduit, au même titre que la fièvre, les sueurs profuses, les céphalées et les arthropathies, l'impression immédiate et directe du virus sur l'organisme.

(A suivre.)

Clinique chirurgicale.

ÉTUDE CLINIQUE SUR L'ÉTIOLOGIE DU TÉTANOS,

par le docteur RICOCHON (de Champdeniers).

(Fin. — Voy. le numéro 35.)

De toutes ces observations, il résulte ceci :

D'abord, que dans une localité où le tétanos n'existait pas de temps immémorial, un premier cas se déclare, et cela suffit pour qu'un deuxième, un troisième... interviennent à la suite et à la même place. Cela se voit pour les animaux dans une même écurie, dans une même stalle ; pour l'homme, dans la même salle, dans le même lit d'hôpital. Que conclure, sinon que les germes tétaniques, issus du premier cas, conservent des années durant, leur activité virulente ? Or, pendant que quelques-uns de ces germes restent ainsi sur place, la plupart sont enlevés avec la paille des écuries, déposés dans les fumiers, de là épandus dans les cours de ferme, les jardins, les champs... Et, comme dans une région telle que la nôtre, il n'est guère de villages où le tétanos ne fasse bien quelque apparition dans le cours d'une génération, on voit déjà que les germes tétanogènes doivent aujourd'hui être disséminés un peu

partout, autour des habitations rurales, dans les terres cultivées et fumées. On voit encore comment la répétition de quelques cas peut constituer un véritable foyer endémique, tel que celui que nous venons de signaler à Saint-Georges-de-Noisné.

On comprend de même que les espèces animales, telles que les solipèdes, le cheval en particulier, qui sont les victimes habituelles du tétanos, en sont également les propagateurs les plus actifs. C'est un fait sur lequel M. Verneuil a fait la lumière dans ces derniers temps, et il n'est guère douteux aujourd'hui que beaucoup de cas de tétanos, chez l'homme, ne procèdent, par une filiation plus ou moins directe, du tétanos équin.

Mais notre maître est allé plus loin encore. Il est disposé à croire, il croit que les gens qui vivent dans la fréquentation des chevaux, même indemnes, sont, de ce fait seul, plus exposés que d'autres à prendre le tétanos. Quand un cas se déclare, il accuse les chevaux qui sont présents sur le lieu de l'accident. S'il n'y en a pas, il suspecte ceux qui sont à la ronde.

Que notre maître nous pardonne de prendre contre lui la défense des suspects. Peut-être ne sont-ils pas tous aussi coupables. Nous savons bien qu'il est nombre d'observations dont les victimes ont eu, avec les chevaux, des relations évidentes. M. Verneuil en a fourni lui-même un contingent fort respectable. Mais n'y a-t-il point là, au lieu d'un rapport de cause à effet, une simple coïncidence qui tient au milieu rural dans lequel ces observations ont été recueillies? A la campagne, en effet, tout le monde a plus ou moins affaire aux chevaux, et les accidents y sont le plus souvent leur fait ou le fait des moteurs actionnés par eux. C'est un coup de pied; c'est une chute de charrette; c'est un écrasement pour un manège, etc.

En pareil cas, quand le tétanos se déclare, si l'on cherche le cheval, on a quelque chance de le trouver. Qu'il soit la cause de la blessure, c'est presque sûr. Mais que, par surcroît, il ait passé le tétanos à sa victime, ce n'est plus aussi évident. Cette accusation viole à son endroit le principe si généralement vrai que : « chacun ne peut guère donner que la maladie qu'il a ». Et puis elle est inutile; car, abstraction faite du cheval, il peut y avoir, il y a souvent une autre cause de contamination sur le lieu de l'accident, nous voulons parler du sol. Le vrai coupable ne serait donc pas le cheval-témoin, ce serait un cheval, mort autrefois du tétanos et oublié, qui a laissé après lui des germes, restés longtemps endormis, qui se sont réveillés au contact de la plaie.

Quand un équarrisseur se blesse dans son atelier et prend le tétanos, comme dans les deux cas suivants :

Obs. XXX. — X..., équarrisseur, atteint de broncho-pneumonie, et à qui l'on avait appliqué un vésicatoire, est atteint de tétanos et meurt (docteur Morillon, de Coulanges).

Obs. XXXI. — X..., équarrisseur, reçoit dans son atelier un coup de fusil chargé de gros plomb dans le creux de l'aisselle. Extraction de cinquante-six grains de plomb et de *lambeaux de vêtement*. Au quinzième jour, allant bien, il sort; tétanos; guérison par des doses fantastiques de chloral (docteurs Sauzé et Prouhet, de la Mothe-Saint-Héraye).

Ce que l'on accusera certainement, entre les milliers de chevaux amenés à l'équarrissage, ce sont les chevaux atteints du tétanos qui ont dispersé leurs germes sur le sol de l'atelier, sur les vêtements et la peau de la victime, et non les autres. On reste mieux ainsi, semble-t-il, dans la donnée étiologique habituelle des maladies virulentes, du charbon en particulier. Ici, du reste, les faits paraissent évidents; mais, n'en fût-il rien, le temps écoulé, la distance, la foule des intermédiaires, rendent-ils obscure la filiation d'un cas donné, que l'interprétation précédente ne lui serait pas moins applicable, et que nous devrions, jusqu'à preuve contraire, le rattacher à un cas antérieur.

Telle serait donc la règle.

Ce qui n'empêche que des chevaux sains peuvent parfois accrocher au passage, déglutir avec leurs fourrages des germes tétaniques, les porter ainsi dans leur robe, sous leurs pieds, dans leurs excréments, et en infecter ainsi une localité d'abord indemne ou un blessé placé à leur portée. Cela peut leur arriver comme à tout autre objet, comme à la manchette ou au bistouri d'un vétérinaire, comme à tout autre animal domestique; plus souvent même, si l'on veut, en raison de leur contact possible avec d'autres chevaux malades, avec des fumiers, des poussières contaminées, et de leurs fréquentes relations avec l'homme.

Cela arriverait de préférence dans les lieux de rendez-vous des chevaux de toute provenance, dans les cours ou le voisinage des ateliers de ferrure, des auberges, des écuries de maquignons... En voici peut-être deux exemples :

Obs. XXXII. — En mars 1844, G..., jeune garçon de quatorze ans, fils d'aubergiste de la Chapelle-Pitié, mis en pension chez un aubergiste-maréchal de Moncoutant, se fait une fracture comminutive de la jambe gauche; tétanos foudroyant (docteur Bonnin, de Moncoutant).

Obs. XXXII *bis*. — En 1883, M..., âgé de dix-sept ans, employé à l'Ecole de dressage de Saint-Maixent, fit une chute de cheval, et se fit une plaie contuse de 0m,8 au niveau de la rotule. Au moment de la cicatrisation, les points de suture venant d'être enlevés, tétanos. Guérison par la morphine et le chloral à hautes doses (docteur Carré, de Saint-Maixent).

Les maréchaux ferrants, les aubergistes, les marchands de chevaux, exposés à manipuler un jour ou l'autre des chevaux ainsi contaminés, peuvent à leur tour s'imprégner les doigts de germes, et inoculer des personnes tierces, ainsi qu'en témoignerait le cas suivant :

Obs. XXXIII. — En mai 1844, B..., maréchal ferrant à Moncoutant, veuf, pansait parfois de ses mains un exutoire que sa fille, âgée de dix-sept ans, portait au côté gauche de la poitrine. L'enfant prit le tétanos et mourut (docteur Bonnin, de Moncoutant).

Enfin ils pourraient s'inoculer eux-mêmes en cas de blessures.

Obs. XXXIV. — En septembre 1884, S..., ex-maréchal ferrant à Bécebeuf, travaillant par hasard dans l'atelier de son successeur, s'écrase trois doigts de la main dans un engrenage. Amputation de deux doigts; essai de conservation d'un troisième. Au bout de six jours tétanos; mort au douzième (docteur Ricochon).

Mais ces cas, sans compter que leur interprétation est toujours douteuse, restent très rares, absolument et par rapport aux innombrables blessures que les maréchaux ferrants, les cavaliers de régiment, les vétérinaires, les palfreniers, etc., se font journellement. Ils ne sont du reste pas comme fait de transmission le privilège exclusif des chevaux. Suffisent-ils à étayer une doctrine étiologique qui ferait dans la propagation du tétanos, une part plus grande aux chevaux sains qu'aux chevaux malades? C'est ce que l'avenir apprendra.

Nous serions bien tenté, d'autre part, de faire quelques réserves sur la zoogenèse exclusive des germes tétaniques. Entendons-nous bien. A prendre les choses de fort loin, ce n'est pas se risquer beaucoup que de dire que les germes ont tous, primordialement, une origine cosmo-tellurique. Mais les uns ont été pathogènes d'emblée et dès le sol, et les autres n'ont acquis leur spécificité virulente actuelle qu'après de longs passages à travers certaines espèces animales (1). Parmi ces derniers il en est dont l'existence est exclusivement liée aujourd'hui à celle de leurs animaux

(1) Tel serait le *Bac. anthracis* qui paraît bien provenir du vulgaire bacille du foin, du *Bac. subtilis*.

vecteurs ; il en est d'autres qui vivent alternativement sur ceux-ci et dans le sol et les eaux.

A quelle catégorie appartiennent les germes tétaniques? A s'en tenir à ce que nous avons déjà dit, à considérer que le tétanos semble vivre et s'entretenir du tétanos, qu'un cas initial suffit, dans une localité d'abord indemne, pour en engendrer parfois une série indéfinie, il semble bien que, tout au moins sous nos climats, ces germes ont généralement une provenance animale. Mais en est-il partout de même? N'existe-t-il point sous d'autres latitudes des contrées, telles que les deltas des grands fleuves, les littoraux marécageux, fertiles en *malarias* de toutes sortes, où les germes n'ont pas besoin de cette transmigration dans le corps des animaux et acquièrent d'emblée leur virulence tétanogène? L'existence endémique du tétanos dans ces contrées, les explosions épidémiques auxquelles il donne lieu le feraient croire. Et dès lors on peut se demander si dans nos contrées il ne serait point quelques foyers telluriques du même genre, et si parmi eux ne compterait point la petite vallée alluviale de la Charrière, par exemple.

C'est une hypothèse invérifiable il est vrai, et nous ne l'exprimons que pour réserver l'avenir dans une question étiologique encore si obscure. Ce que nous pouvons dire de mieux en sa faveur, c'est que le tétanos équin a dû jouer un rôle bien effacé dans cette épidémie; car, nous l'avons déjà dit, nous n'en relevons qu'un cas, en 1872, au Grand-Bousseau. Du reste cette dualité d'origine n'aurait qu'une importance théorique; car, d'une manière ou d'une autre, nous croyons que le rôle de certains sols reste toujours important; que ceux-ci contribuent par leurs matières organiques ou leurs corps composants à la conservation d'abord, à la multiplication ensuite des germes, et que les fermiers en particulier doivent parfois rendre avec usure ceux qu'ils ont reçus en dépôt.

Cas isolés. — Ces cas ont trait à l'espèce humaine seule. Ils sont au nombre de 80 environ. Venus de tous les points de notre horizon, transcrits tels quels par nous, ils équivalent à une statistique intégrale et les éléments de vérité qu'ils renferment n'ont pu être faussés par aucune préoccupation doctrinale, complètement étrangère à l'esprit de nos confrères. Elles doivent donc être pour nous un guide sûr dans la vérification de notre conception étiologique du tétanos.

Si réellement le tétanos est une maladie microbienne et que ses germes soient contenus dans l'humus végétal, quelle que soit du reste leur provenance antérieure, ces observations doivent en rendre témoignage, et l'état signalétique des blessures doit offrir des particularités communes qui les rattachent en quelque manière au sol ou aux objets y attenant. De même nous devons induire à priori les conditions sociales ou professionnelles, les organes lésés et les agents vulnérants qui donnent de préférence le tétanos.

C'est ainsi que les blessures des pieds et du bas des jambes, celles des mains doivent donner un plus grand nombre de cas. Nous en comptons, en effet, 20 pour les premières et 24 pour les secondes. Nous ne pensons pas qu'on puisse objecter que cette fréquence est toute relative, qu'elle est dans la mesure de la fréquence habituelle des plaies aux extrémités et rien au delà. Le contraire est un fait de notoriété publique. L'explication nouvelle que nous donnons de ce fait paraîtra d'autant plus satisfaisante qu'elle permet aussi de comprendre pourquoi les plaies des pieds, malgré leur moindre fréquence certaine donnent sensiblement le même nombre de cas que celles des mains.

On peut nous faire une autre objection, et dire qu'en dehors de toute influence du sol, la sensibilité des pieds et des mains, l'intensité de leurs réactions douloureuses suffiraient pour expliquer la fréquence des accidents nerveux du tétanos dans les blessures de ces organes. Ce sont là des éléments de causalité non négligeables; mais ils perdent de leur importance, quand on remarque que le plus souvent il s'agit de lésions insignifiantes, d'excoriations légères, souvent guéries du reste quand le tétanos éclate; et si l'on veut bien songer que le plus souvent les victimes ont eu antérieurement sur les mêmes organes, et chaque fois sans dommage, des plaies plus étendues, on ne pourra guère s'empêcher de conclure à une inoculation virulente pour cette dernière fois (1).

a. *Tétanos par blessures des pieds*. — Voy. plus haut obs. XIII, XXIII, XXIV.

Obs. XXXV. — M..., vingt-trois ans, cultivateur, se donna un coup de *pioche* dans le *pied* en travaillant au *jardin*. Tétanos grave; guérison. — Chevaux (docteur Bonnin, de Moncoutant).

Obs. XXXVI. — G..., vingt-quatre ans, cultivateur, blessé au *pied* par des *bottes* trop étroites; continua à marcher; tétanos violent au bout de quelques jours; guérison; céphalalgie persiste; mort quelque temps après d'une encéphalo-méningite. — Chevaux (*Id.*).

Obs. XXXVII. — C..., cultivateur, blessure au *pied* par ses *sabots;* au bout de deux jours, tétanos; mort. — Chevaux (*Id.*).

Obs. XXXVIII. — Ch..., cultivateur, eut par mégarde le *gros orteil* carbonisé près de son feu; tétanos; mort (docteur Brillaud, de Bressuire).

Obs. XXXIX. — L..., cultivateur, eut le *pied* pris dans l'engrenage d'une *machine à battre* le blé; tétanos; mort. — Chevaux (M. Brangier, d'Echiré).

Obs. XL. — Jeune dame avait au bas de la jambe une blessure accidentelle et insignifiante, contractée on ne dit pas comment, part pour Paris; fatigues du voyage; prise de tétanos et soignée avec le chloral à hautes doses par M. le docteur Bucquoy et l'un de ses confrères, guérison (docteur Gaillard, de Parthenay).

Obs. XLI. — Il y a trente ans, jeune femme de vingt-cinq ans, en opérant son déménagement marcha sur une *pointe* qui s'enfonça dans le *pied;* guérison assez rapide; se rendit peu après à une foire pour vendre sa chèvre; en revint très contrariée; prit le tétanos le lendemain et en mourut (docteur Sauzé, de la Mothe Saint-Héraye).

Obs. XLII. — En mai 1878, P. E..., cinquante ans, garçon d'écurie dans une auberge, plaie superficielle du *cou-de-pied* par *son sabot*, en labourant à la houe; tétanos au bout de quelques jours; bains prolongés; guérison (docteur Héliot, de Chef-Boutonne).

Obs. XLIII. — Ecrasement du *gros orteil* et de la tête du *métatarsien* chez un cultivateur; refus d'amputation; tétanos; mort le huitième jour. — Chevaux (docteur Foucart, d'Oiron).

Obs. XLIV. — Broiement des trois derniers *métatarsiens* chez un cultivateur; plaie horriblement déchirée; tétanos le quatorzième jour; mort le seizième. — Chevaux (docteur Foucart).

Obs. XLV. — B..., fermier, tomba sous son cheval, sur la *route*, en décembre 1869; fracture comminutive des *malléoles* avec plaies; tétanos; mort le sixième jour (feu le docteur Proust, de Champdeniers).

Obs. XLVI. — En 1874, R..., cultivateur-propriétaire, en sautant un mur dans un *champ* se fit une fracture comminutive de la *malléole interne* avec issue des fragments; resta une partie de la nuit étendu sur le sol; tétanos; mort. — Avait des chevaux qu'il ne soignait point (docteur Giraud, de la Crèche).

Obs. XLVII. — En septembre 1886, L..., carrier à Saint-Maxirre, tomba d'une *charrette* attelée de chevaux sur la *route;*

(1) Nous indiquerons, chaque fois qu'il y aura lieu et que cela ne ressortira pas des observations, si les victimes étaient en rapport avec des chevaux.

se fit une plaie contuse au *genou;* s'alita; eut une *contrariété* assez vive avec les siens; tétanos le lendemain; mort (docteur Dabault, de Sainte-Pezenne).

OBS. XLVIII. — En 1879, cultivateur, piqué par une *faucille* au niveau de la *cheville;* tétanos; mort (M. Fruchard, médecin à Saint-Jouin-sur-Châtillon).

OBS. XLIX. — B..., cloutier, de Champdeniers, en faisant son tour de France, se blessa au *cou-de-pied* sur la route avec son *soulier;* marcha plusieurs jours; fut pris de tétanos; entra à l'hôpital d'Auxerre; guérit (recueillie par M. Ricochon).

OBS. L. — B..., cultivateur, cinquante ans, de Mougon, fut pris en sautant de sa *charrette*, attelée d'un cheval, entre sa charrette et un arbre; fracture comminutive de l'extrémité inférieure de la *jambe*, avec plaies; irrigation continue; dix jours après tétanos; mort (docteur Gerbier, de Celles).

OBS. LI. — G..., vingt-six ans, domestique de ferme; plaie des *orteils* par sa *botte;* tétanos mortel. — Ne soignait point de chevaux (docteur Pouzet, de l'Absie).

b. *Tétanos par blessures des mains.* — Voy. plus haut obs. III, XI, XII, XXXIV.

OBS. LII. — Un ou deux cas pour panaris (docteur Bonnin, de Moncoutant).

OBS. LIII. — X..., capitaine, a reçu à Gravelotte un éclat d'obus qui s'est incrusté dans l'os de l'*annulaire droit;* extraction facile du projectile, en 1871; tétanos le huitième jour; mort en quatre jours (docteur Pillet, de Niort).

OBS. LIV. — X..., vingt-deux ans, charretier; plaie contuse de l'espace interdigital du *pouce* et de l'*index*, due à un éclat de bois du *timon* de la voiture; plaie mal soignée, devient sanieuse vers le huitième jour; tétanos le douzième; mort le dix-huitième (docteur Pillet).

OBS. LV. — En 1865, X..., concierge de la Trésorerie générale à Niort, se fit légère écorchure au *doigt*, en roulant une *barrique* dans le jardin. Huit jours après, tétanos; mort. — Pas de chevaux depuis deux ans (docteur Roulland, de Niort).

C'est la deuxième fois que nous rencontrons le cercle de barrique comme agent vulnérant, et M. Verneuil en cite un autre exemple.

OBS. LVI. — Jeune jardinier, a la *main droite* écrasée par un *madrier* retombant *à terre;* au moment où la plaie allait mieux, tétanos; mort (docteur Roulland, de Niort).

OBS. LVII. — S..., cinquante-deux ans, voiturier, garde pendant dix jours un *éclat de bois* de 0m,02 sous un *ongle;* fait un voyage à Civray par une pluie battante en cet état; prend le tétanos, meurt en janvier 1884 (docteur Héliot, de Chef-Boutonne).

OBS. LVIII. — Garçon boucher, se piqua le *doigt* au crochet de l'étal sous les *halles* de Chef-Boutonne; tétanos; mort. — Soignait un cheval (feu docteur Héliot père).

OBS. LIX. — B... (Henri), carrier, eut le *doigt* pris sous une *pierre* de la carrière; quelques jours après eut des *contrariétés* avec les siens; tétanos; mort. — Pas de contact avec chevaux (docteur Giraud, de la Crèche).

OBS. LX. — Fermier à Bouin; plaie d'un *doigt;* pansement par un pharmacien; tétanos; mort. — Chevaux (feu docteur Héliot père).

OBS. LXI. — L..., maître gantier de Niort, eut la *main* blessée par un coup de fusil dans une partie de chasse *à la campagne;* tétanos; mort. — Avait des chevaux qu'il ne soignait point (feu docteur Fontant, de Niort).

OBS. LXII. — Fermier, de Surimeau, près Niort, se donna un coup de *marteau* sur un *doigt* en cassant des noix; plaie insignifiante; tétanos quelques jours après; mort (docteur Gauné, de Niort).

OBS. LXIII. — X..., serrurier, à Niort (derrière le quartier de cavalerie), se mutila un *doigt* d'un coup de *marteau;* tétanos; mort (docteurs Baudot et Martineau, de Niort).

OBS. LXIV. — M..., maçon, de Champdeniers, se piqua un *doigt* avec une *pointe* provenant de démolition d'*écurie d'auberge;* tétanos; mort (feu le docteur Proust, de Champdeniers).

OBS. LXV. — C..., menuisier, eut la *main* mutilée par la décharge d'un pistolet dans une noce; tétanos; mort. — Pas de chevaux (feu le docteur Proust de Champdeniers).

OBS. LXVI. — En janvier 1872, P... (Florentin), berger, treize ans, tombe d'un peuplier dans une *prairie;* fracture comminutive de l'extrémité inférieure du *radius* avec issue des fragments; tétanos au bout de deux jours; mort rapide. — Chevaux (docteur Héliot, de Chef-Boutonne).

OBS. LXVII. — Le 23 février 1888, G..., vingt ans, cultivateur eut la *main* mutilée par éclats de fusil; se fit conduire au médecin dans une voiture attelée d'un cheval, et par un froid de moins de 10 degrés. Le 15 mars, sans cause connue, tétanos. Guérison par le chloral à hautes doses (500 grammes en un mois) (docteur Bonnet, d'Airvault).

OBS. LXVIII. — Le 8 août 1886, G..., cultivateur, est renversé sur la *route* du haut de sa carriole, dont le cheval s'abat. Celui-ci pose en se relevant le *pied* sur l'*index* droit du conducteur. Ecrasement de la partie moyenne des doigts sans fractures; irrigation chaude phéniquée continue; tétanos le 17, mort le 25 (docteur Bonnet, d'Airvault).

OBS. LXIX. — En 1872, X..., garde champêtre; *main broyée* par une explosion de mine dans une carrière; irrigation continue à l'hôpital de Parthenay; tétanos; mort. — Pas de chevaux, mais amené à l'hôpital en voiture (docteur Gaillard, de Parthenay).

OBS. LXX. — M. P..., propriétaire à Parthenay, étant à la chasse à la *campagne*, un coup de feu lui déchira les muscles de l'*avant-bras*, sans lésions osseuses ni artérielles; tétanos; mort. — Avait chevaux qu'il ne pansait point (feu le docteur Ganne, de Parthenay).

OBS. LXXI. — X..., propriétaire, blessé à la main d'un coup de fusil, étant à la chasse; irrigation; tétanos; mort (docteur Malherbe, de Fontenay-Rohan-Rohan).

c. *Tétanos par plaies ailleurs qu'aux mains et aux pieds, mais ayant touché le sol ou des objets en contact avec le sol.*

Pour rester dans la logique de notre classification, les plaies siégeant sur d'autres régions que les mains et les pieds, doivent avoir été faites d'une façon indirecte au contact du sol, ou par des objets, par des instruments aratoires (houe, soc, herse, bêche, fourche, pioche, etc.), qui ont eu avec le sol, avec les fumiers, des rapports incessants. C'est bien sous cet aspect que se présente la grande majorité (seize) de ces autres observations.

Voy. plus haut obs. XX, XXI, XXVII, XXVIII, XXXII, XXXII *bis*.

OBS. LXXII. — X..., cultivateur, blessure légère au front, en tombant dans un *escalier* (lieu battu par les chaussures); tétanos vers le dixième jour; mort en trois jours (docteur Pillet, de Niort).

OBS. LXXIII. — Mme X..., de Mirecourt (Vosges), se fit une blessure à la *nuque* en tombant à la renverse en descendant des *escaliers;* au moment de la cicatrisation, tétanos; mort (docteur Roulland, de Niort).

OBS. LXXIV. — T..., journalier, cinquante ans, cassait des pierres sur la route, en mai 1885; blessure insignifiante à l'*oreille* par *éclat de pierre;* tétanos; mort (docteur Pouzet, de l'Absie).

OBS. LXXV. — J..., fermier, quarante ans; plaie contuse voisine de l'articulation du *genou;* alla au bout de quelques jours s'étendre sur le *sol humide* de son aire; tétanos; mort. — Avait un cheval (docteur Pouzet, Absie).

OBS. LXXVI. — En 1874, une enfant courait sur la route après une *herse* attelée d'un cheval; elle tomba; la herse lui

passa sur le corps et lui laboura le *ventre;* tétanos au douzième jour; mort (docteur Proubet, de la Mothe-Saint-Hérayé).

Obs. LXXVII. — C..., quarante ans, cultivateur; fit une chute par *terre* sur la *nuque;* deux mois après, tétanos; mort. — Chevaux (docteur Foucart, d'Orion).

Obs. LXXVIII. — B..., sept ans, le 21 août 1881, conduisait un cheval attelé à un rouleau en pierre; il tombe; le *rouleau* lui passe sur le corps; plaie contuse du *coude*. Le 3 septembre, l'enfant se *met en colère* pour se lever; le lendemain plaie altérée; trismus; tétanos; mort (docteur Bonnet, d'Airvault).

Obs. LXXIX. — Jeune polisson, avait enlevé, pour rire, la clavette d'une roue de charrette attelée d'un cheval, dans laquelle il monta du reste avec d'autres. Cent mètres plus loin, culbute. Le coupable est précipité dans un *bas-fond*; tétanos; guérison (docteur Martin, d'Airvault).

Obs. LXXX. — En 1876, X..., journalier, se fit une légère piqûre au-dessus du pli du *coude* avec un *pieu* de charrette attelée de bœufs; n'y prit garde; quelques jours après travailla dans son jardin; légères douleurs; le lendemain tétanos; mort. — Pas de rapport depuis un an avec les chevaux (docteur Ricochon).

Obs. LXXXI. — X..., jeune cultivateur, chute sur le *genou;* pantalon non entamé; légère éraillure d'abord négligée, et qui va s'élargissant; application de la raclure d'un *vieux chapeau de feutre;* commencement de cicatrisation; tétanos; mort. — Chevaux (docteur Roulland de Niort) (1).

Nous sommes ainsi arrivé à faire rentrer sans effort tous les cas de tétanos dans une classification basée sur le rapport constant que les plaies avaient affecté avec le sol, ou les objets en contact habituel avec le sol.

Il nous reste cependant un léger et inévitable résidu d'observations pour lesquelles la contamination s'est faite probablement par d'autres intermédiaires, tels que doigts, instruments, air... : tétanos chez un enfant portant sur la tête une tumeur causée par une espèce de chique (docteur Bonnin, de Moncoutant); chez une jeune accouchée, à la suite d'une vive contrariété (docteur Bonnet, d'Airvault); chez l'économe de l'hospice d'Oiron, à la suite d'un orgelet enflammé (docteur Foucart, d'Oiron); chez une épileptique tombée dans l'eau bouillante (docteur Pouzet, de l'Absie).

Enfin, nous avons recueilli cinq cas de tétanos *a frigore*, chez un couvreur (docteur Tonnet, de Niort); chez deux cultivateurs (docteur Bonnin, de Moncoutant); chez un adolescent (docteur Foucart, d'Oiron); chez une jeune servante qui l'attribuait à un arrêt des menstrues par refroidissement des pieds (docteur Carré, de Saint-Maixent). Disons encore que M. le docteur Roulland, de Niort, ex-médecin de la marine, a vu quelques cas de tétanos éclater à bord, chez des gens tombés de la mâture ou qui s'étaient fait pincer les doigts entre le plat-bord et les canons. M. le docteur Carré, de Saint-Maixent, nous transmet une observation du même genre.

« En 1867, en mer, dit-il, à peu près en rade de Suez, en remplacement d'un de mes confrères qui venait d'amputer (je ne sais pour quelle raison) la dernière phalange du petit orteil chez un nègre de l'île Bourbon, faisant partie de l'équipage, j'ai constaté le tétanos chez ce nègre. Je fis l'amputation totale du doigt, et le malade fut trente heures sans avoir de crises; après quoi le mal redoubla et l'emporta (2). »

Conclusions. — Nous pourrions donc, à la suite de cette étude sur l'étiologie du tétanos, poser les conclusions suivantes :

Le tétanos est une maladie virulente, microbienne, contagieuse.

La contagion peut se faire d'un malade à l'autre, soit par diffusion aérienne des germes virulents (épidémies de salles), soit par le transport de ces germes sur un corps fixe (bistouri, doigt...) qui les inoculerait dans les plaies.

Les espèces qui contractent et propagent la maladie sont, au premier rang, les solipèdes (cheval, mulet, âne...), puis l'homme et les ruminants (bœuf, mouton, chèvre...).

Les germes, déversés par les tétaniques, dans les fumiers, dans le sol, les eaux..., peuvent s'y conserver fort longtemps.

C'est ainsi que la terre végétale et fumée, les cours de fermes, les routes, les instruments et moteurs agricoles, en contact permanent avec le sol, sont les dépositaires et les dispensateurs habituels de ces germes;

Que les plaies des doigts et des mains, celles des pieds, exposent ainsi plus souvent au tétanos les ouvriers ruraux;

Que les germes déversés en assez grande quantité dans le sol, par des tétaniques, peuvent créer de véritables endémies dans certaines régions;

Que même, sous certaines influences cosmiques mal connues, ces germes peuvent lever du sol, et donner lieu à des explosions épidémiques.

La question se pose de savoir s'il n'est point, dans certaines contrées intertropicales, et même sous nos climats, quelques foyers telluriques, où les germes sont autochtones et ont acquis dès le sol leur virulence tétanogène.

Telles sont les conclusions étiologiques que nous soumettons au contrôle bienveillant de notre maître, M. Verneuil, qui sont, du reste, en grande partie siennes, et auxquelles nous donnons une forme dubitative en raison de l'obscurité encore régnante sur le sujet.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses.

M. le professeur Pétresco a rendu un réel service à la thérapeutique qui s'encombre chaque jour de remèdes mort-nés, en appelant une fois de plus l'attention des praticiens sur un médicament dont la valeur spéciale dans le traitement de la pneumonie est encore méconnue. Je veux parler de la digitale dont, après d'autres, je me suis efforcé de démontrer l'utilité dans deux mémoires publiés en 1868 et 1877 dans la *Gazette médicale de Paris*. Aux 151 faits sur l'observation desquels ils reposaient, je pourrais aujourd'hui en ajouter beaucoup d'autres; je les réserve pour une troisième et dernière publication sur la matière.

Dans le traitement de la pneumonie franche, écrivais-je en 1868, la digitale est un des meilleurs, sinon le meilleur moyen de diminuer la fièvre et de réprimer l'organisme inflammatoire. En 1877 je pouvais, avec 94 faits nouveaux, maintenir comme en 1868 cette affirmation : « A l'heure présente, je n'ai perdu aucun sujet adulte ou enfant atteint de pneumonie quand la maladie a été unilatérale, franche, exempte de complications et traitée dès le début. » La deuxième conclusion du professeur Pétresco confirme ces données, mais nous différons ensemble sur quelques points : qu'il me soit permis de les établir.

Je n'ai jamais jugulé la maladie en trois jours; c'est bien en effet vers le troisième jour du traitement que commence le

(1) Nous avons recueilli autour de nous deux autres cas de tétanos, survenus à la suite d'accident de voiture, avec plaies contuses en différents endroits du corps, produites par les roues, en 1863 et en 1869 (cantons de Secondigny et Coulonges).

D'autre part, M. le docteur Bousseau (de Cholet), vient de nous adresser le résumé de dix observations personnelles; dont 5 fermiers, 1 fermière, 2 maçons, 1 tisseur, 1 marchand de bœufs, avec 5 plaies par écrasements des doigts, 2 des pieds, 2 des avant-bras, 1 du cuir chevelu.

(2) Le pont d'un vaisseau, battu par les chaussures des passagers venus de la terre, chargé de produits ayant la même origine, doit être considéré comme un prolongement du sol.

ralentissement du pouls, criterium de la médication, mais je n'ai pas toujours observé parallèlement la diminution de la fièvre et la décroissance de la lésion. Dans quelques cas, la digitale a agi, à mes yeux, comme un véritable agent d'analyse thérapeutique. Elle enraye la fièvre et laisse évoluer la lésion locale sans retentissement sur l'économie. Comme Hirtz et ses élèves MM. Lœderich et Coblentz, j'ai fréquemment constaté le collapsus digitalique dont ne parle pas M. Pétresco, mais les malades, je dois le dire, avaient parfaitement conscience de la profonde dépression qu'ils subissaient. La guérison ne se prononçait pas à Lunéville comme à Bucarest, vingt-quatre heures après la jugulation de la maladie, et la digitale ne m'a point paru abréger la durée de celle-ci ou tout au moins la durée du séjour à l'hôpital. Sur vingt-quatre malades, pris au hasard dans le service des salles militaires dont j'étais alors chargé, il a été de trente-six jours en moyenne. Quant aux accès fébriles intermittents notés dans le cours ou le déclin de la maladie, la quinine seule a réussi à les arrêter.

J'arrive maintenant à la question capitale, au dosage du médicament. Notre distingué confrère a eu le soin, que n'ont pas sans doute pris tous ceux qui traitent si lestement cette médication, de s'assurer de la valeur pharmaceutique du remède. Il ne craint pas de conseiller une dose moyenne de 4 à 8 grammes pendant deux ou trois jours et d'arriver même, en certains cas, à 12 grammes par jour. Il déclare que c'est la vraie dose thérapeutique, la seule dont on puisse attendre des effets salutaires immédiats. Que l'on prenne connaissance des travaux publiés en Allemagne et en France et l'on verra qu'avec des doses beaucoup moindres, on arrive à des résultats très satisfaisants. Traube à Berlin n'a point dépassé 2 grammes : 1 gramme par jour m'a toujours suffi pour obtenir les effets attendus, et je n'ai jamais dépassé une dose totale de 4 grammes (en cinq jours), me défiant de l'action accumulative du remède. Aux doses que j'ai employées, le collapsus digitalique a déjà, dans quelques cas, été très accentué, et comme il m'a été impossible de le dissiper, de relever la circulation et l'état général des fièvres avec les toniques et les excitants que j'employais j'ai jugé prudent de m'en tenir là.

Reste la question de races : comme notre confrère, j'ai eu le plus habituellement affaire à de jeunes soldats de vingt à vingt-cinq ans, mais la différence de races justifie-t-elle un écart si étendu dans les doses? Je ne le crois pas. Quoi qu'il en soit, j'engage les médecins qui recourront en France à la digitale, à ne point atteindre ces maxima; étant donnée cette réserve, ils n'auront pas à s'alarmer de l'adynamie profonde dans laquelle ils verront leurs malades digitalisés.

D[r] T. Saucerotte (de Lunéville).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Action du chlorure d'éthylène sur la cornée. Note de M. *Raphaël Dubois*. — Entre autres composés chlorés de l'éthane dont l'étude a préoccupé l'auteur, le chlorure d'éthylène a été l'objet de recherches qui ont conduit à la découverte d'une propriété singulière possédée par ce corps, à l'exclusion de tous ceux dont les caractères physiologiques sont connus.

Ce chlorure d'éthylène, plus connu sous le nom de *huile des Hollandais*, est un bon anesthésique. Il se rapproche du chloroforme par son activité, mais il est beaucoup mieux toléré par les chiens auxquels on fait inhaler ses vapeurs à l'aide de la muselière à éponge usitée dans les laboratoires, de telle sorte que s'il était démontré qu'il y a identité absolue d'action chez l'homme et le chien, on pourrait, à la fin d'une anesthésie, proclamer sa supériorité. Mais le chirurgien qui aurait eu l'idée d'employer d'emblée l'huile des Hollandais sur l'homme aurait été stupéfait en regardant, le lendemain, le malade laissé la veille dans un état satisfaisant.

Chez le chien, parmi les phénomènes qui suivent le réveil et l'élimination des poisons, il en est un extrêmement remarquable par sa singularité: c'est l'altération morphologique qui se produit dans les deux cornées plusieurs heures après le réveil. Les deux cornées ont pris un aspect bleuâtre; elles semblent faites de porcelaine opalescente, et l'animal regarde avec des yeux étranges qui donnent à sa physionomie une expression bizarre. Pendant le sommeil anesthésique, l'œil, il est vrai, présente diverses modifications, mais celles-ci ne peuvent pas faire soupçonner l'apparition de cette lésion tardive sur laquelle l'auteur appelle l'attention.

Mais cette opalescence n'est pas suivie de nécrose cornéenne. Au contraire, au bout de plusieurs mois, la cornée s'éclaircit de la périphérie vers le centre par la disparition d'une partie des mailles du réseau dont, à la loupe, on avait pu constater la présence dans la cornée. En somme, il est manifeste que l'on se trouve en face, non pas d'une lésion résultant d'un processus inflammatoire franc, mais bien, ainsi que les expériences de l'auteur l'ont démontré, d'un épaississement des lames cornéennes par une imbibition, une hydratation exagérée inégale de ses éléments fondamentaux, en un mot d'un véritable œdème cornéen.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

MM. les docteurs *Chavasse* et *Delorme*, professeurs au Val-de-Grâce, envoient un *Pli cacheté*.

M. le docteur *Lejars*, prosecteur à la Faculté de Paris, adresse un *Pli cacheté*, renfermant un mémoire sur un *nouveau procédé d'injection des veines*.

M. le docteur *Weber*, médecin inspecteur, envoie un *Rapport* manuscrit sur les *vaccinations* et *revaccinations* pratiquées dans le 7e corps d'armée en 1887-1888.

M. le docteur *Blaise*, médecin-major de 1re classe au 24e d'artillerie, et M. *Richel*, vétérinaire en premier, adressent des *Rapports* manuscrits sur le service de la vaccination animale et les *vaccinations* dans ce régiment en 1887.

M. *Gariel* présente une note de M. le docteur *Leduc* sur un procédé d'*électrisation*.

M. *Lancereaux* dépose un ouvrage de M. le docteur *Monin* sur l'*alcoolisme*.

Mal de mer. — D'après les expériences de M. le docteur *Pampoukis* (d'Athènes), le mal de mer se manifesterait « chez la plupart des personnes et notamment chez les névropathes, les anémiques et les dyspeptiques, toutes les fois que, par des mouvements spéciaux du navire, surviennent soit un choc avec anémie cérébrale et cérébelleuse, soit des déplacements grands et subits des viscères abdominaux et des contractions du diaphragme exerçant une action locale, réflexe ou inhibitoire; d'où le vertige et les vomissements, qui sont les symptômes essentiels de la maladie ». Quant au traitement, il faut avant l'embarquement se serrer le ventre à l'aide d'une ceinture longue et large afin d'éviter les déplacements de l'abdomen ; pendant le voyage il convient d'éviter le plus possible l'usage des boissons, afin de diminuer la pression du sang et les sécrétions; tout au plus peut-on faire usage de deux à trois petits verres de cognac chaque jour. Lorsque le vertige menace d'apparaître, afin d'éviter les secousses qui les déterminent, le mieux est de s'étendre sur une couchette en cherchant à suivre les mouvements du bateau, tout en prenant de la cocaïne, qui empêche les vomissements, mais non le vertige. M. Pampoukis estime, en outre, que le meilleur préservatif du mal de mer serait de demander aux Compagnies de navigation de faire faire des lits suspendus, d'après le système des lampes marines.

Eau potable et fièvre typhoïde. — A la demande de M. le ministre de l'instruction publique, M. *Marty* a été chargé d'examiner l'eau des puits de l'Ecole normale

d'institutrices de Saint-Brieuc où a sévi dernièrement une épidémie de fièvre typhoïde. De l'analyse chimique et bactériologique qui a été pratiquée, il résulte que l'eau de ce puits doit être rejetée comme boisson. Elle est mauvaise par la nature de sa composition minérale; mauvaise en raison de la proportion élevée des matières organiques qu'elle renferme; elle est dangereuse parce qu'elle peut servir de véhicule au bacille pathogène de la fièvre typhoïde. Le rapporteur n'avait aucune indication sur la nature du puits, ni sur les conditions géologiques du sol, mais il lui paraît plus que probable que la présence du bacille d'Eberth, constatée dans cette eau, est due à des infiltrations.

Évacuation des vidanges. — M. *Léon Colin* donne lecture du rapport sur le concours pour le Prix de l'Académie en 1888, dont le sujet était ainsi libellé: « Les vidanges et les eaux ménagères dans leurs rapports avec l'assainissement des habitations. » Un certain nombre de mémoires ont été envoyés à ce concours, parmi lesquels ceux qui étaient inscrits sous les nos 2, 5 et 7 sont jugés dignes de récompenses.

Corps étrangers de l'œsophage. — Dans l'observation que M. *Verneuil* dépose, au nom de M. le docteur *Suarez de Mendoza*, il s'agit d'un corps étranger de l'œsophage arrêté à 23 centimètres des arcades dentaires et qui fut enlevé au cinquième jour à l'aide de la sonde œsophagienne Collin-Verneuil. Plusieurs tentatives pour pratiquer le cathétérisme avec les sondes ordinaires étant restées infructueuses, M. Suarez eut recours au dilatateur Collin-Verneuil. Après quelques essais, il put insinuer la bougie et fit passer les olives 1, 2 et 3; mais il fut impossible de faire passer le panier de Graefe. Vu l'état de faiblesse de la malade, qui, depuis quatre jours, n'avait rien pris, on suspendit la séance après avoir fait pénétrer sur la bougie conductrice la sonde et fait prendre un demi-litre de lait, trois œufs, etc. Le lendemain on put faire passer le panier de Graefe, qui, après quelques tentatives, accrocha l'os; mais malgré des tractions très fortes celui-ci resta immobile. M. Suarez eut alors l'idée, laissant le panier en place, de faire glisser sur la bougie, qui n'avait pas été enlevée, la petite olive de M. Verneuil et de pousser l'os fortement en bas pendant que de l'autre main il tirait le panier en haut. Au bout de quelque temps on sentit que la résistance était vaincue: le panier, la sonde et la bougie furent alors enlevés, entraînant l'os. Huit jours après la malade était complètement guérie.

M. *Larrey* a vu Dupuytren enlever de l'œsophage une pièce de cinq francs avec une très grande facilité, à l'aide du panier de Graefe.

Filariose. — A propos de trois cas de filaires du sang, dont un a été communiqué il y a plusieurs mois à l'Académie, M. *Lancereaux* étudie ce qu'il appelle la filariose, c'est-à-dire l'ensemble des désordres pathologiques résultant de l'infection de l'organisme par la *filaria sanguinis hominis*. Celle-ci semble habiter de préférence les vaisseaux lymphatiques et en particulier ceux de la région inguinale; elle y détermine des lésions tout à fait spéciales et caractéristiques. Recouverts par une peau normale, les ganglions sont enveloppés d'une atmosphère graisseuse, qui les unit et donne à l'ensemble de la masse l'apparence d'une tumeur unique, surmontée de bosselures. On constate ainsi une dilatation des vaisseaux intraglandulaires avec hypertrophie de leurs parois, disparition de l'élément adénoïde de la glande qui se transforme en un tissu réticulé et caverneux, semblable au tissu des tumeurs érectiles. Mais l'état de ces glandes est toujours accompagné d'altérations semblables des vaisseaux lymphatiques en amont et aval de la tumeur. L'altération des vaisseaux lymphatiques profonds fait généralement suite à celle des ganglions inguinaux; de ces glandes elle s'étend en suivant le cours de la lymphe, gagne les vaisseaux qui passent sous l'arcade crurale, les troncs, les glandes iliaques, puis tout le système lymphatique intra-abdominal. Les ganglions lymphatiques ont disparu, les vaisseaux sont dilatés, présentant une forme tantôt cylindrique, tantôt ampullaire, de sorte qu'on ne distingue plus que des traînées de vaisseaux anastomosés et dilatés jusqu'au diaphragme et parfois au-dessus. Les lésions des vaisseaux lymphatiques superficiels coexistent le plus souvent avec celles des vaisseaux profonds, aussi est-ce ordinairement aux aines et au scrotum qu'on les observe; cependant elles ont été rencontrées en d'autres points, au bras, à l'avant-bras, etc. Aux aines, elles se présentent parfois sous forme de petites phlyctènes translucides qui, en se déchirant, laissent écouler la lymphe. Tilbury Fox et Forquhar ont constaté dans ce liquide l'existence de la filaire sanguine décrite par Lewis, et ils attribuent les lymphorrhagies à des obstructions vasculaires causées par le parasite. C'est le plus souvent au scrotum qu'on rencontre les dilatations lymphatiques superficielles, elles sont la cause de l'affection décrite sous le nom de lympho-scrotum. On a trouvé des filaires adultes au niveau de ces lésions, P. Mausers y a même rencontré la femelle de filaire. Cette femelle est vivipare, et les embryons, après avoir cheminé dans le système lymphatique et traversé les ganglions, arrivent dans le sang. Le lympho-scrotum est accompagné de lésions éléphantiasiques; même quelques auteurs, parmi lesquels P. Manson, croient que toutes les lésions éléphantiasiques des régions tropicales peuvent être attribuées à la *filaria sanguinis*. Sans vouloir aller aussi loin, il serait possible de croire que la filaire est réellement la cause de certains éléphantiasis des jambes, qui accompagnent et complètent le lympho-scrotum. Le mécanisme de ces désordres est aisé à comprendre, étant donné le siège de la filaire adulte dans les vaisseaux lymphatiques, notamment en amont des ganglions. Ce parasite, les embryons et les œufs qu'il déverse dans la lymphe, obstruent plus ou moins complètement les vaisseaux lymphatiques dont ils amènent la dilatation variqueuse; par suite, la lymphe stagne dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané, puis dans la peau qu'elle irrite, et de là l'épaississement et l'induration de ces parties avec ou sans épanchement de lymphe. Le liquide qui s'écoule présente tous les caractères de la lymphe; il varie beaucoup comme quantité. Les cavités séreuses, pour être plus rarement lésées que les tissus et les ganglions lymphatiques, n'offrent pas moins, dans quelques cas, des épanchements chyleux ou lymphatiques; la tunique vaginale, le péritoine, la plèvre, sont par ordre de fréquence, celles où l'on observe ces épanchements.

La plupart des cas d'hydrocèle chyleuse se rapportent à des individus qui ont séjourné dans des localités où la filaire du sang est endémique. Tous les cas d'ascite chyleuse — cette ascite constituée par l'épanchement dans la cavité péritonéale d'un liquide semblable à une émulsion d'amandes et qui a sa source dans les vaisseaux chylifères ou lymphatiques — ne peuvent pas être rapportés à la filariose; mais il est probable, d'après les autopsies, et notamment d'après celle du malade de Lewis, que l'ascite chyleuse est le plus souvent d'origine parasitaire. Du reste, un fait recueilli par Winckel, dans lequel il s'agissait d'une femme arrivant de Surinam, ne peut laisser aucun doute à cet égard, puisque le liquide ascitique renfermait un nombre considérable d'embryons de filaires. Dans le sang, on constate la présence des embryons de la filaire. Cet embryon, qui a la forme d'un petit serpent, s'agite vivement sans s'avancer parmi les corpuscules sanguins. Il est très long par rapport à son épaisseur; l'extrémité antérieure est mousse ou légèrement effilée et présente parfois un point brillant, qui est probablement l'orifice buccal; l'extrémité postérieure ou caudale, progressivement amincie, est terminée en pointe. Les mouvements ont pu être constatés par

nous pendant vingt heures dans des préparations auxquelles on avait ajouté un peu de glycérine. Ces embryons offraient les mêmes caractères chez tous les malades de M. Lancereaux, bien que l'un vînt de la Guadeloupe, l'autre de Tahiti, le troisième de Bourbon. Le nombre des filaires peut être très considérable ; d'après Mackenzie, il pourrait atteindre plusieurs millions. Il est difficile que, dans ces conditions, le liquide sanguin ne soit pas modifié ; cependant on ne trouve pas les globules sanguins altérés.

Malgré ces nombreux désordres anatomiques, aucun malaise ne vient tout d'abord révéler la maladie ; les symptômes appréciables sont la tuméfaction des ganglions inguinaux, l'hémato-chylurie et la présence de la filaire dans le liquide sanguin. En présence d'une hémato-chylurie endémique, l'idée d'une affection parasitaire se présente naturellement à l'esprit ; or, deux parasites seulement sont aptes à produire ce désordre : la filaire hématique et le distome hématobie. Chacun d'eux se localise, il est vrai, dans le rein et la vessie, et y produit des lésions qui engendrent l'hémato-chylurie ; mais la filaire seule donne lieu à la tuméfaction ganglionnaire, à la dilatation des troncs lymphatiques et à des épanchements chyloïdes. Il suffit, par suite, de pratiquer l'examen du sang dans un moment favorable, à savoir à la tombée du jour ou dans la nuit, alors que les filaires y sont plus abondantes, pour trouver l'embryon de la filaire. Cet examen est d'autant plus important qu'il met à l'abri d'erreurs fréquemment commises à l'égard des tumeurs inguinales d'origine parasitaire dont l'indolence, la réductibilité et le siège donnent souvent le change pour des hernies, des lipomes, ou encore des tumeurs érectiles veineuses. Le pronostic de la filariose n'est pas aussi grave qu'on serait tenté de le croire en présence de la quantité souvent considérable des filaires rencontrées dans le sang ; l'importance et la gravité du mal sont uniquement dans le nombre des filaires adultes que renferment les organes lymphatiques et dans la prédisposition de ces organes aux lésions inflammatoires. Aussi la mort est-elle rarement la conséquence directe de la filariose ; et, lorsqu'elle survient au cours de la maladie, c'est le plus souvent à la suite des lésions inflammatoires des ganglions, des vaisseaux lymphatiques ou du tissu cellulaire sous-cutané.

La découverte de la filaire de l'homme, généralement attribuée à Wackerer en 1866, revient en réalité à Demarquay, qui, dès 1862, la constata chez un jeune homme qu'il opérait pour une tumeur des bourses ; c'est Lewis, en 1872, qui caractérisa le parasite et lui donna son nom générique. D'autres observateurs, et en particulier Manson, reconnurent que la chylurie tropicale, l'éléphantiasis du scrotum, l'hydrocèle chyleuse, l'éléphantiasis des Arabes, etc., sont autant d'affections connexes sous la dépendance de la présence dans les lymphatiques de la filaire adulte. Les moustiques s'emparent des embryons des filaires en suçant le sang des personnes qui en sont atteintes, non toutes les espèces de moustiques, mais une dont les habitudes nocturnes, la distribution géographique et la propriété qu'elle a de pouvoir traverser les vaisseaux viennent spécialement en aide à la filaire dans le cycle de son évolution. La femelle seule jouit de cette propriété ; et, comme après sa ponte, cet insecte va mourir dans l'eau, il devient facile d'expliquer l'endémicité de la filaire dans les lieux humides, et en général dans toutes les localités où l'influence des eaux stagnantes se manifeste par le développement des miasmes paludéens. Une fois échappée du moustique, où elle devient apte à vivre indépendante, elle se nourrit dans l'eau, puis elle est avalée avec l'eau de boisson, et une fois dans le tube digestif, elle se fraye une route à travers les tissus pour gagner son habitat ultime, qui est le système lymphatique ; là ce parasite serait rejoint par le sujet du sexe opposé ; les embryons traverseraient les glandes lymphatiques en suivant le cours de la lymphe, et finiraient par arriver dans le sang, où ils séjourneraient jusqu'à ce qu'un nouveau moustique vienne les en tirer. D'où la nécessité de surveiller l'usage des eaux dans les localités où l'on rencontre la filaire, et de s'efforcer de détruire l'espèce de moustique qui sert d'intermédiaire à ses trois formations successives. Au point de vue thérapeutique, il faudrait pouvoir détruire dans les lymphatiques les générateurs des filaires du sang, à l'aide d'injections de substances appropriées, ce que le perfectionnement des procédés opératoires permet de tenter. Bien des remèdes empiriques ont été préconisés en dehors de ces procédés. M. Lancereaux se borne à déclarer que le malade qu'il a présenté à l'Académie éprouve une très grande amélioration sous l'influence de l'hydrothérapie et de frictions mercurielles pratiquées dans les aines, au niveau des ganglions tuméfiés ; l'hémato-chylurie a cessé, et la santé générale est manifestement meilleure.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Luxation sacro-iliaque, par M. P. Niehans (de Berne). — C'est l'histoire d'un homme de trente-deux ans qui, dans une scierie, tomba le ventre sur une pièce de bois tandis qu'une autre lui roulait sur la région sacrée. Il fut apporté à l'hôpital avec la cuisse gauche en demi-flexion, les mouvements étant empêchés par une douleur intense. Raccourcissement du membre, luxation du sacrum en haut et disjonction de la symphyse pubienne (signes physiques exposés très laconiquement). Rien à la vessie. La réduction fut facile et se maintint bien dans le décubitus dorsal. Guérison, malgré un épanchement de sang dans l'abdomen. La marche redevint vite normale. (*Luxatio sacro-iliaca sinistra*, etc., in *Centr. f. Chir.*, 1888, p. 515.)

Luxation de l'extrémité supérieure du radius, par M. L. von Lesser (de Leipzig). — Un homme de trente ans tomba sur la glace en tenant sous le bras un paquet arrondi ; l'avant-bras était à angle droit. On ne peut savoir s'il était en supination ou en pronation. Les deux pieds ont glissé ensemble en avant et l'homme est tombé sur le coude. Le médecin ne fut appelé qu'au huitième jour, la réduction fut faite au quinzième jour. Mais au sortir de l'appareil plâtré les mouvements restèrent défectueux. Finalement c'est au bout de deux ans que le blessé vint trouver Lesser. L'avant-bras est atrophié, la flexion et l'extension sont réduites de 10 ou 20 degrés, la pronation et la supination sont conservées. On sent la tête radiale luxée en avant. La réduction fut impossible, même après arthrotomie. La tête radiale fut donc réséquée. Le résultat est bon. Dans l'extension il reste du « cubitus valgus », mais pas plus qu'avant l'opération. Au point de vue théorique, Lesser confirme les expériences cadavériques de Lœbker. Au point de vue pratique, il conseille, comme Lœbker, la résection de la tête radiale lorsque la luxation est irréductible. Cela a cependant donné d'assez médiocres résultats pour la luxation en arrière à Textor et à Emmer (cités par Kœnig), à Wagner pour la luxation en dehors. (*Centr. f. Chir.*)

Herskovitz (*Wien. med. Presse*, 1888, n° 7) a fait connaître une luxation congénitale bilatérale du radius seul en arrière, vue sur un homme de vingt et un ans. Il y a un peu de l'imitation de la flexion et de la pronation.

Luxation latérale du pouce, par M. Fritz Bessel-Hagen. — L'observation a été recueillie sur un homme qui, dans une rixe, prit son adversaire à la gorge et à un moment donné sa main glissa jusque sous le maxillaire inférieur qui, comme un coin, écarta violemment le pouce de l'index. D'expériences cadavériques l'auteur conclut qu'il a dû se produire en même temps une impulsion latérale directe, en dehors. Cette observation serait la première connue. Elle a été le point de départ d'une étude expérimentale dont on regrette seulement de ne pas

trouver ici les protocoles précis. Beaucoup de déductions conservent dès lors un air théorique. (*Ueber seitliche Luxationen der Daumens im Metacarpo-phalangealgelenke*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 387.)

Luxations paralytiques de la hanche, par M. Karewski. — Ce travail semble être un des premiers que l'on ait consacrés en Allemagne à l'étude des luxations paralytiques de la hanche. L'auteur nous apprend d'abord, en effet, que parmi les déformations articulaires consécutives à la paralysie infantile, celles de la hanche sont fort rares, si bien que Hueter les nie. En somme, le mémoire de Karewski confirme à peu près ceux de Verneuil, de Reclus. Il est fondé sur quatre observations : deux luxations sous-pubiennes et deux luxations iliaques. La luxation se produit dans les paralyises localisées avec conservation des antagonistes; la paralysie totale produit le membre ballant. Les influences mécaniques agissent pour déterminer le déplacement, mais elles ne sont pas indispensables : une des luxations s'est produite le sujet étant couché. Karewski n'admet pas que toutes les luxations dites congénitales soient des paralysies infantiles méconnues. (*Ueber paralytische Luxationen der Hüfte*, in *Ibid.*, p. 346.)

Plaie par morsure de requin, par M. H.-B.-L. Gazeau. — Fait rare en ce qu'il s'agit d'une vaste plaie des parties molles seules de la moitié antéro-externe de la cuisse; section nette comme par un instrument tranchant, sauf que la peau est dilacérée, et l'homme est mort dans l'eau, d'hémorrhagie. Avec une prise semblable, le baigneur est ordinairement entraîné au fond de l'eau. Quand le blessé reparaît, c'est ordinairement qu'il a été pris circulairement par un des membres inférieurs, bientôt sectionné. Les artères sont alors souvent écrasées et il n'est pas rare de voir survivre des pêcheurs de perles ainsi estropiés. Leurs moignons sont alors très coniques. (*Arch. de méd. navale*, 1888).

A. Broca.

BIBLIOGRAPHIE

Traité complet d'ophthalmologie, par MM. L. de Wecker et E. Landolt. Tome IV, fascicule 2 : *Maladies du nerf optique*, par L. de Wecker. — Paris, 1888.

Écrire à l'heure actuelle une monographie des maladies du nerf optique était chose fort difficile, même pour qui possède l'expérience clinique de M. de Wecker. Si notre distingué confrère n'a pas réussi à nous donner toujours des notions précises, des descriptions claires et nettes, nous devons reconnaître qu'il y a mis tous ses efforts. Peut-être a-t-il eu le tort de s'appesantir sur certaines études anatomo-pathologiques, trop détaillées, à notre avis, dans un ouvrage de ce genre; mais, en somme, le plan suivi dans la description des affections du nerf optique est absolument rationnel.

Contrairement à l'opinion émise par d'autres ophthalmologistes, de Wecker n'admet pas que les vaisseaux émanés du chiasma arrivent jusqu'à la papille optique. A ce niveau, le nerf est nourri par les artères du cercle scléral, ramifications des ciliaires courtes et des vaginales, fort peu par des branches de l'artère centrale. Les larges anastomoses des veines faciales et ophthalmiques, les multiples réseaux et espaces lymphatiques qui entourent le globe oculaire et son pédicule nerveux, qui séparent ses tuniques et les gaines du nerf, les communications de ces espaces avec la cavité crânienne sont aujourd'hui bien connues. En résulte-t-il que l'on puisse lire en quelque sorte dans l'état de la circulation rétinienne les conditions pathologiques de la circulation cérébrale? L'ophthalmoscope mérite-t-il le nom de cérébroscope que certains ont voulu lui attribuer? Malheureusement non; il faut en revenir des espérances de jadis.

Aussi ne comprenons-nous pas qu'après une nette profession de foi à cet égard, de Wecker ait écrit un chapitre sur l'*assimilation de coloration de Jæger* comme procédé d'exploration susceptible d'indiquer l'état de nutrition de l'individu. Même en se servant de l'image droite et d'un faible éclairage, méthode qui rend seule possible l'appréciation de nuances délicates dans l'état de la papille optique et de ses vaisseaux, il nous paraît imprudent de vouloir tirer de ces aspects si variés, si changeants, des indications précises sur les conditions de la circulation et l'oxygénation du sang. Jæger n'a pas mieux fait que Giraud-Teulon.

De l'anémie, de l'hyperhémie du nerf optique, nous dirons seulement que le diagnostic en est fort scabreux. Où nous nous refusons de suivre M. de Wecker, c'est dans la pathogénie des névrites optiques. Que certaines inflammations de la papille (névro-rétinites, névro-papillites) et des tractus optiques soient de nature infectieuse, personne ne le met en doute. Mais rejeter toute autre origine, n'admettre que l'infection par les lymphatiques, et cela en s'appuyant sur les expériences de Schulten et de Deutschmann dont les résultats sont fort contestables, c'est pousser trop loin l'amour des théories microbiennes. Jusqu'à plus ample informé la nature parasitaire des tumeurs ne nous paraît pas démontrée, et moins encore la nature microbienne des névrites optiques.

Le chapitre consacré à la névrite rétro-bulbaire, à l'amblyopie centrale, laisse à désirer au point de vue de sa clarté, mais le sujet est par lui-même assez obscur pour qu'il n'y ait pas à s'en étonner. Disons seulement que l'auteur n'admet pas le tabac comme agent de l'amblyopie toxique.

L'étude de la dégénérescence grise des nerfs optiques est faite avec le plus grand soin. Symptôme souvent précoce de l'ataxie, elle est pour de Wecker une maladie de misère et non un accident tardif de la syphilis. Pour la combattre, il conseille la *distension* ou *élongation* du nerf optique. Malgré l'insuccès des traitements habituels, cette intervention opératoire ne semble pas devoir être de sitôt généralement acceptée.

Cette affection doit être nettement séparée de l'atrophie simple, blanche, cérébrale ou centrale, dans laquelle le tissu connectif du nerf participe à l'altération de l'élément nerveux. Mais, si les conditions d'origine sont différentes, l'examen ophthalmoscopique est loin de permettre toujours le diagnostic entre les deux affections. Ici le traitement doit être celui de la cause et la distension n'a pas sa raison d'être.

Une étude de l'apoplexie et de la pigmentation du nerf optique, des blessures, des tumeurs, des anomalies congénitales; une bibliographie étendue, terminent ce fascicule important du traité de MM. Landolt et de Wecker. Nous avons parfois regretté que la construction compliquée des phrases rende très difficile la lecture des chapitres écrits par notre distingué confrère.

J. Chauvel.

Traité pratique des maladies du poil et du cuir chevelu, par M. George-Thomas Jackson. — In-8° de 356 pages. New-York, E.-B. Treat, 1887.

Cet ouvrage contient la description de toutes les affections du système pileux; il est enrichi de plusieurs gravures, et se termine par un index bibliographique des mieux faits, des plus complets et vraiment précieux pour ceux qui veulent étudier à fond une des questions qui y sont traitées. Comme l'indique son titre, ce livre est avant tout pratique, la synonymie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de chaque maladie sont exposés avec le plus grand soin.

Dans une première partie, l'auteur expose l'anatomie et la physiologie du poil, et l'hygiène du poil et du cuir chevelu. On y trouve de fort curieux détails sur les soins que l'on doit prendre de la chevelure depuis la naissance. — Dans une deuxième partie, il étudie les maladies propres au système pileux, qui sont : 1° la *canitie;* 2° les *colorations anormales des poils;* 3° les *alopécies;* 4° l'*atrophie propre des poils;* 5° l'*hypertrichose;* 6° le *trichiasis* et le *distichiasis;* 7° le *sycosis non parasitaire.*

La troisième partie comprend les maladies parasitaires des poils : 1° la *trichophytie* du cuir chevelu, de la barbe, le kérion; 2° le *favus;* 3° la *phthiriase du cuir chevelu:* 4° la *phthiriase du pubis et des paupières;* 5° la *maladie de Beigel* ou des faux cheveux.

Dans la quatrième et dernière partie, le docteur Jackson décrit les maladies du système pileux qui sont consécutives à des maladies de la peau : 1° le *pityriasis simplex*, la *séborrhée sèche*, le *psoriasis;* 2° le *lichen pilaris:* 3° l'*eczéma* du cuir chevelu, de la barbe, des paupières, du pubis, des aisselles, des narines; 4° la *plique polonaise;* 5° la *dermatitis papillaris capillitii* ou acné kéloïdienne; 6° le *nævus pilosus;* 7° les lésions du système pileux, qui dépendent de la syphilis à toutes ses périodes, du *lupus vulgaris*, du *lupus erythematosus* et du *vitiligo.*

Cette simple énumération fait comprendre toute l'importance de cet ouvrage : il est clair, pratique, bien au courant de la science : aussi ne saurait-on en trop conseiller la lecture aux médecins qui veulent pouvoir diagnostiquer et soigner d'une manière intelligente et raisonnée les affections malheureusement si fréquentes du système pileux.

L. B.

Les médecins pendant la Révolution (1789-1799), par le docteur Constant Saucerotte (de Lunéville), ouvrage posthume. — Paris, Perrin et Cie, 35, quai des Grands-Augustins, 1887.

Le médecin éminent qui, durant de si longues années, fut l'un des premiers parmi les praticiens de l'est de la France, Constant Saucerotte, médecin en chef de l'hôpital de Lunéville et correspondant de l'Académie de médecine, était tout à la fois un savant, un philosophe et un lettré.

Plusieurs œuvres remarquables de philosophie médicale, plusieurs articles sur l'histoire de la médecine ont fait connaître son nom. L'ouvrage que vient de publier sa famille est un nouvel hommage rendu à une profession qui a été l'honneur et l'intérêt de sa vie.

Dans cette étude, M. Saucerotte cherche à établir dans quelles conditions vivaient les médecins au moment où éclata la Révolution de 1789, quelle position elle leur créa, quelle part ils y ont prise.

On ne peut nier l'intérêt d'une semblable étude. L'histoire des médecins est aussi intéressante à bien des égards que l'histoire de la médecine, car celle-ci n'est pas tout entière dans les écoles et les doctrines. Aujourd'hui, d'ailleurs, que la fièvre politique atteint un si grand nombre de nos confrères; aujourd'hui que, dans le Parlement, on compte tant de médecins, il n'est pas sans intérêt de comparer la situation qu'ils ont acquise à celle qu'occupaient il y a un siècle ceux qui les ont précédés.

Dans l'ancienne monarchie, les médecins vivaient à l'écart des affaires de l'Etat. On n'en trouve ni dans les assemblées provinciales, ni dans la liste des notables convoqués en 1787; douze seulement furent appelés aux Etats généraux. Or, si l'on peut trouver aujourd'hui que le corps médical s'empresse trop de prendre part aux luttes politiques; si l'on est en droit de regretter que certains savants abandonnent ou négligent leurs études pour se livrer au courant des discussions et des controverses parlementaires, il faut bien reconnaître que la situation faite au corps médical ou du moins à la plupart de ses membres, était jadis assez peu enviable. Et l'on a peine à croire que Ténon, quelque dégoûté qu'il ait pu être de la politique et quelque indifférent qu'il fût aux événements qui se passaient autour de lui, se soit assez détaché du monde pour penser que l'Institut n'était qu'un nouveau club et qu'on l'y appelait pour y refaire de la politique!

La comparaison que l'on pourrait établir entre les anciens et l'époque actuelle, serait en faveur de celle-ci. En nous rappelant les noms des médecins qui ont joué un rôle politique il y a cent ans, M. C. Saucerotte nous permet de juger sans parti pris les services qu'ils ont pu rendre. Et nous sommes persuadés que tous les hommes de bonne foi seront de son avis lorsque après Sainte-Beuve, il émet le vœu que nos législateurs médecins se recrutent plus souvent dans *les sommets* de la profession.

Manuel du médecin auxiliaire, par le docteur H. Munier, médecin-major. — Amiens, J.-F. Kuypers, 1888.

Nous avons déjà signalé un assez grand nombre de manuels écrits par les médecins de l'armée et destinés à faire connaître le fonctionnement du service de santé. Celui que vient de faire paraître M. le docteur Munier est un petit memento, très modeste d'allures, mais essentiellement pratique, qui réunit et résume la plupart des notions relatives à l'organisation générale de l'armée et à celle du service de santé à l'intérieur ou en campagne. Quelques mots relatifs au fonctionnement des sociétés de secours affiliées à la Convention de Genève et quelques conseils pratiques destinés aux médecins auxiliaires terminent ce petit livre, qui sera utile non seulement aux médecins auxiliaires, mais encore aux médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale.

De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne, par M. le docteur A. Ruault. Paris, 1888, G. Steinheil.

Recherches qui font suite aux travaux entrepris, depuis quelques années, par divers auteurs, et par Hack en particulier sur les réflexes d'origine nasale. M. Ruault après avoir étudié les voies nerveuses par lesquelles peuvent cheminer les réflexes partant de l'amygdale, montre que les phénomènes obtenus par cautérisation des tonsilles varient suivant la région de l'amygdale intéressée. Il établit ensuite l'existence d'une otalgie intermittente, de la surdité, de la toux quinteuse, de l'asthme bronchique, de troubles dyspeptiques, de vomituritions, etc., comme phénomènes d'ordre réflexe trouvant leur point de départ dans l'une des formes de l'hypertrophie des amygdales. Les observations qui servent de base à ce travail sont fort instructives à plus d'un égard; le traitement rationnel de la lésion des amygdales est suivi de l'amélioration parallèle, ou de la guérison des accidents réflexes qui s'étaient jusque-là montrés rebelles aux diverses ressources de la thérapeutique.

De la typhlite stercorale, chez les jeunes sujets en particulier, et de la péritonite qui l'accompagne, par M. le docteur J. Besnier. Paris, 1888. G. Steinheil.

La typhlite stercorale, au point de vue anatomique, peut prendre la forme phlegmoneuse, et l'inflammation se propageant alors à la couche celluleuse sous-muqueuse détermine un véritable phlegmon; celui-ci se développe sans qu'il y ait nécessairement perforation intestinale, et peut se terminer par suppuration ou gangrène. Même alors la guérison est possible par élimination des eschares avec les selles. La typhlite stercorale, quelle que soit sa forme anatomique, peut se montrer brusquement, accompagnée et pour ainsi dire masquée dès le début par une péritonite localisée à la région cæcale : le fait est plus fréquent chez les jeunes sujets. C'est ce que l'on a décrit sous le nom de pérityphlite primitive et ce qu'il convient de dénommer typhlo-péritonite à début péritonéal. C'est une maladie à marche aiguë dont la terminaison se fait ordinairement par résolution après des évacuations intestinales abondantes. Quant au groupe des pérityphlites secondaires, il doit comprendre, d'après l'auteur: 1° une forme inflammatoire, typhlo-péritonites simples ou compliquées de phlegmons, qui répond le plus souvent aux pérityphlites bénignes et résolutives; 2° une forme rare, inflammation phlegmoneuse débutant par le tissu cellulaire rétrocæcal et s'accompagnant de péritonite partielle; c'est la pérityphlite proprement dite, qui répond surtout aux pérityphlites suppurées. On devrait la nommer typhlo-cellulite.

VARIÉTÉS

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Vingt et unième liste.

M. Flury Hérard	500 fr.	
M. le docteur Bergeron	500	
M. Ventura Garcia	500	
M. le docteur Metaxas (de Marseille)	300	
M. Huguet (de Vars)	100	
M. le docteur Grasset	40	
Mlle Levivier	20	
Mlle Gros (d'Alger)	10	
Inconnu	2	
Commune de Saint-Dié	200	
— de Crépy-en-Valois	100	
— de Roquefort	46	53
— de Saugnac et Cambrau	40	
— de Châteaurenault	25	
— de Mouchy-le-Châtel	21	
— de Saints	19	65
— de Valençay	19	
— de Renwez	18	75
— d'Haussignemont	17	17
— de Ménars	16	
— de Mointot	12	
— d'Argues	10	
— de Sainte-Geneviève	8	75
— d'Arboursel	5	
Total	2.530 fr.	85
Montant des listes précédentes	58.394	10
TOTAL GÉNÉRAL	60.924 fr.	95

ASSISTANCE MÉDICALE. — Le Conseil général de la Charente-Inférieure a voté un crédit de 3000 francs, à titre d'essai d'organisation, dans ce département, d'un service de secours à domicile pour les vieillards et les infirmes indigents.

Dans la Vienne, le Conseil général a décidé de se réunir en session extraordinaire, du 1er au 8 octobre, afin de discuter un rapport de M. le docteur Guillon sur l'organisation d'un service de médecine et de pharmacie gratuits pour les indigents. Les médecins et les pharmaciens du département seront convoqués d'ici là, afin de donner leur avis sur le projet en question, qui semble différer très peu de celui que l'Association générale a déjà adopté au mois de mars dernier.

ACIDE BENZOÏQUE DANS LES SUBSTANCES ALIMENTAIRES. — Dans sa séance du 27 août, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé les conclusions d'un rapport de M. Gabriel Pouchet sur l'emploi de l'acide benzoïque pour la conservation des substances alimentaires.

Le Comité, considérant que les substances ayant des propriétés antiseptiques sont nuisibles à l'évolution normale des actes digestifs, et que l'addition aux substances alimentaires de produits antifermentescibles, quelle qu'en soit la nature, est irrationnelle au point de vue de la nutrition et, en outre, capable d'occasionner un préjudice plus ou moins grave au bon et régulier fonctionnement de l'appareil digestif, a émis l'avis que l'emploi de l'acide benzoïque ne saurait être toléré pour la conservation de la bière ou d'autres substances alimentaires.

CAPSULAGE DES BOUTEILLES DE LAIT. — Sur un rapport de M. le docteur Dubrisay, le Comité d'hygiène a émis l'avis qu'il y avait lieu d'interdire, pour le capsulage des bouteilles de lait, l'usage de capsules métalliques contenant du plomb.

VARIOLE A PANTIN. — Le Conseil d'hygiène de la Seine, sur la demande de M. le préfet de police, a délégué M. Lancereaux pour examiner les caractères de la variole qui a sévi à Pantin et pour désigner les moyens prophylactiques les plus propres à arrêter les progrès du mal. Le rapport de M. Lancereaux se termine par la demande des mesures suivantes, qui ont été prises d'urgence :

1° Faire désinfecter d'une façon complète les locaux habités par les familles chez lesquelles a sévi la variole, aussi bien au n° 31 de la rue de Magenta qu'au n° 13 de la rue de Lapérouse ; 2° obliger les propriétaires de ces immeubles à faire tenir les cabinets d'aisances avec plus de soin, et, s'il est possible, à faire blanchir les cabinets et les escaliers ; 3° exiger des autorités administratives de la commune de Pantin la revaccination des enfants des écoles et engager toutes les personnes voisines des lieux infectés à se faire revacciner.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le docteur Roquoncourt, médecin militaire, mort du choléra au Tonkin; de M. le docteur Bernard, médecin militaire, mort à bord à son retour de cette même colonie ; de MM. les docteurs Carles (d'Auterive), Desclaux (de Tonneins), Spon (de Lyon), Decarpentries (de Croix), Dieu, directeur de la santé à Dunkerque, Gaillard (de Bourganeuf) et Fabricius, ancien professeur d'ophthalmologie à la Faculté de Bucharest.

MORTALITÉ A PARIS (34e semaine, du 19 au 25 août 1888. — Population : 2 260 945 habitants). — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 1. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 25. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 174. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs : cancéreuses, 32 ; autres, 6. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 26. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 44. — Bronchite aiguë, 18. — Bronchite chronique, 15. — Bronchopneumonie, 9. — Pneumonie, 27. — Gastro-entérite : sein, 41 ; biberon, 129 ; autres, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 25. — Suicides, 19. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 166. — Causes inconnues, 9. — Total : 910.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Recherches sur les eaux minérales des Pyrénées, par M. Édouard Filhol, docteur de l'École de médecine et professeur à la Faculté des sciences de Toulouse. Œuvre posthume publiée par les soins de M. le docteur Léon Joulin. 1 vol. in-8°. Paris, G. Masson. 12 fr.

Le deuxième volume *Antisepsie chirurgicale*, par M. le docteur Barette, et *Antisepsie obstétricale*, par M. le docteur Lepage, formera un volume de 500 pages environ. Il paraîtra incessamment.

Quand et comment doit-on prescrire la digitale, par M. le docteur Henri Huchard. 1 vol. in-8°. Paris, O. Berthier. 3 fr.

Maladies de l'appareil digestif, leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par M. le docteur Baumel, professeur agrégé, etc. T. II, pathologie des annexes. 1 vol. in-8° avec 3 planches lithographiques. Paris, Lecrosnier et Babé. 8 fr.

Prix de l'ouvrage complet 2 volumes in-8°. 17 fr.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par M. le professeur F. Kœnig, traduit de l'allemand d'après la 4e édition, par M. J.-H. Comte, chirurgien de l'hôpital de Genève, ouvrage précédé d'une introduction, par M. le docteur Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. T. Ier, 2e fasc. in-8° avec 34 figures intercalées dans le texte. Paris, Lecrosnier et Babé. 7 fr.

Prix du tome Ier complet 1 vol. in-8° avec 113 figures intercalées dans le texte. 14 fr.

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, par MM. les docteurs Miot et Baratoux. 2e fascicule. *De l'hygiène de l'oreille. Maladies de l'oreille externe.* 1 vol. in-8° avec 32 figures intercalées dans le texte. Paris, Lecrosnier et Babé. 4 fr.

Prix des 1er et 2e fascicules. 1 vol. in-8° avec 161 figures intercalées dans le texte. 10 fr.

Phthisie laryngée, par MM. le docteur A. Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière, et Paul Tissier, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° avec 13 figures et 5 planches hors texte, dont 3 en chromolithographie. Paris, G. Masson. 8 fr.

La circonvolution de Broca, étude de morphologie cérébrale, par M. le docteur Hervé. 1 vol. in-8° avec 10 figures intercalées dans le texte et 4 planches en chromolithographie. Paris, Lecrosnier et Babé. 6 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

16075. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'anatomie du cæcum et les abcès de la fosse iliaque.

Tous les auteurs — et ils sont nombreux, — qui ont écrit sur le phlegmon et les abcès de la fosse iliaque, insistent sur les rapports du foyer morbide avec le péritoine, sur la rupture possible et promptement mortelle de la poche purulente dans la grande séreuse abdominale. Mais les descriptions anatomiques, sur lesquelles il est classique de s'appuyer à ce sujet, ont été depuis quelques années revisées sur bien des points.

Or il est impossible de ne pas souscrire à l'affirmation émise par M. Peyrot dans son récent *Manuel*: « S'il est une question chirurgicale pour laquelle l'importance des notions anatomiques soit clairement démontrée, c'est assurément celle qui nous occupe. » Aussi croyons-nous utile d'exposer ici les faits anatomiques décrits avec grand soin dans ces derniers temps par Treves à Londres, et à sa suite, par de nombreux auteurs américains et par Tuffier en France.

Cela ne nous permettra pas seulement d'élucider certains points théoriques de pathogénie et d'anatomie pathologique. Nous verrons que l'on intervient parfois d'une manière différente, selon la conception pathogénique à laquelle on se rallie. D'autre part, ces abcès de la fosse iliaque sont la cause la plus fréquente des fistules pyo-stercorales sur la thérapeutique desquelles le professeur Trélat vient d'attirer l'attention de la Société de chirurgie. Cette thérapeutique, elle aussi, ne saurait être bien comprise si l'on n'a des connaissances précises d'anatomie pathologique.

I

Dupuytren semble avoir été le premier, en 1826, à mettre en évidence les relations des phlegmons et abcès de la fosse iliaque droite avec les affections du cæcum. Peu à peu la question a été étudiée, et tandis qu'à l'étranger il faut citer les travaux de Goldbeck, de Copeland, d'Albers, de John Burne, en France l'enseignement classique a surtout eu pour base un remarquable mémoire de Grisolle.

Tous ces auteurs insistent sur le rôle étiologique du cæcum et de ses perforations. En outre, ils signalent certains cas où le foyer purulent résulte d'une péritonite iliaque localisée, enkystée. La division est très nette dans le *Compendium de médecine* et les abcès intra-péritonéaux sont mis en parallèle avec les extra-péritonéaux. Chassaignac décrit dans la fosse iliaque quatre variétés d'abcès répondant aux quatre couches anatomiques de la région : les abcès intra-péritonéaux, sous-péritonéaux, sous-aponévrotiques et sous-périostiques.

Nos livres classiques nous répètent ces divisions. Mais ils s'empressent d'ajouter que l'histoire des péritonites enkystées doit être séparée de celle des phlegmons et il n'en est plus question que pour quelques mots de diagnostic différentiel. Les abcès sous-périostiques, de leur côté, sont rattachés à l'étude des ostéites de l'os iliaque. La description ne vise donc plus que les phlegmons sous-péritonéaux et les phlegmons sous-aponévrotiques. C'est des premiers seulement que nous comptons nous occuper pour l'instant, et encore, parmi eux, d'une variété particulière.

Nous n'avons en effet guère de données récentes sur les phlegmons d'origine génitale, qu'ils surviennent ou non pendant la période puerpérale. Il s'agit là bien souvent d'inflammations péri-utérines, septiques, propagées au tissu cellulaire sous-péritonéal : si parfois des péritonites pelviennes, d'origine tubo-ovarienne, peuvent envahir la fosse iliaque, nous avons indiqué il y a peu de temps, à propos des salpingites, l'évolution de ces abcès. Dans le sexe masculin, Segond a fait voir que des abcès péri-prostatiques fusent dans la fosse iliaque : c'est un épiphénomène. Enfin nous ne parlerons pas davantage des adéno-phlegmons, dus à l'inflammation des ganglions qui longent les vaisseaux iliaques externes. Dans tout cela, rien à changer à ce qui est de connaissance vulgaire : ces abcès se forment bien entre le péritoine et le *fascia iliaca*. En est-il de même pour les abcès d'origine cæcale ?

Nous avons commencé par rappeler les noms de ceux qui ont établi avec quelle fréquence le cæcum entre en jeu. Un fait grossier met vite en relief la réalité du fait : les relevés de Grisolle montrent que 53 fois sur 73 le phlegmon iliaque siège à droite. Si l'on réfléchit, d'autre part, à la prédilection des phlegmons puerpéraux pour le côté gauche, on voit que, en dehors de cette condition spéciale, la prédominance à droite est réellement considérable. Or la différence anato-

mique est grande entre les rapports du cæcum avec la fosse iliaque droite, de l'S iliaque avec la fosse iliaque gauche: c'est de ce côté qu'on a bien vite cherché la raison des différences pathologiques, et l'on n'a pas tardé à voir qu'en effet le cæcum est malade dans la grande majorité des cas.

On a discuté pendant longtemps pour savoir si la typhlite simple, sans perforation, pouvait engendrer le phlegmon iliaque: Grisolle le niait résolument. Certains faits semblent lui donner tort, mais il est incontestable que la perforation est la règle, et son mode d'action a été pendant longtemps considéré comme d'une simplicité extrême.

La définition anatomique du cæcum est la suivante: l'intestin grêle se jette dans le côlon en faisant avec lui un angle obtus ouvert en haut. Il y a cæcum lorsque l'extrémité inférieure du côlon dépasse par en bas la paroi inférieure de l'iléon. Si l'on préfère, le cæcum, organe inconstant dans la série animale, est un cul-de-sac colique au-dessus duquel s'ouvre l'iléon et dont la valvule de Bauhin forme en quelque sorte la voûte. Ce cul-de-sac, disait-on à peu près sans conteste il y a peu de temps encore, est en rapport avec le péritoine. Mais le feuillet séreux se borne à tapisser sa face antérieure et en arrière il n'y a pas de méso. Pour qu'il s'en forme un, il faut que le cæcum soit vide et rétracté; en dehors de ces conditions, la paroi postérieure répond directement au tissu cellulaire de la fosse iliaque.

On comprend d'abord les conséquences qui résultent de cette disposition du péritoine pour les hernies du cæcum; dans la grande majorité des cas, elles devront avoir un sac incomplet, latéral, situé en avant et en dedans. Le chirurgien s'exposerait à de graves mécomptes s'il abordait une hernie cæcale par sa face postéro-externe.

Mais laissons cela et venons aux perforations de la paroi postérieure. Elles devront entraîner l'épanchement des matières stercorales dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Voilà pourquoi, le phlegmon iliaque droit est presque toujours d'origine cæcale. A gauche, au contraire, l'S iliaque a un long méso et la paroi intestinale n'a aucun rapport immédiat avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque: voilà pourquoi le phlegmon iliaque gauche d'origine intestinale n'existant pas, la prédominance est considérable pour le phlegmon iliaque droit.

L'abcès une fois formé soulève peu à peu le péritoine sous lequel il est situé. Aussi, pourvu que l'on ait la patience d'attendre un peu, pourra-t-on inciser le foyer au-dessus de l'arcade de Fallope sans avoir à craindre la blessure du péritoine ainsi décollé et remonté. Mieux encore: Bugge proposait en 1881 d'aborder par la voie lombaire les abcès péri-cæcaux, pour éviter plus sûrement le péritoine. A peu près en même temps, Burchard parlait d'une typhlotomie postérieure extra-péritonéale.

Ces conceptions sont d'une grande simplicité. Malheureusement elles ont contre elles l'anatomie normale et l'anatomie pathologique.

II

Le raisonnement déjà les fait trouver défectueuses; dans tout cela, on laisse singulièrement dans l'ombre les perforations cæcales qui n'occupent pas la paroi postérieure; de même pour les perforations de l'appendice. On cherche en vain comment le péritoine se comporte en pareille occurrence, car il est bien évident qu'il doit alors intervenir et qu'on ne saurait le traiter de quantité négligeable. On n'avait guère, pour se renseigner, que l'étude générale des perforations intestinales, et cette étude était rangée, presque tout entière, dans le domaine de la pathologie interne. Au reste, ce silence de la chirurgie était en partie excusable.

Il n'était pas question, naguère encore, de s'attaquer à la péritonite généralisée qu'engendrait la perforation non précédée d'adhérences salutaires. Savoir le lieu d'élection exact de ces perforations n'avait donc qu'un médiocre intérêt. Mais les perforations précédées d'adhérences auraient dû éveiller la sollicitude des chirurgiens. Il en résulte, en effet, des foyers limités dont le drainage est assez facile.

Les abcès enkystés du péritoine étaient cependant, eux aussi, un peu délaissés. Les médecins reconnaissaient qu'ils n'étaient pas de leur ressort et ne s'en occupaient guère; les chirurgiens, toujours timides lorsqu'il s'agissait d'opérer dans le ventre, en parlaient peu. Si bien qu'on trouve — réserves faites pour la pelvi-péritonite — quelques courts passages sur les péritonites sous-diaphragmatiques, et pour les péritonites iliaques on se borne, la plupart du temps, à donner quelques symptômes permettant de les différencier des phlegmons proprement dits. A un autre chapitre, et sans insister davantage sur la pathogénie, on signale la fréquence des fistules stercoro-purulentes de la région iliaque.

Les perforations cæcales seraient-elles donc presque toujours postérieures et les péritonites iliaques seraient-elles, dès lors, également rares? Les recherches récentes ont prouvé que cette opinion est erronée. Les perforations du cæcum sont plus rares que celles de l'appendice, et celles-ci donnent souvent lieu à des péritonites partielles. D'ailleurs, les travaux que nous avons cités au début de cet article ont établi que le cæcum, aussi bien que l'appendice, a un revêtement péritonéal complet. Il faut donc en conclure, sans plus tarder, qu'on doit avoir bien fait des confusions entre les péritonites partielles et les abcès sous-péritonéaux. Avant d'entrer dans le détail, il est indispensable de savoir quels sont les rapports exacts du cæcum et du péritoine.

III

Ici, comme toujours, les travaux récents ont eu des précurseurs. Tandis que la doctrine du revêtement incomplet du cæcum régnait à peu près en maîtresse dans l'anatomie et dans la pathologie, Bardeleben (1849), Luschka, Krause, donnaient des descriptions conformes à la réalité. Mais cela resta lettre morte jusqu'au jour où, en 1885, Treves combattit enfin avec succès le préjugé classique. Il insista ensuite sur les conséquences pathologiques, au point de vue des hernies surtout, tandis qu'en France paraissait sur ce point un mémoire de Tuffier. Voici ce qui paraît aujourd'hui définitivement acquis à la science.

Le cæcum a la forme d'un cul-de-sac, oblique en haut et en dehors, couché dans la fosse iliaque, et continu en haut avec le côlon, dont il est séparé extérieurement par une bandelette annulaire, intérieurement par la valvule de Bauhin. Contre sa paroi gauche arrive l'intestin grêle, formant avec le côlon l'angle iléo-cæcal supérieur, obtus, et avec le cæcum proprement dit l'angle iléo-cæcal inférieur, aigu. Au cæcum est annexé l'appendice, qui n'occupe pas le point le plus déclive, comme on le dit souvent, mais qui s'insère la plupart du temps entre l'iléon et le fond du

cæcum, sur la face gauche et en arrière et de là se porte dans des directions assez variables, fréquemment entre la fosse iliaque et la paroi postérieure du cæcum.

Autour de ces parties intestinales, le péritoine affecte une disposition assez compliquée, que l'on comprend toutefois sans trop de peine si l'on étudie d'abord le trajet et la distribution des vaisseaux.

Dans le mésentère, entre l'iléon et le côlon, arrive l'artère iléo-colique, terminaison de la mésentérique supérieure. Elle fournit à l'intestin grêle un rameau qui, compris dans le mésentère, décrit une courbe dont la convexité regarde l'intestin. Plus loin, elle donne les deux artères cæcales, l'une antérieure et l'autre postérieure, qui envoient des branches de calibre notable à peu près jusqu'aux deux bandelettes externes du gros intestin; la partie comprise entre ces deux bandelettes ne reçoit que des capillaires. Le fait principal à retenir est que la cæcale postérieure est au contact direct de la paroi intestinale, tandis que l'antérieure reste à quelques millimètres de l'angle iléo-cæcal supérieur sur lequel elle ne s'applique que si l'intestin est distendu. La quatrième branche est enfin l'artère appendiculaire ou vermiculaire, qui naît au-dessus de l'angle iléo-cæcal, passe derrière l'intestin grêle et se rend ainsi à l'appendice.

Les veines nous intéressent peu. De même les lymphatiques antérieurs, qui vont dans quelques petits ganglions compris dans le mésentère de l'angle iléo-cæcal supérieur. Il faut insister un peu plus sur les lymphatiques postérieurs, le plus souvent mal connus. Ceux-là sont tributaires de cinq à sept ganglions appliqués contre la paroi postéro-interne du cæcum, entre elle et le péritoine. Là en effet il y a du péritoine, tout comme en avant.

Il est facile de s'en convaincre en prenant un cadavre d'enfant, car le péritoine est alors souvent vierge d'adhérences: autour du cæcum tout entier est un revêtement séreux qui se fixe dans la région lombo-iliaque. Dans la fosse iliaque s'arrête le mésentère, sous forme d'un mince ligament inférieur, vu en relevant le fond du cæcum. A la fosse iléo-lombaire se fixe un ligament suspenseur, signalé par G. Marchant, décrit avec soin par Tuffier; ses faisceaux, résistants, sont rendus bien visibles par une traction de haut en bas exercée sur le cæcum. Ce ligament supérieur sur lequel appuie l'extrémité droite du foie, joue un rôle important dans la hernie du cæcum.

Il faut ajouter que la hauteur de la partie libre du côlon est très variable. Exceptionnellement le tiers supérieur de la paroi postérieure du cæcum est fixé à la fosse iliaque. Il est plus fréquent, au contraire, que le méso-côlon ascendant ne commence que plus haut, presque à l'angle droit du côlon, parfois. Tuffier signale ces faits dont nous croyons seulement, d'après nos recherches sur l'enfant, qu'il exagère la rareté.

Il est utile, maintenant, de préciser le trajet des dispositions au niveau de l'angle iléo-cæcal et de l'appendice vermiculaire.

Si l'on suit avec la pulpe de l'index le bord supérieur de l'iléon, l'ongle va butter contre la paroi colique et il soulève en même temps un petit repli séreux triangulaire qui entoure les vaisseaux cæcaux antérieurs, un peu écartés de la paroi intestinale. De là une petite fossette iléo-cæcale supérieure.

La fossette iléo-cæcale inférieure est bien plus apparente. On la voit en renversant le cæcum en dehors, en relevant l'intestin grêle et en abaissant l'appendice. Cette fossette, à peu près constante, a une base ouverte dans le péritoine; un sommet situé à l'angle iléo-cæcal, une paroi supérieure formée par l'iléon, un bord inférieur constitué par l'appendice; une paroi postérieure, péritonéale, qui prolonge le mésentère et contient l'artère appendiculaire et doit être appelée méso-appendice; une paroi antérieure enfin, péritonéale elle aussi, qui ne contient pas de vaisseaux et va du bord libre de l'intestin grêle à l'appendice. Cette fossette méritait une mention, car l'intestin peut s'y engager et même s'y étrangler. Des observations de Michon, de Treitz, de Waldeyer, de Tuffier, prouvent l'existence de cette hernie interne.

Il n'est pas très rare, enfin, que l'appendice, renversé en arrière du cæcum, se loge dans une petite poche séreuse qui constitue dans la fosse iliaque un diverticule de la cavité péritonéale.

Les conclusions pathologiques de tout ceci sautent aux yeux. Quand on opérera pour un étranglement interne, on n'oubliera pas d'explorer la fossette iléo-cæcale inférieure. Le cæcum ayant un revêtement péritonéal complet, on doit penser que la hernie cæcale aura le plus souvent un sac complet; le sac ne deviendra incomplet que lorsque le côlon ascendant sera attiré à son tour: les dissections récentes n'ont pas tardé à prendre en défaut la doctrine ancienne. Mais surtout on se demande comment il faut envisager le siège exact et la pathogénie des abcès de la fosse iliaque. En tout cas, il est hors de conteste que la théorie courante ne peut plus être acceptée.

IV

Les autopsies démontrent pourtant l'existence du phlegmon sous-péritonéal par perforation du cæcum ou même de l'appendice. Mais nos connaissances nous font affirmer qu'il ne saurait se produire s'il n'est précédé d'une autre lésion: des adhérences préalables du péritoine sont indispensables. Si l'on suppose, en effet, qu'une lésion inflammatoire ait fait à l'avance souder le péritoine viscéral du cæcum au péritoine pariétal de la fosse iliaque, on comprend que la perforation de la paroi postérieure du cæcum puisse causer un phlegmon stercoral qui respecte la cavité péritonéale.

Cela s'accorde fort bien avec ce qu'enseigne la clinique. La typhlite est une maladie à répétitions. De crise en crise l'inflammation s'étend davantage, gagne la face séreuse qui alors adhère. Des douleurs passagères dans la région annoncent que les adhérences se constituent. Or chacun sait que la typhlite est une maladie fréquente, et pour peu qu'on ait ouvert des cadavres, on a vu que les adhérences de la région iléo-cæcale sont très souvent rencontrées et qu'elles ont la paroi postérieure pour siège de prédilection.

Tuffier a cherché si cette prédilection ne s'expliquerait pas par des raisons anatomo-physiologiques. Il a d'abord constaté que si on distend le cæcum, c'est la paroi postéro-externe qui cède le plus. Elle n'est en effet pas cerclée et soutenue par des artères de calibre, qui s'arrêtent au niveau des bandelettes externes, et en même temps s'arrête un système fibreux transversal qui consolide la partie antéro-interne. Or la distension de l'organe est un phénomène usuel de la typhlite. La paroi postérieure s'étire donc, s'amincit et est plus vite franchie par l'inflammation. En outre, on n'oubliera pas les ganglions sous-séreux de la face postérieure: leurs adénite et péri-adénite seront sans doute

une cause sérieuse de péritonite subaiguë, localisée et adhésive.

Ces adhérences une fois constituées, il est bien possible qu'il faille aller plus loin, et considérer que certains phlegmons sous-péritonéaux, non stercoraux au début, sont des adéno-phlegmons rétro-cæcaux. C'est revenir, par un autre chemin, à la discussion ancienne sur le rôle précis du cæcum, pour savoir si la typhlite pouvait, sans perforation, être l'origine d'une pérityphlite suppurée. Cette manière de voir est séduisante ; il lui manque encore la consécration d'une autopsie probante.

Par contre, les phlegmons stercoraux sous-péritonéaux par perforation de la paroi postérieure, après adhérence préalable, sont suffisamment prouvés pour qu'il n'y ait point lieu de nous y attarder. Mais en est-il de même lorsque la solution de continuité siége sur la face antérieure du cæcum ou sur l'appendice?

Une perforation de la paroi antérieure provoquera une péritonite enkystée ou généralisée, suivant qu'elle a été ou non précédée d'adhérences; l'abcès sous péritonéal est impossible. Mais ces perforations antérieures sont relativement rares. Celles de l'appendice sont au contraire fréquentes, et pour elles les phénomènes sont très variables. Si l'orifice pathologique est situé près de la base, les adhérences permettent la formation d'un abcès sous-péritonéal. De même, le siège étant quelconque, si l'appendice est replié en arrière et adhérent, surtout s'il occupe une sorte de loge diverticulaire du péritoine iliaque. Mais lorsque l'appendice est à peu près libre dans la grande cavité péritonéale, les choses se passent comme dans les perforations de la paroi antérieure.

Ainsi les perforations du cæcum et de l'appendice doivent être divisées anatomiquement en deux grandes classes, suivant qu'elles ont été ou non précédées d'adhérences péritonéales.

S'il n'y a pas d'adhérences préalables, elles seront presque toutes, sauf anomalie anatomique, la cause d'une péritonite aiguë généralisée.

S'il y a des adhérences, celles de la paroi postérieure et de l'appendice produiront soit un phlegmon sous-péritonéal, soit une péritonite enkystée. A celles de la paroi antérieure répondront toujours des abcès enkystés du péritoine.

Donc, contrairement aux descriptions jusqu'à présent classiques, il faut faire une large part aux péritonites iliaques et ne plus se borner à les escamoter en quelques mots à propos du diagnostic différentiel.

V

Aux deux catégories anatomiques que nous venons d'établir, correspondent deux modalités cliniques bien nettes.

Il n'est pas besoin de parler davantage de la péritonite aiguë, généralisée. Elle a lieu à la suite de certaines ulcérations à évolution rapide. Ainsi elle est la règle pour les perforations appendiculaires de la fièvre typhoïde; elle n'est pas rare pour celles de la typhlite tuberculeuse.

Les adhérences, au contraire, existent la plupart du temps lorsque le travail ulcéreux relève d'une cause mécanique, ici fréquente. Il est banal de trouver dans les autopsies des concrétions calculeuses, des amas de matières fécales durcies, des corps étrangers alimentaires qui encombrent la cavité de l'appendice. Il semble que là soit la cause ordinaire des accidents si connus de la typhlite, accidents subaigus, chroniques même, à répétition, survenant par crises douloureuses. La typhlite serait donc surtout une appendiculite. Il y a là une phase préparatoire, étudiée surtout par les médecins : pendant ce temps se font les adhérences.

La perforation une fois constituée, la maladie entre dans sa phase réellement chirurgicale, non point qu'il y ait toujours une séparation nette entre les deux périodes. Assez souvent, au contraire, l'ulcération est insidieuse. Les crises se rapprochent seulement, un peu plus intenses, et peu à peu on sent dans la fosse iliaque une tumeur à laquelle on reconnaît, à un moment donné, les caractères d'une collection purulente. Tous les auteurs décrivent ces phlegmons iliaques à marche lente.

Ailleurs, des phénomènes brusques éclatent lorsque l'épanchement stercoral a lieu. On est alors en présence des symptômes bien connus de l'abcès aigu de la fosse iliaque, souvent avec réaction péritonéale. Parmi ces symptômes, que nous nous garderons bien d'énumérer, nous n'en signalerons qu'un seul, parce qu'il a été la source de certaines erreurs de diagnostic. Nous voulons parler de la douleur brusque dans la région lombo-iliaque, lorsqu'elle s'irradie vers les organes génitaux.

Dans leurs travaux récents, plusieurs auteurs américains notent avec soin ce signe et; dans une observation relatée par Mac Murtry à propos de la discussion ouverte cette année devant le congrès de l'association médicale américaine, il a donné lieu à une erreur d'interprétation. Voici le résumé de ce fait instructif.

Un médecin avait souffert à plusieurs reprises de troubles gastro-intestinaux que l'on avait qualifiés d'indigestion. Puis brusquement il fut pris de constipation et de douleurs vives dans la fosse iliaque, avec irradiation dans le pénis. On crut à une colique néphrétique que l'on calma à l'aide de la morphine. Au bout de quelques jours, la douleur se localisa dans la fosse iliaque et l'on put sentir une induration qui semblait correspondre au trajet de l'uretère et être constituée par un calcul enclavé. Puis la tumeur s'accrut, s'accompagna à un moment donné de melæna, de tympanite, de vomissements, d'accidents graves d'algidité. La pérityphlite fut alors reconnue. Mac Murtry, appelé en toute hâte, incisa le foyer et entra ainsi dans une péritonite localisée, dont deux perforations gangreneuses de la paroi antéro-externe du cæcum étaient la cause. La grande séreuse, déjà enflammée, fut soumise à une toilette minutieuse après que les perforations, avivées, eurent été suturées. L'opéré guérit : il est bien certain toutefois que le retard causé par l'erreur de diagnostic n'a pu que diminuer les chances de succès.

Il n'est que trop fréquent, en effet, que l'abcès suive un trajet défavorable. Il faut redouter son ouverture dans les viscères voisins, dans la vessie, par exemple; plus encore sa rupture dans le péritoine. L'ouverture à la peau est relativement heureuse; encore laisse-t-elle bien souvent après elle une fistule stercoro-purulente. Il est donc indispensable d'avoir recours à une intervention chirurgicale précoce dont les règles, cependant, n'ont pas encore toute la précision désirable. Cela tient à ce que le diagnostic exact ne peut pas toujours, quant à présent, être établi avec rigueur.

VI

Les indications du traitement sont nettes lorsque l'on diagnostique une perforation intestinale avec péritonite

généralisée : si l'on est suffisamment outillé, il faut, aussi vite que possible, pratiquer la laparotomie et désinfecter la séreuse envahie par les matières fécales. On a obtenu ainsi, dans ces dernières années, quelques succès réellement remarquables. Le chirurgien peut alors, à la rigueur, ne pas se demander à l'avance où siège la perforation : le dévidement des anses la fera trouver. Mais les recherches seraient plus aisées et plus rapides, et partant mieux tolérées, si l'on savait de prime abord de quel côté se diriger. A cela serviront les anamnestiques des crises de typhlite : il est juste d'ajouter qu'ils caractérisent surtout les cas où il y a de la pérityphlite adhésive.

Il va sans dire qu'ici, comme pour toute péritonite par perforation, le diagnostic avec l'étranglement interne sera maintes fois impossible. Mais dans les deux cas la laparotomie est indiquée. Il serait plus important de ne pas se laisser induire en erreur par les accidents de péritonisme qui accompagnent parfois la formation d'un abcès enkysté : dans ce cas en effet, on peut éviter la laparotomie et se contenter d'un drainage de la poche circonscrite. C'est pour cela qu'il faut faire un interrogatoire attentif des commémoratifs, du mode et de la date de début des accidents aigus; qu'il faut palper avec soin la fosse iliaque pour peu qu'on ait l'attention attirée vers elle. Nous croyons, par exemple, que ces investigations minutieuses eussent peut-être permis à Fr. Woodberry de porter un diagnostic exact chez un homme de vingt-six ans qui, à la suite d'accidents abdominaux assez obscurs, eut dans la fosse iliaque droite une tumeur attribuée à une intussusception, quoiqu'il n'y eût ni occlusion, ni mélæna, ni vomissements. Après un échec de la médication narcotique, la laparotomie conduisit sur un abcès intra-péritonéal enkysté, causé par un calcul ayant perforé l'appendice. La perforation fut oblitérée, le foyer fut raclé à la curette, et le malade guérit; mais la simple incision iliaque extra-péritonéale eût probablement suffi.

C'est à elle, en effet, qu'il faut s'adresser lorsque l'on reconnaît un abcès de la fosse iliaque : les discussions pathogéniques que nous venons d'exposer n'ont donc pas changé le manuel opératoire. Le praticien, à ce point de vue, aurait le droit de les trouver oiseuses. Mais de l'idée qu'on s'en fait dépend, dans une large mesure, le moment où l'on juge opportun d'intervenir. Cela ressort nettement des débats qui se sont déroulés à la Société de chirurgie de New-York et plus récemment à l'Association médicale américaine.

En décembre 1886, R. F. Weir (de New-York) a soutenu la doctrine déjà émise par Bartholow, par Fitz. Les abcès de la fosse iliaque droite sont le plus souvent des péritonites enkystées et leur rupture dans la grande cavité péritonéale est dès lors facile. Aussi faut-il les ouvrir aussi vite que possible, sans trop craindre de pénétrer dans la séreuse abdominale, bien protégée par les adhérences de la région cæcale. Opérez au plus tard le troisième jour.

Sands, au contraire, croit que les abcès sous-péritonéaux sont la majorité. Dès lors au-devant d'eux est le péritoine non oblitéré. Aussi un trocart explorateur, pour s'assurer de la présence du pus, traverserait-il le cul-de-sac séreux, dont l'infection serait alors à redouter. Le diagnostic précoce de la suppuration, privé de ce mode d'examen, devient souvent bien épineux. Fût-il même posé, on devrait encore s'abstenir pendant quelque temps, car, pour atteindre le foyer purulent à travers une incision parallèle à l'arcade de Fallope, on blessera souvent le péritoine, bien plus difficile à décoller et à refouler que dans la ligature de l'iliaque externe, car ici on opère dans des tissus indurés par l'inflammation. Or, si l'on attend un peu, il est bien connu que l'abcès en se développant soulève peu à peu le péritoine qu'il décolle et crée ainsi entre la séreuse et l'arcade de Fallope un espace où le bistouri peut s'aventurer sans trop de danger. Opérez donc du huitième au dixième jour.

Les deux argumentations sont également bonnes, chacune pour un cas particulier. A l'abcès intra-péritonéal convient l'incision précoce, guidée si l'on veut par une aiguille exploratrice. A l'abcès sous-péritonéal est réservée l'incision un peu plus tardive, et l'on n'essayera pas de poser par la ponction un diagnostic immédiat. Le problème de thérapeutique se résout donc, comme presque toujours, en un problème de diagnostic et il faut avouer que ce dernier présente encore bien des obscurités.

On répète, avec Monneret et Fleury, que l'abcès intra-péritonéal est plus mobile, plus superficiel, qu'il peut être senti par le toucher rectal ou vaginal. On ajoute que les phénomènes péritonéaux dominent, que le frisson est plus fréquent; la fièvre, plus intense; la douleur, plus vive, plus pongitive; la tumeur, plus molle, plus fluctuante dès le début. Mais tout cela est avant tout théorique, car jusqu'à présent on s'occupait bien peu des péritonites enkystées. Il faut des faits nouveaux, des observations prises avec minutie, pour juger en dernier ressort. L'anatomie, normale et pathologique, vient de nous imposer des divisions nouvelles : le dernier mot doit appartenir à la clinique. Dans le doute, il y a peut-être moins de danger à agir qu'à trop temporiser.

L'abcès une fois incisé, la besogne du chirurgien n'est pas terminée. On se souviendra combien souvent une perforation du cæcum et de l'appendice est l'origine du mal, et l'on doit, par conséquent, penser à l'occlusion immédiate de cet orifice. Bon nombre de chirurgiens estiment, en effet, qu'elle est indiquée. Elle est particulièrement facile lorsque la perforation siège sur la partie libre de l'appendice, ou au fond du foyer : tout comme dans une laparotomie pour péritonite, on n'a qu'à appliquer une simple ligature à la base de l'appendice ensuite réséqué. Cette pratique a suffisamment réussi entre les mains des chirurgiens dont nous avons cité les travaux pour qu'on soit en droit de chercher à éviter ainsi la fistule pyo-stercorale.

La question est un peu plus complexe pour les perforations de la base de l'appendice ou de la paroi cæcale, car il s'agit alors d'une véritable entérorrhaphie et le professeur Trélat a bien fait voir, il y a quelques semaines, à la Société de chirurgie, que cette opération, pour être heureuse, doit être pratiquée sur le cæcum attiré au dehors après libération complète. Il est donc indispensable d'entrer dans la cavité péritonéale générale, et l'on peut hésiter à la faire communiquer avec un foyer dans lequel on peut craindre la persistance de quelques agents septiques. Si la fistule stercoro-purulente s'établit, ce sera reculer pour mieux sauter. Mais il y a parfois des guérisons spontanées. Encore un point sur lequel les faits ne se sont pas encore prononcés : la pratique de la suture immédiate est encore trop récente pour qu'il soit loisible de la comparer à l'expectation. On peut seulement constater qu'elle est préconisée par plusieurs chirurgiens sûrs de leur anti-

sepsie et qu'elle a donné entre leurs mains quelques guérisons d'une rapidité vraiment étonnante.

Quelques auteurs vont plus loin et font de la thérapeutique préventive. La majorité des accidents de typhlite relèvent d'appendiculites pour la plupart calculeuses, qui sont une menace perpétuelle de perforation et de mort. Aussi Mohammed, Ch. Simonds, ont-ils conseillé, à la Société clinique de Londres, de supprimer à la première alerte cet organe dangereux, inutile d'ailleurs physiologiquement. C'est un peu radical et il n'est point prouvé que cette méthode doive se généraliser.

A. BROCA.

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphiliographie.

SYPHILIS SECONDAIRE DU FOIE, par M. Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

(Fin. — Voy. le numéro 36.)

I. Je ne pense pas qu'il soit possible de trouver une hépatosyphilose bien authentique plus précoce que celle-là. Mais où commence la précocité, où finit-elle? Quelles sont ses limites exactes? En général on peut appeler précoces toutes les déterminations viscérales ou autres qui, appartenant d'ordinaire à la période tertiaire de la syphilis, s'effectuent pendant sa phase virulente, c'est-à-dire pendant les deux ou trois premières années de l'infection. Mais à quelle époque la viscéropathie la plus précoce peut-elle commencer? Je ne pense pas que ce soit moins d'un mois ou un mois et demi après le début de l'accident primitif. Il faut que la deuxième incubation, celle de la syphilis généralisée, soit accomplie. Toute manifestation viscérale qui survient avant cette époque doit être tenue pour suspecte en tant qu'émanation de la syphilis. Cette maladie ne peut pas produire des lésions loin de son foyer primitif, avant d'être devenue une infection généralisée. Supposez que dix jours après son chancre un malade fût frappé d'une attaque d'hémiplégie droite et d'aphasie. Seriez-vous autorisé à dire que cette encéphalopathie est syphilitique? Non. Mais vous auriez certainement des motifs très plausibles pour le supposer, si de pareils accidents s'étaient produits vers le deuxième ou le troisième mois du chancre, en pleine explosion des troubles constitutionnels et des premières manifestations matérielles de la maladie. En fait de précocité, on est tombé dans l'exagération, surtout lorsqu'il s'est agi des déterminations sur le foie.

Croit-on que ce ne serait pas une grosse erreur pathologique d'attribuer à la syphilis une jaunisse qui se montrerait une ou deux semaines après le chancre? C'est pourtant ce qui a été fait. Il faut exclure de la syphilis toutes les affections hépatiques qui surviennent pendant la deuxième incubation, fussent-elles constituées non seulement par l'ictère, mais aussi par l'hypertrophie du foie. Je ne puis donc admettre comme syphilitique l'ictère qui eut lieu quelques jours après le chancre *et deux mois avant les éruptions secondaires*, chez une malade dont l'observation, recueillie par M. Martel, est rapportée dans la thèse de M. Lacombe. Je le puis d'autant moins qu'il y avait d'autres causes que la syphilis, et, entre autres, de mauvaises conditions hygiéniques pour produire cette jaunisse.

Quant à l'époque où finit la précocité des hépatosyphiloses, elle est encore plus difficile à déterminer. Faut-il admettre avec M. Delavarenne une catégorie des syphiloses hépatiques *intermédiaires*, c'est-à-dire placées entre la phase secondaire et la phase tertiaire, et participant de l'une et de l'autre, comme certaines syphilides cutanées et muqueuses? Rien ne me paraît justifier cette division tout artificielle, ni la forme de l'affection, ni sa chronologie, car l'auteur y fait entrer les deux cas de M. Quinquaud ci-dessus résumés, dans lesquels les accidents hépatiques sont survenus précisément deux mois et demi et trois mois après le chancre. Il est vrai que les syphilides étaient malignes. Mais quoique tertiaires par leur processus anatomique, les a-t-on jamais rangées parmi les accidents de transition et les accidents réellement tertiaires?

Comme date, la précocité cesse après la deuxième ou la troisième année de l'infection. Du reste ce n'est pas la chronologie seule qui tranche cette question. Les caractères cliniques, le processus et les coïncidences spécifiques viscérales de l'affection doivent entrer aussi en ligne de compte. Les hépatosyphiloses précoces sont en effet des déterminations conjonctives subinflammatoires, qui n'ont point de tendance à se fixer dans le foie, à s'emparer définitivement de son parenchyme ou de son enveloppe fibreuse, pour les scléroser et y faire pousser des productions gommeuses, etc. Elles n'aboutissent jamais aux conséquences extrêmes du processus; elles l'ébauchent seulement et s'en tiennent à sa première phase, comme le font du reste toutes les viscéropathies de cette période. Aussi n'entraînent-elles pas dans leur orbite, du moins la plupart du temps, la rate et les reins, ainsi qu'elles manquent rarement de le faire lorsqu'elles sont complètement tertiaires par leur chronologie et par leurs lésions. De plus elles n'aboutissent jamais à cette cachexie abdominale syphilitique dont elles deviennent un des principaux facteurs aux phases ultimes de la maladie constitutionnelle. Enfin elles sont susceptibles de se guérir spontanément, ou bien on en vient facilement à bout et en peu de temps au moyen des spécifiques.

II. Tous les ictères qui surviennent chez les syphilitiques ne doivent pas être considérés comme la preuve d'une détermination de la maladie constitutionnelle sur le foie. A ce compte les hépatosyphiloses précoces seraient loin d'être des raretés. Pour ma part j'ai vu peut-être dix ou quinze cas d'ictère dans la phase secondaire de la syphilis, et cependant, sur ce nombre, je n'en ai admis qu'un, celui dont l'observation a été relatée plus haut. Tant de causes peuvent produire la jaunisse qu'il n'est pas étonnant de la rencontrer quelquefois au début de la syphilis. Je suis même surpris qu'elle n'y soit pas plus fréquente. Est-ce que le traitement auquel on soumet les syphilitiques, les contrariétés, les chagrins, les peines morales de toute sorte, l'humiliation, la terreur, sans compter beaucoup d'autres motifs de perturbation pour tout l'organisme, est-ce que toutes ces conditions étiologiques ne seraient pas suffisantes la plupart du temps pour expliquer les troubles hépatiques et l'ictère catarrhal qui en est la conséquence? Aussi faut-il autre chose. Tout d'abord il me semble indispensable que le malade ne se trouve point, au moment même où il est atteint de jaunisse, sous l'influence d'une ou de plusieurs des causes qui la suscitent habituellement: qu'il n'ait pas d'affection des voies digestives, d'embarras gastrique muqueux ou bilieux, d'entérite saisonnière ou paludéenne, qu'il n'ait fait aucun excès de table, subi aucune commotion anormale, qu'il n'existe dans ses antécédents prochains ou même éloignés ni impaludisme, ni alcoolisme, etc. Mais ce n'est pas tout; pour admettre que le foie a été touché par la syphilis, n'est-il pas nécessaire qu'il en existe une preuve matérielle? Et où la trouver sinon dans une augmentation de volume, dans une hypertrophie congestive ou inflammatoire de la glande? La douleur dans l'hypochondre droit et à l'épigastre fournit aussi une preuve en faveur de la spécificité; mais elle est loin d'avoir la même valeur que l'hypertrophie.

Lorsque, en pleine période secondaire, au milieu de

toutes les manifestations qui se produisent alors en foule, un peu partout, le foie se tuméfie et devient douloureux, sans aucune autre cause provocatrice que la syphilis, on peut affirmer que l'organe est spécifiquement atteint, alors même que l'ictère ferait défaut. Lorsque, au contraire l'ictère existe seul, sans hypertrophie du foie, on doit, toutes choses restant égales d'ailleurs, et qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de douleurs, mettre en doute la spécificité de l'affection. L'hypertrophie hépatique constitue, selon moi, le vrai signe, le criterium capital de l'hépatosyphilose secondaire. Aussi je rejette la plupart des cas qu'on nous a donnés depuis 1853 comme des *ictères syphilitiques secondaires*. C'est à cette époque que Gubler publia dans les *Bulletins de la Société de biologie*, son *Mémoire sur l'ictère qui accompagne quelquefois les éruptions syphilitiques précoces*. Cet ictère entra dans la syphiliographie sous son patronage. On l'accueillit avec beaucoup trop de complaisance. J'espère qu'après les raisons que je viens de donner on se montrera plus sévère à son égard.

Anatomie pathologique. — Quels sont les éléments morbides qui entrent dans la composition de l'hypertrophie secondaire du foie? Nous n'en savons rien d'une manière positive, car je ne crois pas qu'aucune autopsie en ait été faite. Mais il est fort probable que cette hypertrophie ressemble à celle qui caractérise le début de l'hépatosyphilose tertiaire, c'est-à-dire qu'elle résulte non pas d'un simple encombrement dans la circulation du foie, d'une hypérémie de ses vaisseaux, mais d'une diapédèse des globules blancs et d'une véritable prolifération d'éléments embryonnaires dans le tissu conjonctif de l'organe. Seulement ces produits morbides ne se réunissent pas en foyer sous forme de tumeurs gommeuses, ils ne s'épanchent pas en nappes épaisses d'infiltration scléro-gommeuse, ils ne s'organisent pas; au contraire ils se résorbent facilement et disparaissent sans laisser après eux aucune lésion permanente. Ce qui prouve bien qu'il ne s'agit pas d'un simple mouvement congestif, c'est que l'hypertrophie persiste pendant deux ou trois mois ou même plus. Parfois, avant de s'éteindre complètement, elle présente quelques alternatives de diminution et d'augmentation qui coïncident en général avec la disparition des syphilides, leur recrudescence ou de nouvelles poussées. Il est impossible dans l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet d'expliquer la pathogénie de ces lésions. Les hypothèses que nous pourrions faire ne serviraient à rien.

Etiologie. — Nous ne sommes guère plus avancés en fait d'étiologie. L'extrême rareté de l'hépatosyphilose permet de supposer que la prédisposition individuelle joue un rôle considérable dans sa genèse. Les cas se répartissent à peu près également entre les deux sexes (sur treize cas, sept hommes et six femmes). Les saisons paraissent avoir quelque influence: sur neuf cas, six eurent lieu à la fin d'avril, à la fin d'août, c'est-à-dire vers une époque où les hypersécrétions biliaires sont communes (Delavarenne).

Description clinique. — L'*hypertrophie hépatique* qui constitue le symptôme capital est quelquefois la seule expression de la maladie du foie. Mais habituellement elle coexiste avec les deux autres symptômes, la douleur et l'ictère. Sur treize cas, l'hypertrophie ne fut seule que trois fois; dans les dix autres cas, il y eut ictère et la douleur ne manqua qu'une seule fois (Lacombe). D'ordinaire toutes les fois qu'il y a ictère, il y a aussi douleur. Le foie dépasse le rebord des fausses côtes de deux ou trois travers de doigt. En déprimant la paroi abdominale à son niveau, on sent que sa surface est lisse, sans bosselures ni dépressions, et que son bord épaissi ne présente pas d'échancrures. Il est uniformément tuméfié dans toutes ses parties.

La *douleur* consiste en un sentiment de gêne et de pesanteur dans l'hypochondre ou à l'épigastre. Elle devient rarement aiguë et elle n'est jamais paroxystique comme dans les coliques hépatiques. La plupart du temps elle est et reste lourde, gravative, continue ou vaguement rémittente. La pression la réveille ou l'exaspère si elle est spontanée. Elle n'est pas plus intense la nuit que le jour. Des trois symptômes de l'hépatosyphilose, c'est elle qui se montre la dernière et qui disparaît la première.

L'*ictère* est un signe fonctionnel d'une grande valeur, mais dont on a certainement exagéré l'importance. Gubler l'attribuait à une roséole des canalicules biliaires. C'est là une étiologie très contestable et dont on n'a point fourni la preuve anatomique. Ne peut-on pas en dire autant de l'opinion qui fait provenir la jaunisse d'une hypertrophie des ganglions lymphatiques du hile, comprimant les canaux biliaires? Ce qui est bien certain, c'est qu'il y a obstacle au cours de la bile et résorption de ce liquide, puisqu'on a souvent trouvé les selles décolorées et que les urines qui teignent le linge en jaune, donnent avec l'acide nitrique la réaction verte due à la présence du pigment biliaire, au lieu de la couleur acajou qui caractérise l'hémaphéisme.

Il est fort probable que le processus hypérémique, qui confine plus ou moins à l'inflammation, se propage aux canalicules biliaires et y suscite une prolifération de nouvelles cellules épithéliales, avec une desquamation des anciennes qui forment alors une sorte de bouchon s'opposant au libre cours de la bile. C'est par ce mécanisme plutôt que par les compressions ganglionnaires que se produit l'encombrement des voies biliaires et la résorption qui en est la conséquence. L'ictère serait donc le signe d'un état subinflammatoire de l'hypertrophie hépatique. « Il est, dit M. Delavarenne, consécutif au gonflement du foie; d'abord peu intense, il met cinq ou six jours pour arriver à son degré maximum. Nous pouvons encore suivre là l'évolution anatomique. Au moment où les canalicules biliaires commencent à être malades, débute la teinte plutôt subictérique que franchement ictérique; leur conduit n'est pas encore complètement obstrué; l'obstruction ne devient complète qu'au bout de quelques jours; alors l'ictère est formé et persiste dans cet état plus ou moins longtemps suivant le degré d'intensité atteint par la lésion, suivant les effets du traitement. »

Dans l'hépatosyphilose secondaire le processus s'effectue sourdement et sans susciter aucune réaction fébrile. La température reste normale et le pouls descend un peu au-dessous de la moyenne. On a noté quelquefois des démangeaisons, mais jamais d'épistaxis ni d'hématémèse.

Les troubles digestifs font très souvent défaut au début de la maladie. Ils ne précèdent point son invasion et par conséquent on ne peut pas les accuser de l'avoir produite ou favorisée. Ils n'apparaissent que quelque temps après les accidents hépatiques et comme leur conséquence naturelle. L'augmentation de volume du foie existe déjà depuis quelques jours, lorsque la langue, jusque-là rosée, se couvre d'un enduit saburral et que les digestions, de faciles qu'elles étaient, deviennent lentes, pénibles, douloureuses. Il se produit quelquefois des nausées et des vomissements; les garde-robes sont rares et les matières fécales décolorées, etc. Ce fait que la dyspepsie gastro-intestinale est postérieure à la détermination hépatique, n'a-t-il pas une grande valeur au point de vue du diagnostic?

Les *coïncidences* spécifiques sont extrêmement nombreuses, puisque l'hépatosyphilose se produit en pleine période secondaire et au moment où les manifestations de la syphilis généralisée se multiplient de toutes parts et se succèdent presque sans interruption: troubles constitutionnels prodromiques graves, plaques muqueuses, syphilides exanthématiques, papuleuses, érosives, pustuleuses, malignes, périostoses précoces, arthropathies, douleurs musculaires, céphalées violentes, etc. Il est à remarquer que

l'affection syphilitique du foie ne survient pas dans les formes très bénignes de l'infection, comme cela arrive fréquemment pour les cérébropathies. Elle appartient aux formes d'une moyenne intensité et peut-être encore plus aux formes sévères, graves et même malignes, à celles qui s'emparent violemment de l'organisme, qui l'ébranlent, l'altèrent, l'affaiblissent, le cachectisent et tendent, dès le principe, à envahir les viscères profonds. Parmi ces derniers, outre le foie, il faut signaler la rate qui devient quelquefois volumineuse et les reins qui laissent dans quelques cas filtrer de l'albumine. Mais leurs lésions dans l'hépatosyphilose secondaire sont insignifiantes comme fréquence et comme gravité, en comparaison de l'importance qu'elles acquièrent à tous égards dans l'hépatosyphilose tertiaire des phases ultimes de la maladie constitutionnelle.

Le *processus* débute par la tuméfaction du foie ; puis viennent l'ictère et la douleur qui ne la précèdent jamais et durent moins longtemps qu'elle, car, tandis que l'hypertrophie ne se résout complètement qu'au bout de trois ou quatre mois en moyenne, l'ictère s'efface d'ordinaire au bout de cinq ou six semaines et la douleur disparaît beaucoup plus tôt. La marche est continue et la terminaison toujours heureuse.

Les *ictères graves* qu'on a quelquefois observés dans la période secondaire de la syphilis ne dépendent point de cette maladie. C'est une coïncidence tout à fait fortuite qui fait que ces deux maladies se rencontrent sur le même terrain. On s'accorde généralement aujourd'hui à reconnaître qu'il n'y a entre elles aucun lieu de causalité. Et ce qui le prouve bien c'est la différence profonde entre les lésions de l'ictère grave chez les syphilitiques et de la véritable hépatosyphilose : tandis que cette dernière hyperplasie attaque le tissu conjonctif sans toucher à ses cellules, l'autre, au contraire, attaque la partie active ou sécrétante et donne lieu d'emblée à une atrophie parenchymateuse aiguë.

Le *diagnostic* de l'hépatosyphilose secondaire se fait par élimination. Quand il est bien démontré qu'aucune cause autre que la syphilis n'a pu produire l'affection du foie, force est bien de la rattacher à la diathèse. Mais à une condition toutefois, c'est qu'il y ait une altération matérielle de l'organe, c'est-à-dire son augmentation de volume. L'influence curative du traitement spécifique fournirait aussi, dans les cas douteux, un élément de diagnostic. Le *pronostic* n'a rien de fâcheux, puisque l'existence n'est jamais compromise et que la guérison a toujours été obtenue. Reste à savoir si un foie qui a été atteint par la syphilis dans la période secondaire ne porte pas et ne garde pas en lui une prédisposition à l'être plus tard sous un mode plus sérieux. La clinique ne nous a fourni encore aucune donnée précise pour résoudre cette question. Toutefois il est à remarquer que dans les syphiloses hépatiques tertiaires on ne trouve point, parmi les antécédents de la période secondaire, une première détermination précoce sur le foie. Au nombre des circonstances qui assombrissent un peu le pronostic ordinairement bénin, notons l'hypertrophie simultanée ou consécutive de la rate et la présence de l'albumine dans les urines. Ce n'est sans doute qu'une ébauche de syphilose abdominale généralisée ; mais n'exprime-t-elle pas une imprégnation plus profonde, un degré plus avancé, une extension plus grande dans la détermination viscérale?

Le *traitement* doit être mixte : on administrera tout à la fois, et à des doses assez fortes, l'hydrargyre et l'iodure. On combattra par des purgatifs légers l'embarras gastro-intestinal, on donnera des toniques s'il y a un commencement de cachexie et on aura recours à des révulsifs tels que sinapismes, ventouses, vésicatoires, si la douleur est vive et l'hypertrophie aiguë et volumineuse.

Physiologie pathologique.

Des variations de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de la réduction de cette substance dans la fièvre typhoïde, par MM. A. Hénocque et G. Baudouin.

I. Mesure de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine. — II. Résultats cliniques. Variations de la quantité d'oxyhémoglobine. — III. Variations de la durée de réduction.

I

La fièvre typhoïde est une des maladies aiguës qui produit les perturbations les plus sérieuses et les plus manifestes dans la nutrition générale ; elle peut être considérée comme l'un des types les plus communs et les mieux déterminés des maladies infectieuses et des fièvres putrides, c'est pourquoi nous avons pensé qu'il serait très important d'appliquer à l'étude des modifications que cette fièvre produit dans la nutrition, les procédés de la méthode hématoscopique.

Les variations que subit la quantité d'oxyhémoglobine dans le sang des typhiques n'ont été l'objet que d'un nombre restreint de recherches, et celles-ci n'ont pas été suivies dans les diverses phases de la maladie ; mais personne n'a essayé de déterminer avant nous les variations de l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine dans la fièvre typhoïde.

Nous avons entrepris, pour faire cette étude, une série de recherches qui ont été accomplies sur onze malades dont quatre observés dans la pratique privée, les sept autres à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Sée.

La recherche de la quantité d'oxyhémoglobine et de la durée de la réduction a été faite régulièrement, le plus souvent chaque jour, à la même heure, en même temps que l'on notait le pouls, la respiration, la température. Ces examens ont été pratiqués au lit du malade, suivant la méthode hématoscopique, les quantités d'oxyhémoglobine étaient calculées au moyen de l'hématospectroscope grand modèle et la durée de la réduction était observée avec le spectroscope à vision directe, à la surface unguéale du pouce, après application d'une ligature autour de la phalange. Ces procédés ont été décrits dans la *Gazette hebdomadaire*, n° 43, 23 octobre 1886 et n° 13, 1er avril 1887 ; mais nous croyons devoir rappeler ici les principes qui servent de base à la mesure de *l'activité de la réduction* de l'oxyhémoglobine.

Le rôle physiologique de la matière colorante du sang ou hémoglobine est bien déterminé. C'est pendant son passage à travers les poumons dans l'acte respiratoire que l'hémoglobine contenue dans les globules rouges, l'hémoglobine dite « active » ou « vivante », fixe l'oxygène (1 gramme d'hémoglobine absorbe plus de 1 centimètre cube d'oxygène). Le sang artérialisé dans les poumons est à son maximum d'oxygénation, il transporte l'oxyhémoglobine dans les tissus par les capillaires et c'est dans ces réseaux vasculaires que s'opèrent les échanges entre le sang et les tissus, c'est-à-dire que l'oxyhémoglobine échange son oxygène avec les tissus, qu'elle devient à l'état d'hémoglobine réduite, qui donne au sang veineux sa couleur spéciale. A l'état normal le sang circulant rapidement, la réduction de l'hémoglobine se fait d'une manière continue et incomplètement, de telle façon que le sang veineux renferme toujours une proportion notable d'oxyhémoglobine, ce dont il est facile de s'assurer en examinant avec le spectroscope une veine mise à nu. Suivant Hufner, il y a dans la veine crurale du chien environ 4,7 à 6 pour 100 d'hémoglobine réduite pour 8 à 10 pour 100 d'oxyhémoglobine, et dans une démonstration au Collège de

France nous avons, chez le lapin, constaté dans le sang de la veine crurale une proportion analogue.

Ce phénomène de réduction est influencé par les propriétés spéciales aux organes, aux tissus et aux éléments, et par les conditions de la circulation et de la respiration telles que la tension artérielle, l'influence du système nerveux; l'activité des échanges interstitiels est donc soumise à des causes nombreuses de variations. Néanmoins nous avons montré que l'on peut, non seulement suivre le phénomène de la réduction de l'oxyhémoglobine dans les tissus vivants mais aussi en apprécier la durée, dans la phalange du pouce.

La ligature du pouce supprime l'influence de la tension vasculaire, de l'activité circulatoire, elle réduit à deux facteurs principaux l'appréciation des phénomènes de réduction. En effet la durée de la consommation de l'oxygène du sang par les tissus varie suivant la quantité d'"oxyhémoglobine contenue dans le sang, et suivant l'activité propre aux tissus.

Il est facile d'étudier ce phénomène de la réduction; lorsqu'on examine le pouce avec un spectroscope à vision directe, on voit une bande estompée mais facile à reconnaître et bien limitée dans le jaune orangé, c'est-à-dire couvrant la D et s'avançant dans le jaune vert; si l'on fait la ligature de la phalange du pouce, la bande se décolore et disparaît en un certain temps, 50 à 100 secondes environ, à ce moment il y a *réduction de l'oxyhémoglobine* complète dans la couche vasculaire sous-unguéale observée. On peut donc suivant la *durée* de la persistance de cette bande apprécier la durée de la réduction.

Dans ce mode d'observation la durée de la réduction est sous la dépendance de deux facteurs, d'abord la quantité d'oxyhémoglobine à consommer, puis l'activité des tissus.

Quelques exemples démontrent la part relative de ces deux facteurs.

C'est ainsi que sous l'influence d'une grande douche chaude avec massage on peut en 15 minutes modifier la durée de la réduction en l'amenant de 60 à 30 secondes, c'est-à-dire que les tissus ont acquis par la chaleur, le choc, les pressions, une activité telle que l'oxyhémoglobine du sang a abandonné aux tissus son oxygène en un temps moitié moindre, sans cependant que la quantité d'oxyhémoglobine ait varié. Dans un autre cas, examinant la durée de la réduction du pouce, cet organe étant plongé dans la glace, nous trouvons une durée de réduction exagérée jusqu'à 180 secondes, l'activité des échanges dans ce cas a été considérablement diminuée.

Les variations de la durée sont donc obtenues ou par des causes générales agissant sur la quantité d'oxyhémoglobine du sang ou par des causes générales et locales agissant sur l'activité des échanges.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'importance qu'il y a à constater l'influence réciproque des diverses conditions physiologiques ou pathologiques, normales ou accidentelles, pour cela il fallait établir un moyen de comparaison méthodique, déterminer une unité de mesure.

Il semble à priori que le moyen le plus simple de mesurer l'activité de la réduction consisterait à calculer la quantité d'oxyhémoglobine réduite en une seconde, et que pour cela il suffit de diviser la quantité d'oxyhémoglobine par la durée, c'est ce qui a été fait tout d'abord. Par exemple, souvent chez l'homme, avec 14 pour 100 d'oxyhémoglobine, la durée de réduction est de 70 secondes; avec 13 pour 100 d'oxyhémoglobine, chez la femme, la durée de réduction est de 65 secondes; chez l'enfant, avec 12 pour 100 la durée a été de 60 secondes; dans ces divers cas on peut donc admettre qu'il y a eu 0,2 pour 100 d'oxyhémoglobine réduite par chaque seconde. Mais il y a des cas tout différents; par exemple, une enfant atteinte de suppuration de l'articulation coxo-fémorale présente, avec 4 pour 100 d'oxyhémoglobine, une durée de 60 secondes; telle jeune fille chloro-anémique présente, avec 6 pour 100 d'oxyhémoglobine, une durée de 85 secondes; dans ces deux observations, la quantité réduite par seconde est de 0,08 pour 100 pour la première et de 0,07 pour 100 pour la seconde.

Ces chiffres sont significatifs, car ils nous montrent les variations considérables de la quantité réduite en une seconde, mais ils ne suffisent pas encore; en effet ils n'expriment pas d'emblée l'activité de réduction. Il en est tout autrement si nous prenons pour unité de l'activité de réduction la quantité normalement consommée en une seconde. Or cette quantité établie empiriquement est évaluée à 0,2 pour 100. En d'autres termes, à l'état de santé, la durée de la réduction et la quantité d'oxyhémoglobine sont dans un rapport simple, qu'on peut exprimer ainsi :

$$\frac{\text{Quantité oxyhémoglobine}}{\text{Durée de réduction}} = 0{,}2 \text{ par seconde.}$$

Nous admettons que cette quantité 0,2 peut être prise pour unité et nous avons la formule suivante exprimant l'activité de réduction :

$$\text{Activité de réduction} = \frac{\text{Quantité oxyhémoglobine}}{\text{Durée de réduction}} \times 5.$$

Sous une autre forme, on divise la quantité par la durée, on prend la moitié du quotient et on la multiplie par 10.

En adoptant cette unité et ce mode d'évaluation on n'apprécie plus seulement la quantité d'oxyhémoglobine réduite en une seconde, mais en fait, on compare entre eux les chiffres qui représentent l'activité de l'échange de l'oxygène entre le sang et les tissus dans le pouce exprimée en valeurs décimales.

Il importe de toujours mettre en comparaison la quantité d'oxyhémoglobine et l'activité de la réduction, et il est préférable d'établir des courbes comparatives, dont nous donnons un exemple, par l'observation de Galatry. Ce mode de représentation permet d'apprécier la marche des variations. Dans les observations que nous avons résumées en forme de tableaux présentés à la Société de biologie, et que nous ne pouvons reproduire dans ce journal, nous avons ajouté les nombres comparatifs du pouls et de la respiration.

II

Résultats cliniques. Variations de la quantité d'oxyhémoglobine. — Les malades de l'Hôtel-Dieu ont été tous traités d'une manière analogue pendant la période aiguë de la maladie : alcool avec extrait de quinquina, naphthol (1gr,50) à l'intérieur, lavements au sublimé; et, comme régime : bouillon, lait, vin rouge, tisane vineuse. Après la disparition de la fièvre et de la diarrhée, on augmente l'alimentation en ajoutant des œufs dans le bouillon.

Les observations ont été réunies en tableaux et sous forme de courbes présentées à la Société de biologie (séances des 23 janvier, 4 et 17 février 1888) et à l'Académie des sciences (séance du 23 août 1888).

La quantité d'oxyhémoglobine diminue de bonne heure, comme le prouvent nos observations. Chez une de nos malades (G. B..., fille de treize ans et demi), cette diminution apparaît dès le quatrième jour de la maladie où elle tombe à 9 pour 100. On la constate ordinairement le huitième ou le neuvième jour (L....., homme de vingt-neuf ans, Gib., homme de trente-neuf ans, Mart....., Gal....., où elle tombe à 8,5 pour 100, 7 pour 100, 7,5 pour 100, 13 pour 100). Elle peut persister jusqu'à une période avancée de la maladie. Chez un de nos malades (Vaud.....), nous ne trouvons en effet que 7,5 pour 100 au

trente-cinquième jour, 8 pour 100 au quarante-troisième jour et même 9,3 pour 100 au cinquante et unième jour.

Les oscillations peuvent être comprises entre les limites plus ou moins étendues. Ainsi chez Gal....., pendant vingt-six jours, le taux en oxyhémoglobine varie seulement de 9 pour 100 à 11,5 pour 100, tandis que chez Mart..... il varie de 7 pour 100 à 11,5 pour 100 pendant une période de vingt-deux jours. Les différences d'un jour à l'autre sont le plus souvent de 1/2 pour 100 à 1 pour 100, rarement de 2 pour 100 et exceptionnellement 3 pour 100. Une seule fois nous avons observé une différence de 4 pour 100 (7,5 pour 100 à 11,5 pour 100 chez Mart.....).

Mais si d'un jour à l'autre la quantité d'oxyhémoglobine varie ainsi dans des proportions de 1/2 pour 100 et 2 pour 100 en moyenne, souvent aussi, pendant plusieurs jours consécutifs elle est exprimée par les mêmes chiffres, ou par des chiffres dont les différences sont trop faibles pour ne pas être négligeables. Nous en trouvons un exemple des plus remarquables dans l'observation de Pluc..... qui a présenté 11,5 pour 100 d'oxyhémoglobine pendant six jours de suite, du vingt-deuxième au vingt-huitième jour. La première conséquence de ces faits c'est que si on réduit en tableaux sous forme de courbes les chiffres représentant les quantités d'oxyhémoglobine de chaque jour, on obtient des lignes de décroissance ou des lignes d'ascension, ou même de véritables plateaux, comme dans une courbe de température.

Enfin, et ce n'est pas là un des résultats les moins intéressants, il n'est pas rare de trouver dans les jours correspondants des chiffres avec des différences presque identiques pour les divers malades; de sorte que si on compare entre elles leurs courbes d'oxyhémoglobine, les mêmes périodes seront souvent représentées par des lignes à direction similaire ou même parallèles.

Si maintenant, reprenant nos observations, nous les comparons entre elles au point de vue des quantités d'oxyhémoglobine révélées par les examens hématoscopiques, nous constatons qu'en général celle-ci tombe à 9, 8, 7 pour 100 pendant les deux premières périodes de début et d'état, puis elle remonte à 8, 9, 11 et 12 pour 100 dans la période de convalescence. Mais lorsque la quantité d'oxyhémoglobine est une fois tombée aux chiffres faibles que nous avons rapportés (7, 8, 9 pour 100), ce n'est en général qu'à une période avancée de la maladie qu'elle revient aux proportions de 10 pour 100, 11 pour 100, véritablement proches de la normale.

Chez Pluc....., c'est le vingtième jour seulement que l'oxyhémoglobine remonte à 11 pour 100 de 9 et 9,5 pour 100 où elle s'était maintenue jusque-là.

Chez Bert....., nous notons pour la première fois 10 pour 100 d'oxyhémoglobine le vingt et unième jour après n'avoir auparavant trouvé que 7,5 pour 100, 8,5 pour 100 et 9 pour 100.

Chez Vaud....., nous trouvons des quantités de 7,5 pour 100, 8,5 pour 100, 9,5 pour 100 jusqu'au trente-troisième jour, et 11 pour 100 le trente-quatrième jour pour la première fois.

Duc..... nous présente, le lendemain de son entrée à l'hôpital, 14 pour 100 d'oxyhémoglobine, puis en vingt-quatre heures, celle-ci tombe à 9,3 pour 100, puis bientôt à 8,5 pour 100, s'y maintient jusqu'au trente-quatrième jour; le trente-cinquième jour elle remonte brusquement à 11,5 pour 100.

Par contre, nous avons un autre malade, Mart....., qui présente 11,5 pour 100 d'oxyhémoglobine le neuvième jour. La veille il n'avait que 7,5 pour 100, c'était le soir de son entrée à l'hôpital; le lendemain, dixième jour, il retombe au même chiffre; le seizième jour, il remonte à 9 pour 100 pour retomber encore en vingt-quatre heures à 8 pour 100, puis 7 pour 100; le vingt-cinquième jour seulement il revient à 9,3 pour 100. Jamais depuis il n'a dépassé ce chiffre jusqu'au jour où nous l'avons perdu de vue, il était alors complètement rétabli et s'apprêtait à quitter l'hôpital.

Ce dernier malade semble au premier abord se comporter un peu différent des autres: chez lui l'anémie en oxyhémoglobine aurait persisté en dépit de la cessation des phénomènes morbides et de l'amélioration de l'état général. Mais nous devons faire remarquer que nous l'avons observé pour la dernière fois le trente-deuxième jour après le début de la maladie, alors que chez les deux précédents (Vaud..... et Duc.....) c'est aux trente-quatrième et trente-cinquième jours seulement que nous retrouvons les quantités de 11 pour 100 et 11,5 pour 100 d'oxyhémoglobine. S'il nous avait été donné de suivre plus longtemps notre malade, nous eussions sans doute constaté le retour de l'oxyhémoglobine à des proportions convenables et voisines de sa normale.

Nous pouvons sans doute interpréter de même ce qui s'est passé chez J. B..., cette jeune fille de treize ans et demi observée en ville, et dont le sang examiné à plusieurs reprises, dans le courant de la maladie, présenta successivement 9 pour 100 d'oxyhémoglobine le quatrième jour, puis 8,5 pour 100 au dixième jour, 8 pour 100 au quatorzième jour, 7 pour 100 au vingt et unième jour et enfin 8,5 pour 100 seulement au trente-huitième jour.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que des malades chez lesquels l'oxyhémoglobine a subi une notable dépréciation quantitative en s'abaissant aux chiffres faibles de 7, 8, 9 pour 100. Voici maintenant deux autres observations qui méritent un intérêt particulier. C'est d'abord celle de Plé..... qui dès le premier jour de nos recherches, et au dixième jour de sa maladie, présente 10 pour 100. Le lendemain il tombe à 9,5 pour 100, différence insignifiante assurément, puis remonte le douzième jour à 11,5 pour 100; pendant les quinze jours qui suivent, nous trouvons huit fois le même chiffre, 11,5 pour 100; une fois 11 pour 100, une fois 10 pour 100 et quatre fois 9,5 pour 100. C'est seulement le vingt-huitième jour que l'oxyhémoglobine remonte à 13 pour 100, brusquement; depuis lors, jusqu'au trente-neuvième jour, où nous avons cessé de suivre le malade qui était complètement convalescent, nous avons retrouvé plusieurs fois le même chiffre et jamais moins de 11 pour 100.

Nous trouvons une analogie complète entre ces faits et ce que nous observons chez un autre de nos malades, Gal....., qui présente 13 pour 100 d'oxyhémoglobine au neuvième jour de sa maladie. Le lendemain l'oxyhémoglobine descend à 10 pour 100, et jusqu'au vingt-quatrième jour oscille entre ce chiffre et 9,3 pour 100, 9,5 pour 100, 11,5 pour 100: le vingt-cinquième jour elle remonte à 10 pour 100 pour ne jamais retomber au-dessous et au contraire regagner les proportions de 12 pour 100 et 13 pour 100, par une progression à peu près régulière et constante, et interrompue seulement par de faibles oscillations sans importance et dont nous expliquerons les causes dans la suite.

Ces deux observations se distinguent clairement de celles qui précèdent par ce fait que nous n'y voyons pas un abaissement aussi considérable de l'oxyhémoglobine: loin de là, l'anémie chez ces deux derniers malades ne se montre pas d'une façon permanente; du moins elle n'apparaît que passagèrement et à un degré très faible. Cependant, remarquons-le d'abord, c'est le vingt-huitième jour seulement chez Plé..... que l'oxyhémoglobine après être remontée à 13 pour 100, cesse de redescendre au-dessous de 11 pour 100; et chez Gal..... c'est le vingt-cinquième jour qu'elle cesse de retomber au-dessous de 10 pour 100. Dans ces deux cas, comme dans nos premières observations, c'est à une période relativement avancée de la maladie, en pleine

convalescence, que l'oxyhémoglobine se maintient d'une façon définitive dans des proportions très rapprochées de la normale. En second lieu, tandis que chez nos premiers malades, plus anémiés, les chiffres de l'oxyhémoglobine atteignent difficilement, exceptionnellement 12 pour 100, 13 pour 100, et se maintiennent, surtout dans la convalescence, à 11 pour 100 ou 11,5 pour 100; chez les derniers, qui subissent une anémie moins considérable, l'oxyhémoglobine regagne facilement, dans la convalescence, les proportions de 12 pour 100 et 13 pour 100 qui sont bien rapprochées de la normale.

III

Variations de la durée de la réduction. — La réduction de l'oxyhémoglobine est, dans la fièvre typhoïde, profondément modifiée dans sa *durée;* celle-ci est augmentée dès le début et reste longue jusqu'à une période plus ou moins avancée de la convalescence. Dans notre première observation (Pluc.....) elle oscille entre 120, 140 et 105 secondes du quatorzième jour au vingt-deuxième jour. Jusqu'alors l'oxyhémoglobine s'était maintenue à 9 et 9,5 pour 100 (sauf un jour); pendant les dix jours suivants la *durée* reste à peu près constamment inférieure à 100 secondes, mais sans jamais descendre au-dessous de 72 secondes; l'oxyhémoglobine, pendant ce temps, se maintenait entre 10 et 14 pour 100. Le trente-deuxième jour enfin, pour la première fois, et la seule, nous ne comptons que 68 secondes, mais alors survient une rechute, la durée augmente, le trente-quatrième jour elle est de 85 secondes, elle monte rapidement à 98 secondes et atteint 135 secondes la veille de la mort; en même temps l'oxyhémoglobine était redescendue au-dessous de 10 pour 100.

Dans cette observation déjà, nous remarquons ce fait que la *durée* est restée toujours longue, alors même que les symptômes généraux et fonctionnels avaient disparu, que l'oxyhémoglobine avait repris des proportions voisines de la normale, que par conséquent, et en raison même de la période avancée de la maladie, la convalescence pouvait être considérée comme définitivement arrivée.

Chez Bert....., cette persistance des longues *durées* de réduction est bien plus frappante encore. Ce n'est qu'au trente-septième jour que nous comptons seulement soixante-dix secondes pour la première fois. Jusqu'alors la durée avait varié de 130, 110 à 75 secondes. Le trente-sixième jour elle était encore de 95 secondes avec 11,5 pour 100 d'oxyhémoglobine. Depuis longtemps déjà, comme on peut le voir dans l'observation, la convalescence était confirmée.

Chez Vand....., que nous observons pour la première fois à ce point de vue au vingt-cinquième jour de la maladie, nous trouvons d'abord une *durée* de 74 secondes, le lendemain elle monte à 110 secondes et oscille entre ce chiffre et 85 secondes jusqu'au cinquante-troisième jour, c'est-à-dire à une période avancée de la convalescence. Ce jour-là, l'oxyhémoglobine était remontée à 12 pour 100 de 9,3 pour 100 où elle était la veille. Le cinquante-quatrième jour, la durée de la réduction est de 78 secondes; c'est le chiffre le moins élevé que nous ayons trouvé. Le lendemain, sans incident aucun, nous trouvons 95 secondes, et le dernier jour où nous vîmes le malade, cinquante-neuvième jour après le début de la fièvre typhoïde, la durée est encore de 85 secondes avec 10 pour 100 d'oxyhémoglobine. Il est vrai que dans ce cas la maladie a été aggravée par de sérieuses complications qui ont considérablement affaibli le malade.

Chez Duc....., la durée de la réduction est encore de 82 secondes au moment où nous commençons à l'observer, au vingt-deuxième jour de la maladie il est en convalescence. Nous trouvons en même temps 14 pour 100 d'oxyhémoglobine, chiffre surprenant assurément; deux jours plus tard celle-ci est tombée à 9,3 pour 100, la réduction se fait en 60 secondes. Le lendemain, 8 pour 100 d'oxyhémoglobine avec une durée de 95 secondes. Depuis lors jusqu'au trente-septième jour la durée n'a jamais été inférieure à ce chiffre; elle est montée même à 120 et 130 secondes, il est vrai que quelques jours après quelques troubles fonctionnels et généraux reparaissaient chez notre malade. Le trente-huitième jour nous trouvons 70 secondes avec 8,5 pour 100 d'oxyhémoglobine; le trente-neuvième jour, 65 secondes avec 9,3 pour 100 d'oxyhémoglobine; mais avec l'apparition d'une légère complication, la durée augmente de nouveau les jours suivants et ce n'est que le quarante-quatrième jour qu'elle redevient normale; le lendemain l'oxyhémoglobine regagne la proportion de 13 pour 100 pour ne plus retomber au-dessous de 10 pour 100.

Chez Mart....., le vingt-deuxième jour nous notons 90 secondes. Une seule fois nous comptons (deux jours avant) moins de 100 secondes et nous avons trouvé même dans les premiers jours, 130 et 145 secondes. C'est seulement le vingt-sixième jour que la *durée* tomba à 70 secondes pour la première fois. Nous n'avons jamais compté moins. Ce malade a été remarquable, comme nous l'avons dit, par l'abaissement persistant de la quantité de l'oxyhémoglobine. Il faut dire que nous avons cessé de suivre le malade quelques jours plus tard (trente-deuxième jour) avant que la convalescence fût achevée.

Chez Plec....., nous observons jusqu'à la fin une durée longue; une seule fois nous notons 65 secondes au trente et unième jour de la convalescence, du trente et unième au quarantième jour nous trouvons des durées de 80 secondes, 93 secondes à côté de 70 secondes.

Enfin chez Gal....., la durée de la réduction mesure une seule fois 70 secondes au trente-sixième jour de la maladie. La durée minima que nous trouvons dans cette observation est de 80 secondes, et encore une seule fois, le trente-neuvième jour; c'est la dernière numération que nous ayons faite chez ce sujet. Pendant tout le reste de la maladie, la durée a oscillé entre 85 et 130 secondes, avec prédominance des longues durées pendant la période aiguë. Cette série de faits prouve combien est augmentée et d'une façon persistante, la durée de la réduction dans la fièvre typhoïde. Nous y voyons en outre que ces modifications suivent généralement celles de l'oxyhémoglobine, mais en sens inverse, c'est-à-dire que la durée de la réduction est d'autant plus longue qu'il y a moins d'oxyhémoglobine. Nous pouvons même ajouter que ces variations sont plus accentuées que celles de l'oxyhémoglobine.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

La syphilis du foie.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Dans un mémoire que publie en ce moment la *Gazette hebdomadaire*, M. Mauriac attribue à Dittrich (de Prague) l'honneur d'avoir le premier étudié les lésions syphilitiques du foie. Il y a là une erreur d'autant plus regrettable, qu'elle émane d'un médecin fort estimé des hôpitaux de Paris.

J'ai déjà réclamé (Thèse de Paris, 1881, p. 148, note 3), sans grand succès, semble-t-il. Je voudrais réclamer une fois encore auprès de vos lecteurs. Il est facile de montrer, à l'aide de documents imprimés, que la priorité appartient, sans conteste, à Gubler. Ses premières recherches remontent à l'année 1846 et il arrivait bientôt à des résultats assez sérieux pour que son illustre chef de service, Trousseau, exposât dans une leçon clinique les découvertes de son interne. Vous trouverez cette leçon dans la

Gazette des hôpitaux du 15 février 1848. Reproduite par la presse médicale de l'époque, elle suffit largement pour prendre date; mais il y a plus.

Au commencement de l'année 1849, le 3 mars, Gubler faisait une communication officielle à la Société de biologie (p. 42-43 des *Comptes rendus*). Or les travaux de Dittrich sont de 1849-1850; Gubler n'a donc pu s'en inspirer.

Je me hâte d'ajouter que ma revendication ne diminue en rien le mérite des beaux mémoires de Dittrich. Les deux auteurs, du reste, n'ont pas vu les mêmes faits, ni étudié les mêmes formes de la syphilis du foie. Dittrich a fait connaître l'hépatite gommeuse des adultes; Gubler a observé d'une manière spéciale l'hépatite diffuse (infiltration fibro-plastique) des nouveau-nés.

Veuillez agréer, etc.

Dr A. Roussel (de Saint-Étienne).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE 1888.

Microbisme et abcès; classification de ces derniers. Note de M. *Verneuil.* — Lorsqu'une grande idée surgit dans la science, il est rare qu'elle ne modifie pas dans une mesure quelconque les notions dites *classiques* et qu'elle ne jette pas un jour nouveau sur les questions qui semblaient les mieux connues. C'est bien, à coup sûr, le cas du microbisme qui, malgré la date récente de son introduction dans la pathologie, n'en a pas moins déjà révolutionné presque toutes les parties, notamment en ce qui concerne, par exemple, la pyogénèse.

Mais si les recherches microbiennes sur la suppuration ont fourni déjà d'importants résultats, ne serait-ce que d'avoir complété la théorie de la formation du pus, cependant elles n'ont pas dit leur dernier mot, d'où l'utilité et l'intérêt des études que M. Verneuil prescrit depuis quelque temps avec l'aide et le concours de M. le docteur Clado.

Sans aborder aujourd'hui tous les points de l'histoire des abcès que les recherches microbiennes ont élucidés et permettent d'éclairer davantage, il est un point que l'auteur tient à indiquer dès maintenant: à l'aide des notions acquises on peut remplacer les anciennes classifications des abcès basées plutôt sur l'observation clinique que sur l'origine des causes et la nature du mal, par un groupement plus naturel et fort simple d'ailleurs, fondé sur l'étiologie de la pyogénèse, aussi bien que sur l'anatomie et la physiologie pathologiques du contenu et du contenant des abcès; de là la division suivante:

1° *Abcès simples*, développés sous l'unique influence des microbes pyogènes normaux et ne renfermant qu'eux seuls à l'exclusion de tous les autres;

2° *Abcès infectés*, nés sous l'influence, soit des microbes pyogènes normaux, soit des microbes pyocoles accidentellement pyogènes (M. Verneuil laisse la question indécise), mais en tout cas caractérisés par la présence de ces derniers, avec toutes les conséquences de cette juxtaposition microbienne.

M. Verneuil dresse ainsi la liste de seize variétés d'abcès coïncidant avec une maladie générale contagieuse, virulente ou infectieuse, et en contenant les germes: abcès érysipélateux, puerpéraux, pyohémiques, septicémiques, septiques ou gangreneux, saprogènes, morveux et farcineux, typhoïdes, malariques, urineux, blennorrhagiques, tétaniques, tuberculeux, de la lèpre, de la filiarose, de l'actinomycose.

Cette liste n'est certes pas close; on n'y voit pas figurer, en effet, les abcès qu'on observe chez les varioleux, les rubéoliques, les syphilitiques, pas plus que ceux qui succèdent aux chancres mous, parce que les microbes de ces diverses maladies n'ont pas encore été isolés et qu'on n'a pu étudier les qualités virulentes de leur pus par la méthode des inoculations, les maladies susdites n'étant pas transmissibles aux animaux. On fera certainement des découvertes dans ce champ nouveau en examinant toutes les variétés possibles des abcès et, comme preuve, M. Verneuil indique, en terminant, une très curieuse observation recueillie récemment dans son service par M. Clado, observation de laquelle il ne faudrait pas conclure, dit-il, que tout abcès survenant chez un sujet atteint d'une maladie infectieuse, renfermera nécessairement le microbe correspondant, mais seulement qu'il pourra le renfermer et cela dans une proportion et avec une fréquence que de nombreuses observations sauront seules établir. Il est permis cependant d'avancer que toute maladie infectieuse ou virulente à microbes spécifiques, alors même qu'elle ne compte pas la suppuration parmi ses processus habituels, peut déverser les microbes susdits dans des abcès développés sous des influences banales.

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DES CLOIZEAUX.

Le myélocyte dans les divers embranchements de la série animale. Note de M. *Joannès Chatin.* — Parmi les types hâtivement créés au début des études histologiques, le myélocyte occupait une place très contestable. On avait distingué sous ce nom de prétendus « noyaux libres » localisés dans la substance grise ou dans la rétine et auxquels on avait accordé une valeur exceptionnelle. L'auteur vient de poursuivre leur étude dans les divers embranchements de la série animale, montrant que le myélocyte représente non pas un noyau libre, mais une vraie cellule nerveuse. Chez les vers, les insectes, les arachnides, les crustacés, comme chez les mollusques et les vertébrés, on observe, à cet égard, des faits hautement démonstratifs et qui permettent d'apprécier l'exacte signification du myélocyte.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Duclos* (de Tours) se porte candidat au titre de correspondant national dans la division de médecine.

M. le docteur *Lingrand* (de Lille) envoie un *Pli cacheté*, renfermant une note sur un nouvel appareil obstétrical.

M. *Trasbot* fait hommage d'un mémoire sur les abattoirs particuliers dans la banlieue de Paris.

Signes de la mort. — D'après M. *Bénard* (de Versailles), il n'est pas d'autre signe certain de la mort que la putréfaction; aussi demande-t-il que les médecins chargés de constater les décès ne donnent de permis d'inhumation qu'autant qu'ils en auront pu constater les premiers symptômes. M. Bénard insiste en conséquence sur la nécessité d'enseigner, même dans les écoles, les moyens de prévenir les inhumations précipitées, d'organiser dans toutes les communes le service de constatation des décès et de multiplier le plus possible les dépôts mortuaires. — (Le mémoire de M. Bénard est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Gueneau de Mussy*, *Lagneau* et *Brouardel*.)

Tétanos. — M. *Richelot*, à propos de deux observations de tétanos qu'il a recueillies, se prononce en faveur de la nature infectieuse et contagieuse de cette affection. Il fait observer que les travaux récents vont plus loin et cherchent à prouver que le tétanos nous vient du cheval. Là-dessus l'histoire des deux malades de M. Richelot n'apporte aucune

preuve suffisante. D'autre part, les médecins de la marine assurent qu'ils ont observé le tétanos dans des milieux où l'influence du cheval ne pouvait être incriminée. La poussière de foin, dont l'inoculation parait avoir réussi entre les mains de M. Rietsch, viendrait-elle un jour concilier les deux opinions rivales?—(Le mémoire de M. Richelot est renvoyé à l'examen de M. *Verneuil.*)

Cancer de la bouche. — M. *Prengrueber* présente un malade auquel il a enlevé, il y a six mois, avec un plein succès, la plus grande partie de la langue, tout le plancher de la bouche et une grande étendue du maxillaire inférieur pour remédier à un volumineux cancer ulcéré. (Commission: MM. *Cusco, Polaillon* et *Péan.*)

Entérite diarrhéique des jeunes chiens. — Une note envoyée par M. *Mathis*, chef des travaux cliniques à l'Ecole vétérinaire de Lyon, et rapportée par M. *Trasbot*, a pour but de montrer la nature microbienne de la dysenterie des jeunes chiens et son identité avec la diarrhée verte des enfants. Mais le rapporteur estime que cette idée, exacte peut-être, n'est pas suffisamment établie par les faits recueillis jusqu'à ce jour pour être acceptée dès maintenant; de nouvelles preuves expérimentales sont encore nécessaires. M. Trasbot cite, en outre, des faits d'après lesquels un écart de régime, une alimentation excessive à un moment donné, dans quelques cas insuffisante, mauvaise ou mal adaptée à l'organisme dans d'autres cas, constituent les conditions nécessaires de l'apparition de la maladie. Si ce n'est pas la seule condition, les autres au moins ne sont pas démontrées.

Prix. — M. *Trasbot* donne ensuite lecture d'un rapport sur le concours pour le Prix Vernois en 1888.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE

De l'eau oxygénée dans la tuberculose pulmonaire, par M. B. Stern. — C'est dans les cas de cavernes pulmonaires que cet observateur a utilisé les propriétés antiseptiques de ce médicament. Il emploie la méthode des injections intraparenchymateuses dans les points où la percussion lui fait reconnaître l'induration ou bien ces lésions pulmonaires.

A cet effet, il pratique quotidiennement quatre à cinq injections d'une seringue de Pravaz, en d'autres termes de 4 à 5 centimètres cubes du médicament. Ces tentatives n'ont pas encore procuré des résultats décisifs, mais permettront de reconnaître le degré de puissance nécrophytique de l'eau oxygénée dans cette affection. (*Deut. med. Zeitung*, 11 juin 1888.)

Des inhalations avec l'ipécacuanha dans les affections broncho-pulmonaires, par M. Murrell. — La méthode que propose l'observateur avait déjà été employée avec succès par Ringer pour combattre les bronchites. C'était en 1874, et elle consistait alors en inhalations de vapeurs dégagées par une décoction d'ipécacuanha.

Entre les mains de M. Murrell, cette méthode vient de donner des résultats favorables contre la bronchite chronique, le catarrhe bronchique et pour l'amélioration de la toux chez les phthisiques. Cet observateur conseille des inhalations au moyen d'un vaporisateur et a constaté, ajoute-t-il, sous leur influence, la disparition de l'enrouement dans les cas où il existait une congestion de la muqueuse laryngée. En tout cas, aucun accident n'aurait accompagné l'emploi de ces vaporisations. (*The med. Press and Circ.*, avril 1888.)

Des propriétés physiologiques de l'Aconitum Fischeri, par M. A. E. Bradley. — Cet aconit, comme les autres variétés de cette espèce, possède une grande activité toxique. A doses suffisantes il provoque l'hyposthénie, le ralentissement des mouvements respiratoires, et localise son action de préférence sur les nerfs de la sensibilité générale. Par contre, il modifie peu la motilité et les nerfs moteurs conservent leur conductibilité après son administration.

Son premier effet, sur le système nerveux sensitif est de paralyser les terminaisons nerveuses, puis les troncs et finalement les ganglions centraux, en débutant par les nerfs des extrémités postérieures avant d'agir sur ceux des membres extérieurs. Cette substance diminue, puis abolit la réflectivité.

Sous son influence on observe des troubles cardio-vasculaires: irrégularité et rapidité des mouvements du cœur; puis affaiblissement de son énergie, phénomène que l'auteur attribue à l'excitation des ganglions d'arrêt du cœur et, quand l'empoisonnement est plus considérable, à la paralysie de ces mêmes ganglions. Le cœur s'arrête en diastole et cet arrêt est précédé d'une diminution de la pression sanguine. Enfin, administré à l'intérieur, cet aconit provoque la mydriase et par ces propriétés ressemble à l'aconit napel. (*Weeckly. med. Rev.*, 28 avril 1888.)

De l'emploi du fluoro-silicate de soude (salufer) comme antiseptique, par M. Mayo-Robson. — Mis en usage en Angleterre par Thomson (de Manchester), ce sel a été employé en solution, un cinq centième pour le lavage de la vessie, du vagin et du rectum et en injection dans l'urèthre contre la blennorrhagie, dans le conduit auditif contre l'otorrhée, dans les fosses nasales ou bien encore dans les cavités en suppuration.

M. Mayo-Robson a répété ces essais et déclare que le salufer est un antiseptique efficace. En poudre, il est caustique et peut à ce point de vue rendre des services aux chirurgiens. En solution au sixième il produit l'irritation.

Par contre, ses solutions au cinq centième sont celles que l'on doit préférer pour les injections dans les cavités closes quand on veut rendre ces dernières aseptiques et que l'on redoute l'action irritante des autres médicaments antiseptiques. A la surface des plaies, M. Mayo-Robson conseille d'employer le coton hydrophile imbibé de cette solution. Enfin, le fluoro-silicate de soude posséderait des propriétés désodorisantes qui le rendent précieux pour le lavage du rectum ou de l'utérus atteints de cancer. Néanmoins, il a l'inconvénient, en solutions concentrées, d'attaquer les instruments et d'altérer l'émail des vases de porcelaine. Les solutions faibles ne possèdent pas ce désavantage au même degré. (*British med. Journal*, 19 mai 1888.)

De l'emploi de la codéine contre les douleurs abdominales, par M. P. Lauder Brunton. — Dans une expérience où un chien était empoisonné par l'arsenic, cet observateur avait remarqué que la codéine diminuait les vomissements, la diarrhée et les douleurs. Puis rapprochant ces faits de ceux étudiés naguère par Barbier, Aran et d'autres, qui l'employaient avec succès contre la gastralgie, M. Lauder Brunton l'administre contre les douleurs causées par des affections des dernières voies digestives.

C'est ainsi que dans un cas de pérityphlite il a pu soulager la douleur iliaque et, en continuant la même médication, empêcher son retour. Dans un autre cas, celui d'une cardiopathe atteinte de pneumonie, accusant de vives douleurs hépatiques et rénales, la codéine procura le même soulagement. Dans des cas d'obstruction intestinale et dans ceux de cancer du foie, ou du pancréas, les mêmes sucès ont été obtenus par l'administration de la codéine sous la forme pilulaire et à la dose d'un grain.

La codéine serait donc indiquée dans les affections abdominales et en particulier dans celles de l'intestin, car son action analgésiante n'a pas les inconvénients de modifier les mouvements péristaltiques à la manière de l'opium et de la morphine. (*Brit. med. Journal*, 9 juin 1888, p. 12139.)

De l'oxalate de carmin contre la toux, par M. Cheesman. — Naguère Simpson avait proposé l'emploi de cette subtance contre la toux des laryngites et de la phthisie et pour diminuer les accès d'asthme. Depuis d'autres médecins l'ont mis à l'essai

contre le mal de mer, dans lequel Gardner en aurait constaté l'efficacité, à la dose de 6 à 7 centigrammes, répétée de deux en deux heures jusqu'à effet sédatif.

M. Cheesman vient de le prescrire aux phthisiques à raison de 6 à 8 centigrammes par jour, dose que l'on peut élever jusqu'à 1 décigramme. Sous son influence la toux perdrait son intensité et les quintes seraient atténuées. (*The N. Y. med. Record*, 2 juin 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'hygiène sociale, par M. le docteur J. Rochard. Paris, 1888. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

En réunissant sous le titre de *Traité d'hygiène sociale* un certain nombre d'études spéciales, M. le docteur Jules Rochard n'a assurément pas eu la prétention de former une œuvre didactique, méthodiquement construite et répondant à la mission que l'auteur eût été désireux de remplir, si l'hygiène sociale, telle qu'il la comprend, pouvait être dès maintenant étudiée à l'égal d'une science. Il est déjà difficile de concevoir à ce point de vue le rôle de l'hygiène, si l'on se borne à la considérer comme l'ensemble des applications des diverses données scientifiques à la préservation et à l'entretien de la santé; à plus forte raison, s'il s'agit, sous l'appellation d'hygiène sociale, de définir ses rapports avec l'économie politique et l'administration de la puissance publique. Toutefois M. Rochard, dans son remarquable et substantiel ouvrage, n'a pas manqué d'esquisser les données fondamentales d'une œuvre qu'il n'a pas dépendu de son talent de vulgarisateur et de l'habileté aussi bien que du charme de son style, de rendre aussi complète et aussi concise qu'il l'eût désirée. C'était tentative trop neuve pour que pareil essai fût aussi définitif; le service est déjà considérable d'avoir montré la voie et posé les premiers jalons.

Après avoir résumé le rôle de l'hygiène dans les sociétés modernes, fait son historique et pronostiqué, en quelque sorte, son avenir, M. Rochard a consacré un curieux chapitre à l'examen des sommes que les municipalités consacrent, dans maints pays et en France, aux dépenses d'hygiène. On avait déjà remarqué cette intéressante étude dans la *Revue des Deux Mondes* où elle a tout d'abord paru. Adoptant les indications données par Fonssagrives dans son ouvrage classique sur l'assainissement des villes, M. Rochard y a étudié les eaux potables, les égouts, la voie publique, les habitations privées et les édifices publics, dans leurs rapports avec les besoins de l'édilité et il a cherché à déterminer l'influence qu'exercent les dépenses faites de côté et d'autre pour que tous ces facteurs de l'hygiène urbaine participent à l'accroissement du bien-être et de la santé publics. Il y aurait à cet égard de curieuses enquêtes comparatives à faire, non seulement dans nos agglomérations, mais aussi à l'étranger, et notamment en Angleterre où l'on sait que les qualités pratiques de la race ont amené depuis longtemps à apprécier l'hygiène publique à ce point de vue presque unique. La France,— les lacunes de l'étude de M. Rochard le prouvent, — est peu avancée dans cet ordre d'idées, si bien que le chapitre qu'il y a consacré n'est, en quelque sorte, qu'un préliminaire, qu'une indication de l'œuvre à entreprendre.

Par contre, les économistes puiseront d'utiles enseignements dans les chapitres qui suivent et qui sont consacrés à l'alimentation dans le passé et à l'époque contemporaine, en particulier aux ressources alimentaires de la France, aux habitations rurales, aux logements ouvriers à l'étranger et en France. Chemin faisant, le mouvement de notre population est étudié d'après les documents les plus récents. Pensant à juste titre que l'insuffisance de notre natalité, si ce n'est l'importance relative de notre mortalité, tiennent à des causes multiples, qui toutes dérivent, pour ainsi dire, d'une méconnaissance des lois de l'hygiène, due en partie aux lacunes de notre éducation, l'auteur consacre un grand nombre de pages à la discussion de cet intéressant problème. Peut-être le trouvera-t-on un peu sévère en ce qui concerne les exagérations de nos programmes scolaires; mais on ne pourra que le louer d'apporter à cette délicate et difficile question les ressources d'une érudition considérable et d'une facilité incomparable de style. Le surmenage scolaire, nul ou à peu près dans l'enseignement primaire, réel dans l'enseignement secondaire, inutile et souvent dangereux dans l'enseignement supérieur, n'a pas d'adversaire plus résolu et plus éloquent.

C'est surtout dans toute la fin du livre, qui est consacrée à l'hygiène proprement dite, c'est-à-dire à la prophylaxie, des maladies contagieuses ou non transmissibles, que les qualités de l'auteur se donnent libre carrière. Les pages qui y sont consacrées ne pouvaient être écrites avec une si haute profondeur de vues et une si grande abondance d'arguments et de preuves que par un médecin doublé d'un savant et d'un aimable philosophe; aucun de nos ouvrages d'hygiène n'est appelé à produire autant d'effet sur le public lettré et instruit dont il nous faut bien faire la conquête si l'on veut que nos recherches se vulgarisent et exercent l'action bienfaisante que nous en attendons. Les exigences quotidiennes de l'existence et les ardeurs de la lutte nous font souvent perdre de vue les progrès accomplis et le chemin parcouru. Nul ouvrage plus que celui de M. Rochard ne nous met à même de voir combien l'hygiène a pris d'importance dans les préoccupations de la vie publique et quels avantages elle procure. Nous recommanderons tout spécialement à ce sujet la lecture du chapitre consacré aux maladies contagieuses indigènes et surtout à leur prophylaxie. Il resterait bien peu à faire pour que l'application des règles de celle-ci devienne d'un usage général; l'industrie sanitaire s'est ingéniée depuis quarante ans à les rendre faciles et sûres; les mœurs publiques n'y sont pas réfractaires; il n'y a plus qu'à vaincre l'insouciance et l'indifférence des pouvoirs. Les effrayantes constatations faites par M. Rochard sur la dîme que nous payons chaque année à la maladie et à la mort, sont de celles que les dispensateurs de la puissance publique auraient besoin d'avoir constamment sous les yeux. Combien en est-il parmi eux qui liront l'ouvrage de M. Rochard, nous l'ignorons. En tout cas c'est aux médecins qu'il appartient plus qu'à tous autres de n'en pas oublier les enseignements et d'en faire leur règle de conduite.

A.-J. M.

Phthisie laryngée, par MM. le docteur A. Gouguenheim et Paul Tessier. — Paris, G. Masson, 1889.

Ce livre paraissant au moment où vient de se réunir le congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et les animaux, offre un réel intérêt d'actualité. Depuis quelques années, en effet, les efforts de la science sont dirigés vers la solution de ce grand problème de la contagion de la tuberculose, démontrée pour la première fois par le professeur Villemin. La manifestation de ce mal redoutable intéresse donc le public médical tout entier, aussi bien les praticiens qui s'occupent de chirurgie ou de médecine générale, que ceux qui se confinent dans l'étude approfondie de tel ou tel organe.

Le livre de MM. Gouguenheim et Tessier est certainement un des travaux les plus complets qui aient paru sur ce sujet. Il est bien difficile, dans une courte analyse, de suivre les auteurs dans les nombreux développements qui ont trait à l'historique, à l'anatomie pathologique et à l'histologie; cependant je dois dire que les faits sont groupés

avec soin, et que l'enchaînement des descriptions prouve que les auteurs ont cherché à captiver l'attention malgré l'aridité de certains détails nécessités par des noms bizarres et peu harmonieux. Les infiltrations, les ulcérations, les végélations tuberculeuses sont minutieusement décrites suivant leur siége : épiglotte, replis aryténo-épiglottiques, ventricules, région aryténoïdienne, région des cordes, sous-glottique et trachée. De même pour les cartilages, les muscles et les ganglions, etc.

Dans la partie histologique, après avoir étudié les lésions de l'épithélium, des glandes, des follicules, etc., les auteurs insistent sur les altérations nerveuses des récurrents, dont la gaine conjonctive est fréquemment atteinte, et qui peuvent être comprimés, déformés par les ganglions péritrachéo-laryngiens. Ces altérations, bien étudiées par Balzer, pourraient expliquer le spasme, les douleurs vives, spontanées, accusées quelquefois par les malades, ou certaines paralysies prenant naissance dans le cours de la phthisie laryngée.

En abordant la physiologie pathologique, nous voyons exposés les rapports qui existent avec la phthisie pulmonaire, qu'elle soit primitive, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, ou qu'elle succède à l'infection laryngienne. Il ne faudrait pas croire, en effet, que les tuberculeux présentent des altérations du larynx uniquement à la période avancée; à la période de cachexie, il n'est pas exceptionnel de rencontrer des ulcérations et des infiltrations chez des sujets encore très vigoureux, qu'on a peine à croire tuberculeux. Sans adopter complètement la théorie de Louis sur l'infection du larynx par les produits de l'expectoration, les auteurs admettent le processus de l'infection par la voie épithéliale, d'après les travaux de Villemin et de Koch. Les bacilles, la barrière épithéliale franchie, pénètrent dans les tissus par les voies lymphatiques. C'est aussi l'avis de Grancher et Hutinel, dans le tout récent article Phthisie du *Dictionnaire encyclopédique*.

La symptomatologie et le diagnostic sont traités avec les mêmes détails un peu excessifs, il me semble, au sujet des sténoses glottiques, qui sont divisées en huit catégories.

La thérapeutique de la phthisie laryngée offre un réel intérêt, car elle résume les médicaments qui sont actuellement mis en usage. Après avoir affirmé la curabilité de la phthisie laryngée, en s'appuyant sur les travaux d'Hering, Seifert, etc., les auteurs divisent les médicaments en calmants : cocaïne, menthol, caféine, etc.; modificateurs : iodoforme, iodol, iode, acétate de plomb, chlorate de potasse, etc.; caustiques : nitrate d'argent, acide chromique, perchlorure de fer, acide lactique, etc.

C'est à l'acide lactique qu'est donnée la préférence pour cautériser les ulcérations superficielles ou récentes. Plusieurs auteurs citent des exemples de guérison par l'emploi de ce médicament, dont l'action reste localisée aux points qu'il touche, et qui n'intéresse pas la muqueuse saine, etc.

En résumé, le livre que nous venons de passer rapidement en revue se recommande a l'attention du corps médical, car, à côté d'opinions personnelles discutables, il apporte des faits nouveaux, résume les travaux les plus récents et permet de se rendre compte des avantages que nous sommes en droit d'attendre de la médication antiseptique et antimicrobienne.

D[r] Louis Vacher.

Guide pratique d'électro-thérapie, par M. le docteur Onimus. — 3[e] édition. In-18 de 372 pages. Paris, G. Masson, 1889.

Sous une forme commode, usuelle, on trouve réunies dans ce petit volume toutes les indications nécessaires à l'électro-thérapie. Une première partie est consacrée à la technique. Après avoir exposé en quelques pages les principes généraux de la production des courants, l'auteur décrit avec détails les principaux appareils à courants continus ou constants et à courants induits ou interrompus. Un chapitre particulier est consacré par M. le docteur Danius aux instruments d'électrisation statique, la métallothérapie est également étudiée. L'auteur dans une étude d'ensemble pose les indications qui doivent guider le médecin dans le choix de ces différents modes d'électricité, indications déduites de leur action physiologique. Il passe en revue les maladies tributaires de ce genre de traitement : les névroses de la sensibilité et du mouvement, les paralysies périphériques, les maladies des centres nerveux, les paralysies toxiques, les maladies des voies digestives, des organes génito-urinaires. Tous ces chapitres sont riches de faits, d'indications, de tentatives plus ou moins heureuses. Les applications chirurgicales de l'électricité, l'électrolyse, la galvanocaustique fournissent matière à des développements intéressants.

Ce manuel suppose nécessairement chez le lecteur la connaissance des principes généraux familiers à la plupart des médecins; mais il sera consulté avec fruit toutes les fois que le praticien aura besoin d'être renseigné sur la valeur des instruments, sur le choix de l'appareil; l'opportunité de la médication électrique suivant tel ou tel cas, les maladies dans lesquelles elle doit intervenir. On ne saurait douter du succès d'un pareil travail.

Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants, par M. le docteur A. Veillard. In-18 de 388 pages, chez Berthier, 1888.

Les difficultés que présente la thérapeutique dans les maladies infantiles suffisent pour donner un intérêt particulier à tous ces ouvrages qui tendent à simplifier cette thérapeutique, et, en tous cas, à l'entourer d'indications précises qui écartent les dangers qui lui sont particuliers.

Le formulaire de M. le docteur Veillard est, comme le titre l'indique, un manuel clinique en même temps qu'un guide thérapeutique. L'auteur, élève de M. le professeur Damaschino, auquel le livre est dédié, est familier avec la clinique infantile, comme il est facile de le voir. L'ouvrage a eu le succès qu'il méritait et en est à sa deuxième édition. Nous ne saurions trop le recommander.

Traité pratique et clinique d'hydrothérapie, par M. le docteur E. Duval. — Paris, 1888. J.-B. Baillière et fils.

Cet ouvrage renferme, outre de nombreuses pages consacrées à des critiques assez vives à l'égard de certains collègues en hydrothérapie, d'intéressants chapitres dans lesquels les médecins trouveront beaucoup d'utiles conseils et d'enseignements pratiques. Les agents de l'hydrothérapie, les modes d'administration de l'eau, soit sous forme de douches, soit sous forme d'applications générales, les multiples appareils employés à cet effet, les moyens auxiliaires de l'hydrothérapie, chaleur, sudation, exercice, régime, sont successivement étudiés avec les détails qu'ils comportent. Puis l'auteur s'attache à montrer l'intérêt majeur de diverses questions annexes du traitement hydrothérapique, insistant sur les conditions dans lesquelles doit se trouver le sujet soumis à la médication, sur les conditions atmosphériques les plus favorables, sur la durée du traitement, sur sa mise en œuvre continue ou intermittente, enfin sur les contre-indications qui doivent faire renoncer à l'emploi de cette médication puissante dans un certain nombre de cas. Toutes ces notions générales trouvent ensuite leur application dans le chapitre consacré aux faits cliniques et qui renferme de précieux documents. Quant à la doctrine hydrothérapique, elle n'est pas encore fondée et l'auteur résume son opinion à cet égard en disant : « Je ne sais comment agit l'hydrothérapie, il me suffit qu'elle agisse. » C'est en effet ce que l'on en peut dire de mieux, et nous ne saurions que renvoyer aux paroles élogieuses adressées à l'auteur par M. Peter dans la préface qu'il a écrite pour cet ouvrage.

MÉMOIRE SUR LA DÉSARTICULATION DU GENOU, par M. JUAN CREUS Y MANSO, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université centrale. — Madrid, Manuel Tillo, 1888.

Mémoire étendu en faveur de la désarticulation du genou, opération à faire, toutes les fois qu'elle est possible, de préférence à l'amputation de cuisse : 1° elle est moins grave; 2° elle conserve une plus grande longueur de membre ; 3° elle est d'une prothèse plus facile.

DES CAUSTIQUES DANS LE TRAITEMENT DU CANCER ET DE QUELQUES AFFECTIONS CHIRURGICALES, par M. Jules FÉLIX, médecin honoraire de la maison du roi, chirurgien de l'hôpital Sainte-Gertrude à Bruxelles. — Bruxelles, A. Manceaux et Paris, G. Carré, 1888.

Mémoire destiné à prouver que la destruction par les caustiques est le vrai traitement du cancer et pour les résultats immédiats et pour les définitifs. Quelques faits heureux pour le cancroïde de la face, ce qui n'est pas étonnant. Observations peu nombreuses et peu encourageantes pour les autres cancers, ce qui n'est encore pas étonnant. Quelques renseignements sur le dosage de l'urée dans le cancer pour combattre les idées de Rommelaere

VARIÉTÉS

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du 6 septembre dernier, M. le docteur Didiot, médecin inspecteur général du service de santé de l'armée, a été nommé grand officier de la Légion d'honneur. Bien que nous nous empressions d'applaudir à toutes les mesures qui ont pour objet de rehausser la considération que mérite à juste titre la médecine militaire, nous devons aujourd'hui exprimer le regret que la haute dignité conférée à son chef n'ait pas été accordée, il y a plusieurs années déjà, à l'éminent prédécesseur de M. Didiot, au savant chirurgien qui, plus que tout autre, honora le corps qu'il dirigea avec tant de sollicitude et dont, par une lutte incessante, il avait obtenu l'affranchissement. La promotion dans l'ordre de la Légion d'honneur de M. l'inspecteur général précède de quelques jours sa mise au cadre de réserve. C'est en effet le 23 septembre prochain qu'atteint par la limite d'âge, M. Didiot doit abandonner ses hautes fonctions. Ainsi que plusieurs journaux l'ont déjà annoncé, le nouvel inspecteur général sera M. le médecin inspecteur L. Colin, l'éminent épidémiologiste, ancien professeur du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine.

— Ont été nommés *chevaliers:* MM. les docteurs Bourienne, directeur de l'Ecole de médecine de Caen; Quindey, médecin en chef de l'hôpital d'Evreux.

SANATORIUM D'ARCACHON. — Dimanche dernier a eu lieu l'inauguration du sanatorium maritime d'Arcachon, dû à l'initiative de M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux). A cette cérémonie, qui a eu lieu en présence des autorités et des représentants du département, assistaient M. le docteur Gavarret (de Paris) et une foule de médecins de Bordeaux.

Dans le discours prononcé par le préfet, nous relevons un moyen pratique d'envoyer des pensionnaires au sanatorium : il allouera des subventions aux communes qui dirigeront sur ce point leurs enfants rachitiques ou scrofuleux, comme on en donne à celles qui envoient des malades aux autres hospices ou dans les asiles d'aliénés.

M. Gavarret a parlé des bons effets du climat d'Arcachon et M. le docteur Armaingaud a remercié tous ceux qui avaient bien voulu contribuer au succès de son œuvre.

CONCOURS D'ARCHITECTES HYGIÉNISTES. — On sait avec quelle compétence et avec quelle attention M. Emile Trélat s'efforce de développer l'enseignement de l'hygiène parmi les architectes. Un cours d'hygiène est professé, depuis sa fondation, à l'Ecole spéciale d'architecture qu'il a créée et qu'il dirige avec une constante recherche du progrès. L'année dernière un diplôme d'architecte sanitaire a été décerné par ses soins et cette année les élèves ont suivi des conférences pratiques au Musée d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris; à la suite de ces conférences, ils ont eu à résoudre, sous forme de dessins et de mémoires à l'appui, des problèmes concernant la salubrité des habitations.

Afin de compléter ces études, une épreuve relative aux installations sanitaires est demandée aux élèves pour l'obtention du certificat au concours de sortie qui se poursuit en ce moment. Cette épreuve a été ainsi libellée par M. Emile Trélat :

On fera le projet d'un petit hôtel occupé par une famille de modeste aisance. L'habitation doit comprendre: salon, salle à manger, cabinet de travail, trois ou quatre chambres de maître, deux ou trois chambres de domestiques, cuisine, etc.

Le terrain disponible occupe une surface de 1000 mètres. Il est situé vers les confins de la capitale et prend façade sur une voie de 12 mètres de largeur. Un égout, pourvu d'une pente convenable et largement alimenté d'eau, court sous l'axe de la chaussée. Il est construit suivant le type n° 11 *bis* de la Ville de Paris.

Son extrados est placé à 1m,30 au-dessous du pavé de la rue.

L'hôtel devra être aménagé pour une habitation agréable. La distribution y sera commode. Mais ce que l'étude doit particulièrement et complètement montrer, c'est la suite des installations qui assureront l'entière salubrité du lieu : aération, éclairage des locaux, approvisionnement des eaux, évacuation des déchets de la vie (liquides et solides).

Le projet comprendra: les plans, coupes et élévations nécessaires à l'échelle de 0,01 par mètre. Mais pour toute la partie technique, qui doit être spécialement mise en valeur ici, c'est-à-dire pour tous les détails qui concernent les installations ou les précautions qui visent la salubrité du local, les auteurs choisiront les échelles qui conviendront le mieux à l'exposition des agencements qu'ils auront adoptés.

Les dessins relatifs à cette disposition, comprendront des écritures ou des légendes explicatives précisant le fonctionnement des appareils.

L'argumentation de ce projet sera poursuivie de manière à fournir au candidat l'occasion de faire valoir ses connaissances relativement à la salubrité. C'est ainsi qu'il trouvera l'occasion de parler avec compétence du régime de l'air ou de la température dans les habitations, du nettoyage méthodique de ces locaux, de l'ablation sous les voies municipales des déjections de la maison, du traitement de toutes les eaux résiduaires des villes et de l'entretien de la pureté des eaux de la rivière qui les traverse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — *Prix Ernest Godard en* 1888. — Conformément aux termes du testament d'Ernest Godard, la Société de biologie décernera, à la fin de l'année 1888, un prix de 500 francs au meilleur mémoire qui lui sera adressé sur un sujet se rattachant à la biologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où, une année, le prix n'aura pas été donné, il sera ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard.

Les mémoires devront être envoyés au secrétaire général de la Société avant le 15 octobre; passé cette date, ils ne seront plus admis au concours.

MORTALITÉ A PARIS (35e semaine, du 26 août au 1er septembre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 2. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 14. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 173. — Autres tuberculoses, 18. — Tumeurs : cancéreuses, 36 ; autres, 3. — Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 31. — Bronchite aiguë, 16. — Bronchique chronique, 24. — Bronchopneumonie, 14. — Pneumonie, 19. — Gastro-entérite : sein, 51 ; biberon, 131. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 14. — Sénilité, 20. — Suicides, 11. — Autres morts violentes, 14. — Autres causes de mort, 144. — Causes inconnues, 8. — Total : 853.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

16137. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 19 septembre 1888.

Académie de médecine : **Le curage de l'utérus et les lavages antiseptiques.**

Il n'est pas un médecin qui n'ait constaté les effets souvent merveilleux des lavages antiseptiques de l'utérus dans la septicémie puerpérale. Lorsque la maladie est due à la rétention du placenta ou de membranes enfermant des caillots en voie de décomposition putride, ou encore lorsqu'elle a été provoquée non par contagion ou contamination directe mais bien par une infection du voisinage, par les émanations des fosses d'aisances, des plombs, etc., il arrive souvent qu'une ou plusieurs injections intra-utérines arrêtent rapidement tous les accidents. Mais il est d'autres circonstances où la maladie évolue avec une rapidité et une gravité qui laissent dès le début fort peu d'espérance. Lorsqu'il s'agit alors d'une endométrite septique, lorsque l'on constate l'ensemble des symptômes que MM. Charpentier et Guéniot ont successivement rappelés et que connaissent bien tous les accoucheurs, on est vraiment en droit d'essayer, par tous les moyens possibles et en particulier par le raclage et l'écouvillonnage de l'utérus, d'arracher la malade à une mort presque inévitable si l'on n'intervient avec autant de rapidité que d'énergie. En démontrant, dans ces circonstances exceptionnelles, l'utilité et même, entre des mains habiles et expérimentées, l'innocuité de l'opération, l'argumentation de M. Charpentier ne peut rencontrer aucune objection sérieuse. Comme lui, M. Guéniot a reconnu que les progrès de la chirurgie antiseptique rendent aujourd'hui possibles des opérations jadis considérées comme excessivement dangereuses.

Toutefois il importe de bien saisir les indications de ces interventions actives, de ne point les conseiller dans les cas où une médication moins difficile à appliquer par tous les médecins donnerait des résultats aussi favorables. Réservé aux cas de septicémie puerpérale grave et pratiqué avec le soin et les précautions recommandés par MM. Doléris et Charpentier, le curage antiseptique de l'utérus doit être conseillé. Mais il ne saurait être regardé comme utile dans la plupart des endométrites, non plus que dans les cas où à la suite d'un avortement quelques phénomènes d'infection commencent à se manifester. Combien de fois ne voit-on pas au bout de quelques jours l'œuf tout entier ou les débris placentaires s'éliminer spontanément et la guérison être obtenue après quelques lavages! Une opération aussi délicate à pratiquer, aussi difficile à mener à bien que le curage complet de la matrice, ne doit donc être tentée que par des chirurgiens qui en ont acquis l'expérience ; elle ne doit être entreprise que dans les cas graves où toute autre intervention resterait inefficace.

— M. Lagneau a appelé l'attention de ses collègues sur les travaux de la Commission qui avait été nommée il y a dix-huit mois par le ministre de l'instruction publique, afin de rechercher les modifications à apporter dans les programmes de l'enseignement primaire. On se rappelle qu'à la suite des discussions soutenues devant l'Académie sur le surmenage intellectuel et la sédentarité des écoliers, un certain nombre de membres de l'Académie et d'hygiénistes furent appelés à faire partie de cette Commission. L'hygiène et la pédagogie se trouvèrent ainsi en présence ; la question du surmenage fut examinée avec grand soin et souvent même avec passion. Pour l'Administration cette question se résout, d'une part, dans la rédaction et l'application d'un règlement relatif aux constructions scolaires, et, d'autre part, dans la réforme du programme de l'enseignement, comprenant à la fois l'emploi du temps à l'école et les matières à enseigner suivant l'âge des écoliers. Mais si le mal qu'on a dénoncé avec tant de force existe quelque part, c'est assurément dans l'enseignement primaire qu'il est le moins à redouter. Les élèves des écoles rurales, ainsi que l'a fait observer le rapporteur, M. Jacoulet, ont échappé par le bienfait de la vie au grand air, et échapperont toujours moyennant quelques précautions au fléau du surmenage. Si, dans les écoles urbaines, la santé des élèves n'est pas toujours telle qu'on peut le souhaiter, cela tient souvent à des causes étrangères à l'enseignement ; car les maisons d'école réunissent à peu près partout, aujourd'hui, des conditions de salubrité que la plupart des

enfants ne retrouvent pas dans la maison paternelle. De sorte que le mal dont souffrent les jeunes écoliers est bien plutôt le malmenage que le surmenage.

La Commission s'est trouvée d'accord pour reconnaître qu'il est nécessaire, même dans l'enseignement primaire, de ramener les maîtres à une plus exacte interprétation des programmes; qu'il est non moins nécessaire de faire à l'éducation physique une plus large part dans la vie des écoliers, de donner plus de relâche à leur esprit, de multiplier les récréations et les exercices corporels; que c'est une mauvaise pratique pédagogique que de tout demander à la mémoire et d'exercer si peu le jugement et la raison; que c'en est une autre tout aussi mauvaise que de soumettre toutes les écoles et tous les élèves à un règlement uniforme; qu'il faut laisser plus de liberté aux maîtres et proportionner l'effort exigé des enfants à leur âge et à leur développement physique. Elle s'est prononcée contre l'abus des classes supplémentaires, des études surveillées, des longs devoirs à faire à domicile, et surtout contre la préparation prématurée et fébrile aux examens pour le certificat d'études primaires. La loi favorise malheureusement cette préparation hâtive. Bien que la fréquentation scolaire soit devenue obligatoire de l'âge de six ans à l'âge de treize ans révolus, la loi autorise également les élèves à passer l'examen du certificat dès l'âge de onze ans, et, s'ils en ont été jugés dignes, elle les dispense du surplus de la fréquentation obligatoire, quoique l'examen porte, en général, sur les matières du cours supérieur de l'école primaire. Ainsi, l'on met aux prises des enfants de onze ans avec un examen pour lequel ils ne sont pas mûrs; on supprime pour beaucoup les deux années les plus fructueuses de l'enseignement primaire; on excite les maîtres à remplir la mémoire de leurs élèves plutôt qu'à former leur intelligence; c'est constituer une véritable provocation au surmenage. Mais la Commission a voulu aussi tenir compte des nécessités de la vie pour beaucoup d'enfants, surtout dans les milieux industriels, pour les pauvres d'argent et les pauvres d'esprit, suivant l'expression de son président, M. Jules Simon. C'est pourquoi elle a demandé que le certificat d'études obligatoire puisse être délivré aux enfants de onze ans, mais avec un programme concordant avec les études faites à cet âge, sous peine de rester à l'école jusqu'à l'âge légal de treize ans, âge auquel un nouveau certificat, facultatif et d'un ordre plus élevé, pourrait être obtenu.

C'est sur la durée de la classe journalière que les discussions furent vives; elles le furent davantage encore lorsqu'il s'est agi de remanier les programmes de l'enseignement primaire afin d'en élaguer tout ce qui n'est pas nécessaire ou ce qui peut être même funeste aux écoliers de cet âge. Nous nous rappelons, en particulier, les luttes qu'il fallut soutenir pour diminuer, au profit des exercices du corps, le temps consacré à l'enseignement de la morale et à l'éducation civique. Toucher à l'arche sainte de la disposition du temps à l'école, empêcher les professeurs d'histoire et de mathématiques de faire une classe de moins d'une heure et demie, c'était aussi vouloir empêcher tout enseignement. L'opposition résolue et soutenue du parti des pédagogues, qui formaient la majorité de la Commission, luttait vaillamment contre ce qu'on a appelé la tyrannie des hygiénistes, et il fallait toute la bienveillance et le libéralisme éclairé de MM. Jules Simon et Gréard pour détacher du groupe des inspecteurs généraux quelques voix qui, jointes à celles des professeurs membres de la Commission et des hygiénistes, parvinrent à faire une majorité sur les divers points touchant plus directement à l'hygiène des écoliers. L'œuvre de la Commission n'en offre que plus d'intérêt et elle prépare heureusement celle qu'une nouvelle commission va bientôt entreprendre à l'égard de l'enseignement secondaire et de l'enseignement supérieur, où le surmenage a vraiment une importance considérable.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi thérapeutique des exercices physiques dans les maladies du cœur.

De tout temps on a considéré comme un devoir thérapeutique de prescrire aux cardiopathes l'abstention scrupuleuse des violents exercices physiques. Cette tradition clinique est justifiable par des considérants de connaissance au reste fort banale.

On dit, en effet, avec quelque vraisemblance : « Tout ce qui amène l'effort, produit la dyspnée; » et l'on ajoute: « Il faut à tout prix prévenir celle-ci, en évitant celui-là. »

On dit aussi avec non moins de raison: « Il faut éloigner toutes les causes qui font obstacle à la déplétion des vaisseaux pulmonaires par une augmentation intempestive de la gêne circulatoire périphérique, » et, on conclut, fort aisément, que les efforts musculaires sont *dangereux* pour les cardiopathes.

Ce n'est pas tout, on dit encore, — autre vérité usuelle — « Les exercices physiques, surtout exagérés, mettent le myocarde en nécessité de fournir un travail mécanique qu'il serait plus urgent, — et j'ajouterais même plus ingénieux, — d'employer à vaincre les obstacles circulatoires dépendant de lésions valvulaires ou de troubles vasculaires. » De là cette conclusion hygiénique : les grands efforts musculaires sont *inopportuns* chez les cardiopathes.

Danger d'une part, inopportunité d'autre part; le repos physique, comme le repos moral, sont une règle dont la stricte observance est universellement recommandée. Il est vrai que, pour en atténuer la rigueur, on autorise la marche, mais à pas comptés et sur un terrain horizontal. « On recommande le divertissement du billard, en dehors, comme de juste, des cercles et des cafés. » On permet assez volontiers l'exercice du piano; mais, par contre, on proscrit les fatigues de la chasse et les mouvements violents du saut, de la course, de l'escrime et de l'équitation. Bref, ces exercices physiques, même de kinésithérapie mitigée, ne sont que de tolérance.

Et cependant, comment nier les inconvénients d'un repos systématiquement absolu? L'immobilité dans la station debout n'augmente-t-elle pas la stase veineuse? Un régime de stabulation presque permanente n'est-il pas une condition favorable au ralentissement de la nutrition, au développement de l'obésité et à la production de la surcharge graisseuse du myocarde avec l'inertie cardiaque pour redoutable aboutissant?

Voilà certes des motifs d'hésitation et l'origine de scrupules thérapeutiques pour le praticien obligé de formuler les règles de l'hygiène et de l'entraînement physique d'un cardiopathe.

I

Ces scrupules ne sont pas ceux des médecins allemands, qui, dans ces dernières années, ont recommandé systéma-

tiquement, sous des noms divers, la kinésothérapie contre les affections du cœur : tels MM. Œrtel, dans la deuxième édition de la *Thérapeutique de Ziewssen*, Schott, Sommerbrodt, Heilingthal, dans le *Berliner klinische Wochenschrift* de 1885, Classen dans le *Deustche medicinische Wochenschrift* de la même année; tels encore les orateurs du Congrès des médecins allemands à Wiesbaden, au mois d'avril dernier, plaidant pour ou contre le traitement diétético-mécanique des cardiopathies; tels enfin des travaux, plus nombreux d'ailleurs à l'étranger qu'en France, et dont j'ai eu déjà l'occasion de discuter les conclusions dans un mémoire sur *les exercices musculaires et l'entraînement gymnastique dans le traitement des maladies du cœur* (*Union médicale*, 28 janvier 1886), et tout récemment, à propos du Congrès de Wiesbaden, dans le n° 18 de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*.

Comment défendre la cause de la kinésothérapie appliquée aux maladies du cœur? Au moyen d'arguments de deux ordres : des faits cliniques, des faits physiologiques.

Voici le témoignage de M. Schott : il date de 1881. Je l'emprunte au *Centralblatt für die medicinische Wochenschrift*, et au travail intitulé : *Die Wirkung der Gymnastik auf der Herz*. M. Schott y examine l'action des exercices gymnastiques sur la circulation et la respiration des cardiopathes. « Le nombre des mouvements respiratoires diminue, dit-il, sous leur influence; les battements cardiaques gagnent en force ce qu'ils perdent en fréquence. Le pouls augmente d'amplitude; en un mot, la tension artérielle se relève et la contractilité myocardique est restaurée. »

Ce sont là vous en conviendrez avec moi, des phénomènes assez banals que la physiologie enseigne depuis longtemps. Il ne sont pas les seuls, d'après M. Schott. Par la répétition quotidienne de ces exercices, il a constaté, dit-il, l'augmentation de tonalité des bruits cardiaques, l'atténuation de la matité précordiale et la diminution du volume du foie, faits qui, s'ils étaient constants, témoigneraient de l'efficacité de cette médication vasculaire contre l'inertie du myocarde, l'hypertrophie du cœur et l'engorgement du foie, c'est-à-dire contre l'asystolie et la stase veineuse. La kinésothérapie ainsi pratiquée serait donc le moyen physiologique de rétablir l'équilibre fonctionnel entre le cœur et les vaisseaux.

Quels sont les résultats cliniques accusés par M. Œrtel? Dans une série de vingt-sept malades, tous gens obèses, dont le cœur était surchargé de graisse, il obtint vingt-sept fois la résolution des accidents cardio-pulmonaires. Même succès dans une autre série de quatre malades atteints de scoliose et chez lesquels la déviation vertébrale occasionnait de la compression pulmonaire et de l'hypertrophie du cœur droit. Dans une troisième série, il s'agissait d'emphysémateux et de catarrheux avec myocardite graisseuse. Ils étaient quatre, et, chez tous les quatre, l'amélioration fut encore manifeste.

M. Œrtel n'est pas timide et ne redoute pas le surmenage du cœur en puissance de lésions organiques. Il a donc essayé sa méthode contre l'hypertrophie du cœur et la non-compensation de l'insuffisance valvulaire avec rétrécissement. *Audaces fortuna juvat*, le proverbe est banal; la fortune est aveugle, une amélioration s'ensuivit, contrairement aux traditions prudentes en vertu desquelles on ménage la contractilité de l'organe affaibli par des lésions organiques.

De plus, — c'est M. Œrtel qui l'apprenait, cette année, aux congressistes allemands de Wiesbaden, — cette méthode procure des succès, à coup sûr, encore plus inattendus sur les pentes des montagnes de la Suisse allemande, du Tyrol et de la Forêt-Noire et dans ces stations d'entraînement qu'il recommande. On n'observerait pas seulement la diminution de la cyanose et la résolution des œdèmes ou des épanchements séreux; mais aussi l'amélioration durable, puisqu'elle se maintient, après huit, dix ou douze années, des lésions organiques orificielles. Voilà certes un triomphe inespéré du malade, et encore plus, je pense, des médecins, dont les bénéfices auraient pour origine une hypertrophie cardiaque d'opportunité!

C'est merveille, sans nul doute; — mais ne vous en étonnez pas, — ces triomphes retentissants ne sont pas inférieurs à ceux que M. Heilingthall enregistrait, lui aussi, en 1884. Ils avaient pour théâtre l'Institut Zander à Baden-Baden, dont, en bonne justice, il faut s'empresser de le dire, cet observateur a modestement la direction.

Malgré ces succès, la cause de la kinésithérapie systématique contre les maladies du cœur est loin d'être gagnée, même dans les pays de langue allemande et sur le théâtre de ces bruyantes victoires thérapeutiques; à preuve les objections soulevées par M. Lichtheim (de Berne) au Congrès de Wiesbaden et par M. Bamberger dans un mémoire publié par le *Wiener klinische Wochenschrift* du 5 avril dernier.

II

Avant d'entrer dans ce débat tout aussi physiologique que clinique, on remarquera, je pense, que la kinésothérapie recommandée par MM. Schott, Classen, Œrtel et leurs concurrents n'est pas toujours la même.

Les uns, avec M. Schott (de Francfort), recommandent la gymnastique suédoise et se contentent d'exercer physiquement certains groupes musculaires. Timides, ils font de la gymnastique de prudence. D'autres, Allemands ou Suédois, avec Nycander et Heiligenthal, adoptent la méthode de Zander, c'est-à-dire la mécanothérapie passive, et, comme leurs émules, épargnent aux cardiopathes de violents efforts : intention excellente et scrupule de sagesse! Quelques-uns, plus audacieux, comme Classen, conseillent les exercices habituels du gymnase, dont cependant les dangers ne sont pas imaginaires.

M. Œrtel est plus systématique encore. La méthode à laquelle il a imposé son nom, bien qu'elle ne soit plus depuis longtemps inédite, consiste, on le sait, dans l'association de la kinésothérapie au régime diététique. S'adresse-t-il aux gens obèses, il leur dit : « La pléthore séreuse vous menace, diminuez la quantité des aliments gras, rationnez votre boisson et faites de l'entraînement musculaire par la marche. »

Aux pléthoriques dont l'obésité s'atténue, il tient un autre langage, leur recommande l'usage des graisses ou des aliments susceptibles de se transformer en graisse et ces mêmes exercices physiques dont l'influence physiologique se traduit, à son avis, par la restauration de la pression artérielle, la provocation d'une hypertrophie compensatrice, si elle n'existe pas, et son entretien, si elle existe, la réduction de la masse du sang par la diète sèche, la condensation en quelque sorte de ce liquide par la transpiration cutanée, et finalement — c'est toujours M. Œrtel qui le promet, — le rétablissement de l'équilibre circulatoire compensé par une hypertrophie thérapeutique du muscle car-

diaque. C'est tout un programme, déjà depuis longtemps formulé. Stokes et, avant lui, Corrigan insistaient sur l'importance de la diète des liquides, et le second de ces cliniciens renommés prescrivait : *The restriction of liquid foot in heart diseases*, dans le tome XXXVI de l'*Edinburg medical and surgical Journal* de l'année 1832, à une époque où le régime sec ne faisait pas encore parler de lui. Mais je passe; la question de priorité importe peu, et sans insister sur la physiologie de ce régime, j'en arrive tout de suite aux exercices physiques.

M. Œrtel, comme ses compatriotes, leur attribue une grande valeur; mais, à la différence de ses concurrents en kinésothérapie, il préfère la marche ascensionnelle, contrairement à l'usage de recommander aux cardiopathes les promenades sur un terrain horizontal. En leur assignant le séjour dans les pays de montagnes, il vient donc après Stokes, car, dès 1864, à la page 357 de ses *Diseases of the heart and the aorta*, le médecin anglais prescrivait volontiers « l'exercice musculaire gradué, la gymnastique méthodique, les excursions pédestres dans les contrées montagneuses de la Suisse ou sur les hauts plateaux de l'Écosse et de l'Irlande », et, en avance sur M. Œrtel, attribuait à ces exercices physiques la diminution des hydropisies en raison directe de la suractivité sudorale de la peau et de l'intensité de l'exhalation pulmonaire. *Nil sub sale novum*, même au delà du Rhin!

En fait, la physiologie a démontré la réalité de ces phénomènes. En voici d'ailleurs une preuve expérimentale, invoquée par les partisans de l'entraînement gymnastique des cardiopathes. Je l'emprunte au mémoire que j'ai publié en 1886. Les injections de pilocarpine quotidiennes procurent une hypersécrétion de 300 grammes de sueur, et le bain de vapeur une déperdition de 300 grammes. Avec le bain d'eau chaude, cette déperdition s'élève en moyenne à 1500 grammes, tandis que M. Œrtel l'évalue à 2500 ou 3000 grammes, après une marche ascensionnelle de six heures. A ce point de vue, nul n'en doute, ces exercices gymnastiques ont un résultat immédiat : la réduction de la masse du liquide sanguin.

Mais il s'agit de malades et non pas d'individus en état de pleine santé. De plus ces malades sont atteints d'affections cardiaques, — et qui donc oserait le nier? — les phénomènes physiologiques observés dans l'état de santé ne suffisent pas pour proclamer leur efficacité chez l'homme malade et pour prouver la souveraineté curative d'une méthode. Il faut plus. En d'autres termes, il faudrait modifier durablement la lésion, ou tout au moins en assurer la compensation. La kinésothérapie aurait-elle cette prétention? Oui, répondent sans hésiter quelques-uns de ses partisans les plus actifs et, j'ajouterai, les plus téméraires, en affirmant avec Schweninger, comme conséquence immédiate de ces exercices corporels, la restauration de la contractilité myocardique, le rétablissement de la circulation propre du cœur et l'équilibration de la pression artérielle. Ils invoquent le témoignage des appareils enregistreurs et une augmentation des échanges interstitiels en rapport avec la suractivité circulatoire.

Enfin — argument tout différent qu'ils n'invoquent pas, bien qu'au point de vue physiologique il soit favorable à leur cause, — ils auraient pu interroger l'*Anatomie pathologique* de Cruveilhier, citer cette loi « en vertu de laquelle la fluxion sanguine ne peut être portée au même degré dans deux points de l'organisme à la fois », et cette autre loi par laquelle « l'exercice répété d'un muscle augmente rapidement sa masse, son volume et son énergie de contraction, et développe proportionnellement son système vasculaire. Forts du témoignage de notre illustre compatriote, ils auraient pu rappeler après lui « quelle dérivation puissante doit opérer sur la circulation et sur la nutrition du cœur l'exercice simultané de tous les muscles de l'économie. »

Les avocats de la mécanothérapie systématique des cardiopathies entendent, prétention excusable, si elle était moins immodeste, fonder cette médication sur de plus solides assises. Le myocarde, disent-ils avec M. Œrtel, — ce que, ce semble, on n'ignorait pas avant lui, — est le siège d'altérations qualitatives : altérations trophiques et lésions vasculaires aboutissant à la destruction de ses fibres musculaires — et d'altérations quantitatives : hypertrophie et atrophie, l'une proportionnelle à la résistance à vaincre et compensatrice des obstacles circulatoires, l'autre ayant aussi pour raison physiologique une sorte de compensation bien différente de celle de l'hypertrophie. N'est-ce pas, comme je l'écrivais à la page 285 de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, de cette année, une sorte de compensation à rebours d'un cœur docile à se conformer aux circonstances et à se réserver en quelque sorte pour proportionner sa capacité cavitaire au volume moindre de la masse du sang?

Au demeurant, c'est l'atrophie surtout qu'ils redoutent, l'hypertrophie demeurant toujours, suivant la formule de Beau qu'ils ne citent guère, nécessaire, providentielle, et devenant en outre, à leur avis, thérapeutique, hygiénique et même curative. A défaut de l'originalité qui lui manque, le traitement consiste donc, au point de vue physiologique d'une part, à appeler les vaisseaux, c'est-à-dire les organes de la circulation périphérique, au secours du cœur en détresse et, d'autre part, à solliciter la contractilité affaiblie de ce dernier pour soulager le premier.

Ajoutons que pour donner à cette théorie des assises moins fragiles, on a essayé récemment, à l'instar de M. Œrtel, de lui trouver une base anatomique : on l'a demandée à la zoologie comparée, aux tables dans lesquelles Bergmann constate que le poids du cœur des animaux coureurs surpasse proportionnellement celui des animaux de mœurs sédentaires. Singulier argument, en vérité, qui consiste à conclure de la physiologie du lapin, du chevreuil ou du bœuf, à celle de l'homme malade.

III

Il est plus clinique et partant plus utile, comme M. Bamberger, de s'en tenir à l'observation des malades atteints de cardiopathie. Au lieu de rester sur le terrain de la physiologie des phénomènes cardio-vasculaires provoqués par les exercices physiques, avouons modestement — cette franchise vaut mieux — que les cardiopathies n'étant pas unes, la kinésothérapie ne peut prétendre à une telle souveraineté curative. Quelles en sont donc les indications et les contre-indications?

Doit-on l'autoriser contre la pléthore séreuse? C'est contre elle que M. Œrtel et ses concurrents en ont dit merveille; soit. Mais il ne serait pas inutile, — n'est-ce pas? — de produire en faveur de cette efficacité quelques arguments justificatifs; de montrer que les troubles circulatoires ont pour origine l'augmentation du sérum au détriment des éléments solides du sang; de réfuter les récents travaux de

Kisch (de Prague); de réduire à néant les remarques de Basch, de Bamberger, de Lichtheim, et enfin, avant d'admettre des variations jusqu'ici hypothétiques dans la composition de la masse totale du sang, de mesurer exactement — ce que les physiologistes n'ont pu faire encore — la quantité absolue de ce liquide dans l'organisme. N'est-ce pas ici le lieu de signaler les essais tout récents de M. J. Edwardes. Malgré leur nombre restreint, ces recherches de notre distingué confrère anglais témoignent que, dans les maladies du cœur, même les plus graves, le sang n'est pas plus séreux que dans l'état de santé. Sa densité, dans une série de huit cas, variait de 1062 à 1041, soit 1055 en moyenne. Dix-sept fois dans dix-neuf cas de gravité moyenne, le chiffre des globules rouges descendait un peu au-dessous de la moyenne; mais, dans sept cas graves sur dix-huit, il s'élevait au-dessus de cette dernière.

M. Edwardes a évalué le résidu solide du sang : il présentait de grandes variations : cinq fois sa proportion augmentait et quatorze fois elle s'abaissait, mais faiblement, au-dessous du chiffre normal (*The London med. Rev.*, juillet 1888, p. 239).

Les exercices physiques sont-ils d'une utilité plus vraisemblable pour restaurer la contractilité cardiaque ? On peut le penser; s'il s'agit des cardiopathes gros mangeurs, grands buveurs ou convalescents de maladies aiguës, mais exempts d'altérations trop profondes du myocarde; s'il s'agit de myocardites graisseuses au début, ou bien si, selon l'expression de M. Bamberger, le praticien est en présence de débilité simple et de dilatation passive du cœur. Ici, toutefois, leur emploi a pour limite l'inconvénient, d'après M. Lichtheim, de réduire trop rapidement la surcharge graisseuse du viscère le danger de forcer la résistance affaiblie de ses fibres musculaires et la provocation de cet état morbide que, dans ces derniers temps, on a décrit sous le nom de cœur surmené, avec l'arythmie pour symptôme, la dilatation pour lésion et l'asystolie pour conséquence fatale.

Les lésions cardiaques sont-elles compensées? La kinésothérapie peut rendre alors quelques services. Ainsi s'expliquent les succès observés parfois dans les affections valvulaires avec hypertrophie, mais — cela s'entend — sans dégénérescence myocardique.

Comment juger de l'intégrité de la fibre cardiaque? Et, alors même que cette intégrité serait absolue, n'aurait-on pas à redouter l'épuisement de l'appareil nerveux régulateur et les dangers de mort qui en seraient la conséquence? M. Œrtel et les avocats enthousiastes de la kinésothérapie systématique ne donnent pas les moyens susceptibles de fixer le diagnostic. Ils oublient de faire la lumière! Cette omission se comprend, d'ailleurs, puisque ces moyens n'existent pas.

Enfin, il est un autre élément d'appréciation qui, encore à l'étude, fournira un jour, sans doute, des données plus précises au praticien. Je veux parler de l'état de la tension artérielle, dont M. H. Huchard vient, dans une de ses intéressantes conférences de l'hôpital Bichat, de démontrer la haute importance clinique et d'ébaucher magistralement l'étude clinique encore bien incomplète. De plus, autre objection, qu'il y a vraiment naïveté à formuler : le cœur, qui possède ses muscles et ses vaisseaux, a aussi un appareil nerveux dont le rôle physiologique n'est, à coup sûr, pas négligeable. On ne semble pas assez en tenir compte. Pourquoi?

Quant à l'emploi des exercices physiques dans les cardiopathies valvulaires, ses contre-indications sont, à mon avis, formelles. Il est condamnable, si la lésion est mal compensée, puisqu'il a pour effet d'augmenter le travail du cœur, déjà excessif. Il est injustifiable, si cette même lésion est compensée, puisqu'il provoque l'encombrement vasculaire et prépare l'asystolie.

IV

L'utilisation de la kinésothérapie chez les cardiopathes est donc une question de tact médical. M. Dujardin-Beaumetz l'a fort judicieusement dit dans une de ses dernières leçons de l'hôpital Cochin.

C'est de plus, ajouterais-je, une question de mesure. Quels sont donc les exercices physiques à prescrire, et comment doit-on les prescrire?

La gymnastique suédoise? Mais à la condition d'une prudente graduation d'abord dans les mouvements semi-passifs et plus tard semi-actifs. M. Schott, qui la pratique, recommande les mouvements alternatifs de flexion, d'extension et de projection des bras, destinés à mettre en jeu les muscles qui servent à la respiration et à favoriser par ces mouvements la circulation intrapulmonaire.

La gymnastique mécanique? Elle convient plutôt aux périodes initiales des cardiopathies, comme le montrent les observations de Zander et de Nycander.

La marche ascensionnelle? C'est une méthode d'entraînement : elle consiste à choisir les chemins en pente et de préférence, suivant le conseil de Stockes, le séjour dans les pays de montagnes. Le premier jour, les cardiopathes doivent parcourir pédestrement, sur un chemin en pente, une distance de quelques mètres à 1 hectomètre, en interrompant le trajet par des pauses de repos. Le lendemain, et progressivement les jours suivants, ils augmentent l'étendue de leur itinéraire. Pour réaliser méthodiquement ces exercices de marche, on dispose dans les stations du Tyrol et des Alpes, des bancs, qui, aux distances convenables, invitent les cardiopathes au repos et limitent leur course quotidienne. C'est donc un entraînement graduel que subit le malade, pour vaincre la dyspnée et combattre la cyanose, de l'avis du moins des médecins qui dirigent ces cures de terrain. Mais cet entraînement doit être l'objet d'une attentive surveillance et, de l'aveu de ces mêmes observateurs, d'un contrôle quotidiennement exercé sur l'état de la circulation, avant comme après chacun des exercices.

Le massage a place à côté d'eux. Son emploi sur les membres œdématiés réveille la contractilité vasculaire et, tonique puissant, exerce sur la nutrition une influence heureuse, que M. Jacobi a démontrée dans un mémoire publié dans les troisième et quatrième volumes du journal américain *The Archivs of Medecine*. Ses pratiques et ses succès datent d'ailleurs de loin : Galien ne le recommandait-il pas pour combattre les hydropisies?

Au demeurant, élever la mécanothérapie, comme on essaye de le faire, au rang des médications curatives des cardiopathies, est une aveugle témérité; la proscrire de parti pris, serait pusillanimité. Ici, comme ailleurs, on ne saurait trop le rappeler, la sagesse thérapeutique consiste à raisonner les indications et à s'y conformer. Le rappeler, c'est demeurer fidèle aux enseignements des maîtres et à l'aphorisme classique car, pour nous autres praticiens : *Aristota est in indicationibus.*

Ch. Eloy.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Ophtalmologie.

Persistance de la guérison du daltonisme congénital traité par l'exercice, par M. le docteur A. Favre (de Lyon).

Je n'ai véritablement agité la question du daltonisme avec énergie qu'aprés avoir acquis la certitude qu'il me serait possible de guérir le plus grand nombre des jeunes daltoniens.

J'avais institué tout de suite et réclamé les mesures de précaution nécessaires au chemin de fer; la visite des couleurs a fonctionné dès l'ouverture des lignes dans mon service. Je pensais alors que les mesures sanitaires avaient été prises dans la marine et ailleurs. Quand je voulus me renseigner, je vis clairement que presque tout était à faire.

En ce qui concerne le traitement du daltonisme, l'opinion admise était que l'on naît daltonien et que l'on meurt daltonien. Malgré cette phrase répétée par tous ceux qui se sont occupés de la question, je ne pouvais admettre qu'un tel pronostic pût s'appliquer à un si grand nombre de personnes. Je trouve dans mes notes les plus anciennes la trace évidente des recherches entreprises en vue d'un moyen direct ou indirect, qui me permît de mettre à même les daltoniens de se prononcer correctement sur les couleurs. Je cherchais des analogies chez les sourds-muets, chez les aveugles... Il n'était pas fâcheux que cette question passât par les mains d'un médecin praticien, constamment préoccupé de problèmes thérapeutiques.

Ce n'est pas par hasard que j'ai cherché le traitement rationnel du daltonisme dans les écoles, et que je l'ai trouvé dans une classe tenue par M. Dihl, instituteur, rue Juiverie, n° 10, à Lyon, en 1872. C'est alors que je suis définitivement sorti de l'ornière parcourue par les hommes les plus illustres et dans laquelle voudraient encore s'attarder plusieurs représentants très autorisés de la science ophthalmologique.

J'ai dressé de très nombreux tableaux statistiques; je crois avoir établi que le sens chromatique des personnes se constitue principalement par la mise en œuvre de deux facteurs: 1° une aptitude qui existe ou qui fait défaut à différents degrés; 2° l'exercice sur les objets colorés, c'est-à-dire la nécessité où l'on se trouve de distinguer ou de qualifier les objets colorés.

L'expérience semble démontrer jusqu'à présent que ceux qui voient la lumière peuvent arriver à distinguer les couleurs, bien que la plupart des daltoniens, habiles à distinguer les formes, ne soient en défaut que sur les couleurs.

De très nombreuses observations prises avec soin dans les écoles prouvent que les enfants les moins bien doués parviennent, même en peu de temps, grâce à des soins éclairés et assidus, à posséder une notion exacte des couleurs.

L'ignorance des couleurs et la confusion des couleurs, même les plus tranchées, se rencontrent dans toutes les classes de la société, avec des proportions étonnantes pour le degré et pour le nombre. Il arrive très souvent que les personnes les moins bien douées sont justement celles qui, dès l'enfance, ne portent aucune attention sur les objets colorés, à cause des difficultés qu'elles éprouvent et des mécomptes que leur occasionne leur infirmité. Au lieu de les traiter avec douceur dans la famille et dans les écoles, on les tourne en ridicule et leur infirmité se confirme. Elles atteignent l'âge adulte sans avoir aucune notion exacte des couleurs.

Ces personnes sont dangereuses pour la sécurité publique, elles peuvent, par le défaut de leur vision, mettre en péril leur vie et leurs intérêts, la vie et les intérêts d'autres personnes. Il faut que le législateur s'occupe d'elles en vue des emplois que l'on peut avoir à leur confier dans les chemins de fer, dans la marine, dans l'armée, dans l'industrie, le commerce ou les écoles. Il faut trouver le moyen d'établir chez tous les individus un rapport exact entre les impressions colorées et les termes destinés à les exprimer.

Pour arriver à ce résultat, il faut prescrire des exercices gradués et méthodiques sur les couleurs, surtout dans les écoles primaires, en faire connaître les conditions et le meilleur emploi d'une manière précise. Il faut augmenter la part de l'exercice en raison même des défauts du sens chromatique. Il faut que les très rares personnes qui par le moyen de ces exercices n'arriveraient pas à montrer une saine appréciation des couleurs, soient connues et exclues des emplois où la notion exacte des couleurs est nécessaire. Il faut, en un mot, obliger les individus du sexe masculin à faire usage, dès l'enfance, des moyens à l'aide desquels les femmes échappent presque toutes et spontanément à la dyschromatopsie.

Ces principes, que j'ai mis en pratique depuis longtemps, je les ai développés dans plusieurs mémoires concernant les chemins de fer, la marine, l'armée, différentes industries, le commerce, les écoles. Ils sont appliqués dans presque tous les Etats de l'Europe et aux Etats-Unis d'Amérique. Il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre d'oculistes et de ceux qui jouissent de la meilleure réputation, contestent encore au sujet des résultats que j'ai fait connaître sur le traitement du daltonisme congénital.

On peut toujours objecter que si nous parvenons à guérir un daltonien, celui-là n'était pas un véritable daltonien. Quand les visites périodiques seront instituées partout où elles doivent l'être, il sera toujours facile de fournir la preuve réclamée. Mais nous avons eu personnellement des succès au sujet desquels il n'est pas permis de douter.

Peut-on douter en présence des cas nombreux cités par les docteurs Feris, Maréchal, Bianchi et Brégi? Il n'est pas facile de retrouver les personnes que l'on a perdues de vue depuis longtemps, aussi dois-je faire connaître aujourd'hui la suite d'une observation que j'ai publiée, en 1879, dans la *Gazette hebdomadaire*, avec un mémoire intitulé: *Traitement du daltonisme congénital par l'exercice chez l'enfant et chez l'adulte.*

Je rappelais un grand nombre de faits qui me paraissent être concluants, et je citais avec quelques détails trois observations dont les résultats avaient été vérifiés dans de bonnes conditions.

Le traitement du daltonisme doit être entrepris de bonne heure dans les écoles. L'éducation du sens chromatique est en général facile, même chez les enfants mal doués. Il arrive cependant quelquefois que cette éducation présente de très sérieuses difficultés. On ne les surmonte que par une grande patience, une persévérance très louable. Tel est le fait du jeune Alexandre, qui présentait le cas le plus grave de daltonisme que j'aie rencontré dans les écoles. Il était affecté d'une véritable *achromatopsie*. Il fut de la part de M. Brachet, instituteur, l'objet des soins les plus assidus, du 5 décembre 1875 au 20 mars 1877, pendant plus de quinze mois.

Je reproduis cette observation qui fut recueillie par M. Brachet:

Observation. — Alexandre D..., six ans et demi; intelligence ouverte; acuité normale de la vue.

« Le 5 décembre 1875 il dit le rouge *jaune*, le jaune *violet*, le bleu *vert*, le vert *vert*.

« Le 6, il dit le rouge *bleu*, le violet *blanc*, le jaune *bleu*, puis *vert*; il dénomme le bleu et le vert.

« Le 7, il dit le rouge *bleu*, le violet *rouge*, le jaune *bleu*, le bleu *vert*; il dénomme le vert.

« Le 10, il dit le rouge *jaune*, le bleu *vert*; il dénomme le vert, le violet et le jaune.

« Le 26, je dénomme moi-même les couleurs, et les lui faisant immédiatement répéter, il dit le rouge *jaune*, le jaune *rouge;* il dénomme le bleu, le violet et le vert.

« Le 7 janvier 1876, je lui ai nommé les couleurs deux fois sans le questionner.

« Le 8, il dit le rouge *jaune;* il dénomme le bleu, le jaune et le vert; il n'a pas connu le *violet.*

« Le 12, je dénomme les couleurs sans le questionner.

« Le 18, il dit le violet *jaune*, le jaune *vert;* il dénomme le vert, le bleu et le rouge.

« Le 21, il dit le rouge *jaune*, le violet *bleu*, le bleu *rouge*, le jaune *violet;* il dénomme le vert.

« Le 24, il dit le bleu *jaune*, le violet *bleu*, le jaune *violet*, le rouge *jaune;* il dénomme le vert.

« Le 5 février, il dit le violet *bleu*, le bleu *rouge;* il dénomme le jaune, le rouge et le vert.

« Le 8, il dit le rouge *jaune*, le jaune *bleu*, le bleu *rouge*, le violet *vert;* il dénomme le vert.

« Après cet examen, j'étale les couleurs sous ses yeux, et, le questionnant, il indique sans se tromper le rouge, le bleu, le vert, le violet et le jaune.

« Le 9, ces couleurs réunies, je demande où est le rouge, il l'indique; le vert, il l'indique; le violet, il l'indique; le bleu, il l'indique; le jaune, il montre le *bleu*.

« Le 14, il dénomme les cinq couleurs sans se tromper.

« Le 16, même résultat qu'à l'examen du jour précédent.

« Le 18, il dit le violet *vert*, le rouge *jaune*, le jaune *rouge;* il dénomme le bleu et le vert.

« Le 25, il dit le rouge *jaune*, le violet *bleu*.

« Le 26, il dit le bleu *violet;* il dénomme les autres couleurs.

« Le 29, il dit encore le bleu *violet;* il dénomme les autres couleurs.

« Le 3 mars 1876, il dit le rouge *jaune*, le jaune *rouge;* il dénomme les autres couleurs.

« Le 6, il dit le rouge *jaune ;* il dénomme les autres couleurs.

« Le 10, il dit le bleu *rouge;* il dénomme les autres couleurs.

« Le 11, il dénomme les cinq couleurs.

« Le 13, il dit le bleu *jaune;* il ne dénomme que le vert et le violet.

« Le 18, il dit le rouge *jaune*, le jaune *rouge;* il dénomme les autres couleurs.

« Le 24, il dit le rouge *jaune*, le jaune *rouge;* il dénomme les autres couleurs.

« Le 25, il n'a pas confondu le jaune avec le *rouge*, et il a dénommé les autres couleurs.

« Le 27, il les a toutes dénommées.

« Le 28, toutes dénommées.

« Le 31, il dit le jaune *rouge ;* il dénomme les autres couleurs.

« Le 5 avril 1876, il les a toutes dénommées.

« Le 8, il dit le rouge *jaune;* il hésite sur le *bleu*, mais il le dénomme.

« Le 11, il dit le bleu *jaune*.

« Le 12, il dit le rouge *jaune*, le bleu *jaune;* il dénomme les autres couleurs.

« Le 18 mai 1876, M. Brachet amène Alexandre à mon cabinet de la gare de Perrache; nous l'interrogeons sur un grand nombre d'objets colorés : spectre solaire, lanternes réglementaires, échantillons d'étoffes de soie, de coton, de laine, rubans de Saint-Etienne, papiers colorés ; le plus souvent il fait des réponses fausses, portant sur toutes les couleurs, même sur le *vert*, qu'il avait dès le début des exercices reconnu facilement.

« Les résultats des examens et des exercices pendant les mois suivants sont:

« Le 20 juin 1876, il dit le violet *vert*, le rouge *vert*.

« Le 21, il dit le rouge *jaune*, le jaune *rouge*.

« Le 23, il dit le rouge *jaune*, le jaune *rouge*.

« Le 24, il dit le rouge *jaune*.

« Le 25, il dit le violet *vert*, le bleu *violet*.

« Le 28 juin, il dit le rouge *jaune*.

« Le 3 juillet, il dit le rouge *jaune*.

« Le 5, il dit le jaune *rouge*.

« Le 10, il dit le violet *bleu*.

« Le 12, il dit le bleu *violet*.

« Le 14, il dit le bleu *violet*.

« Le 19, très bien.

« Le 29, très bien.

« Le 2 août, très bien.

« Après les vacances, le 13 novembre, il dénomme le vert, le violet et le rouge seulement.

« Le 20 novembre, il dit le rouge *jaune*, le violet *vert*, le bleu *violet;* il dénomme le jaune.

« Le 23, il dit le jaune *bleu*, le rouge *bleu*.

« Le 26, il se trompe sur toutes les couleurs.

« Le 27, il dénomme le rouge seulement.

« Le 9 janvier 1877, bien.

« Le 10, bien.

« Le 13, bien.

« Le 19, il dit le bleu *vert*.

« Le 24, il dit le rouge *jaune*.

« Le 30, il dit le bleu *vert*, le rouge *jaune*.

« Le 27 février, il hésite sur le *rouge*.

« Le 14 mars, très bien.

« Le 20, très bien. »

A cette date, M. Brachet note Alexandre comme guéri. A plusieurs reprises, il l'examine et il reconnaît que la guérison se maintient.

En janvier 1878, M. Brachet me fait parvenir une note dans laquelle il atteste qu'ayant pu voir de loin en loin Alexandre, il a constaté la persistance de la guérison, soit que l'examen ait été direct, par interrogation, soit que les objets colorés ayant été mêlés sur la table, l'enfant ait dû les assortir.

Enfin, le 17 février, M. le professeur Dor et moi, nous examinons Alexandre en présence de M. Brachet à mon cabinet de la gare de Perrache.

Alexandre, huit ans. — *Première épreuve de Holmgren.* — Echeveau de laine *verte;* il prend bien tous les verts, mais il ajoute des *gris fer*, *bleus* et *violets* très clairs et *bois*.

Deuxième épreuve. — Pourpre; très bien.

Troisième épreuve. — Rouge; il prend tous les rouges, mais il ajoute quelques *pourpres* et des *bruns rouges*.

Epreuve Donders avec verres: Il voit bien à 5 mètres le verre vert de 1 millimètre, la bougie étant à 50 centimètres. Il voit bien le verre rouge, de 1 millimètre, la bougie à 125 centimètres.

Epreuve Dor à 5 mètres: Il nomme très bien le jaune, l'orangé, le rouge, le bleu. A 4 mètres, il voit le violet et à 3 mètres le vert.

Par des soins très assidus et très méthodiques, M. Brachet est parvenu en quinze mois à donner à cet *achromatopsique* la notion exacte des cinq couleurs élémentaires, lorsque à l'âge de six ans il n'avait absolument aucune connaissance des couleurs. Il a pu vérifier la persistance de cette correction, jusqu'à la fin de l'année 1879. Mais alors Alexandre est devenu introuvable. Il avait quitté Lyon et nos recherches sont demeurées sans résultat jusqu'au 16 juillet 1888.

M. Brachet, qui l'a vu le premier ce jour-là, a constaté, à cinq heures du soir, la persistance de la correction. J'ai pu, moi-même, le même jour, à huit heures du soir, le voir à mon domicile. J'avais sur ma table des verres rouges et verts, les échelles de Galezowski de 1874, la Farben-Sattigungs-Tafel que Bruno-Kolbe de Pétersbourg m'a donnée en 1881, l'échelle de Dor pour 5 mètres la nuit et celle de 10 mètres pour le jour, ainsi que la planche XX des échelles de Snellen.

Sur la planche de Snellen il voit bien la première et la deuxième ligne, il hésite entre le *bleu* et le *vert*, puis il les reconnaît. Il ne sait pas si la cinquième ligne est du *violet* ou du *gris*, ce qui n'est pas une faute puisque telle est justement l'impression que cette rangée produit sur notre œil. Il distingue très bien les couleurs de Bruno-Kolbe, dont l'échelle est tout à fait hors de son étui. Il répond très bien sur l'échelle de Galezowski, sauf qu'il montre un peu d'hésitation entre le *bleu* et le *vert*. A l'échelle de Dor pour la nuit à 5 mètres, que je montre à 2 mètres, il voit très bien le rouge, l'orangé, le vert, le bleu; il hésite sur le *violet*, puis il le reconnaît. Il voit très bien à travers plusieurs verres rouges et verts.

Son acuité visuelle est toujours excellente.

Le 24 juillet 1888, à trois heures et quart du soir, je l'examine à mon cabinet de la gare de Perrache.

Laines de Holmgren:

1° *Epreuve vert clair naturel.* — Il fait une excellente épreuve et prend *tous* les verts sans la moindre hésitation;

2° *Epreuve pourpre rose.* — Très bien, sauf qu'il ajoute un *rouge clair* et un *rouge foncé*, ce qui n'est pas une faute;

3° *Epreuve sur le rouge.* — Il prend bien tous les rouges sans hésitation.

Excellente épreuve :

Je le fais assortir sur le *violet* et il prend très exactement tous les violets.

Echelle de Dor pour 5 mètres, à 5 *mètres*. Très bien, sauf qu'il dit le violet *rouge;* il le reconnaît ensuite.

Epreuve de Dave. — Première édition: Il dit très exactement et sans hésitation: première, deuxième, quatrième, cinquième, sixième, huitième, dixième rangées, irrégulières ; troisième, septième et neuvième, régulières.

Epreuve excellente.

Planches pseudo-isochromatiques de Stilling de 1877 et de 1878: il accomplit très bien ces différentes épreuves sur les lettres, les chiffres et les signes, sur l'édition de 1877 ou sur celle de 1878.

Je ne puis saisir qu'un peu d'hésitation sur l'épreuve de la croix *verte* sur fond *violet;* il reconnaît la croix verte et il hésite sur la couleur du fond qu'il dit être violette après un peu de réflexion.

Alexandre n'avait jamais été ni exercé, ni interrogé sur les différentes épreuves de Stilling. Il voit très bien les couleurs par transparence à l'appareil Charpentier. Il a fait évidemment de grands progrès depuis que nous l'avions perdu de vue et ces progrès se sont accomplis d'une manière inconcevable par l'usage normal qu'il a fait de son sens chromatique, bien et dûment rectifié. Il a cependant porté son attention d'une manière particulière sur les enseignes et les étalages des magasins.

Je n'ai jamais vu de plus beau succès. Je dois rappeler ici que, pour rectifier utilement le sens chromatique d'Alexandre, M. Brachet a dû faire son éducation en présence d'échantillons colorés de laine, de soie, de coton, sur le papier peint et sur un très grand nombre d'autres objets. Mais les cinq couleurs fondamentales ont toujours rempli l'office de diapason.

Alexandre D... a été conduit, lundi 30 juillet 1888, par mes deux collaborateurs, MM. Brachet et Ducros, au cabinet de M. le professeur Gayet. Notre très savant collègue a fait subir différentes épreuves au jeune Alexandre, qui a parfaitement su éviter tous les pièges, et donner les réponses les plus correctes, à la satisfaction très évidente du professeur de clinique ophthalmologique.

De là Alexandre a été conduit chez notre très habile confrère, M. le docteur Grand-Clément, professeur libre d'ophthalmologie et oculiste des plus autorisés. Il a répondu aux différentes questions sans erreur et sans hésitation. M. le docteur Grand-Clément, il y a deux ans déjà, m'avait fait connaître son avis favorable sur le traitement de la dychromatopsie par l'exercice dans les écoles.

Alexandre a été conduit aussi chez M. le professeur Dor, qui n'était pas à Lyon.

Il n'y a pas longtemps que j'ai pu avoir une idée exacte de l'opposition, je dirai presque de l'hostilité, que j'avais soulevée contre moi parmi les oculistes, en soutenant la validité du traitement du daltonisme congénital par l'exercice. J'avais cru que les preuves fournies par les témoins les plus honorables et les plus compétents avaient été appréciées comme elles méritaient de l'être. Il paraît que la théorie de Thomas Young avait repris son autorité absolue, comme jadis l'opinion d'Aristote.

A l'opinion d'Aristote, je réponds par l'observation complète et péremptoire d'Alexandre.

Cette observation, absolument concluante, me permet de croire que j'ai fini de batailler contre les oculistes dont plusieurs d'ailleurs sont de bons amis pour moi. J'espère que ces savants professeurs, au lieu d'employer les heures précieuses de leurs premières leçons à disserter sur la théorie de Thomas Young, voudront bien, à l'ouverture de leurs cours, examiner pour les couleurs leurs élèves. Ils les débarrasseront facilement et en quelques mois de la dyschromatopsie, dont ils sont affectés probablement dans la proportion de 6 pour 100 environ.

L'opposition des oculistes n'a que trop duré; elle peut être cause des nombreux insuccès que nous avons essuyés quand nous avons demandé l'introduction des examens et des exercices sur les couleurs dans les écoles. Ce que nous demandions cependant ne pouvait faire aucun tort à personne. Mais je ne veux pas terminer cette note sans dire que, malgré toute ma persévérance, la confiance que j'avais dans le bon droit, je ne serais pas arrivé de longtemps à écarter la théorie de Thomas Young, si j'avais été livré à mes propres ressources, étant donné que la vie de médecin praticien ne favorise pas toujours les recherches de longue haleine. J'ai heureusement trouvé des collaborateurs très patients et très éclairés, surtout dans MM. Liotard, Brachet et Ducros. Sans eux je n'aurais sans doute pas pu mener à bonne fin les exercices dans les cas les plus difficiles.

Je dois rappeler aujourd'hui les traitements et les examens périodiques de contrôle accomplis sur dix-neuf chefs de trains ou conducteurs par M. Git, chef de train principal, et par moi ; les cas très concluants du regretté professeur Féris, ceux du docteur Bianchi et ceux plus récemment observés par M. le docteur Brégi. Il me faut enfin citer ces lignes du docteur Maréchal :

Brest, le 17 décembre 1881.

... En un mot, on commence à s'occuper un peu des couleurs et c'est heureux, car plus cette question s'impose à moi par la nature même de mon service et plus je tends à me ranger à vos idées sur l'influence d'un exercice bien dirigé et fréquemment répété pour le développement du sens chromatique. Je vous ai déjà cité différents faits ; un des derniers que j'ai relevés est des plus probants. Il s'agit d'un jeune homme, qui est actuellement à l'école navale et qui a été admis par moi; revu depuis son entrée (premiers jours d'octobre), deux fois par mon collègue du *Borda*, avec l'intention de saisir quelque défectuosité s'il s'en manifestait quelqu'une, et cela avec les écheveaux de Holmgren et la carte de Daae. Eh bien il a satisfait aux épreuves d'une façon qui cadrait suffisamment avec son acuité qui est passable. Or ce jeune homme, après maintes épreuves, avait été refusé en 1879 comme incapable de discerner la couleur d'une mire de 4 centimètres (sur les hémidisques) à 50 centimètres de distance.

Je pourrais citer encore une demi-douzaine d'exemples de cas où après une observation scientifiquement conduite et des plus attentives, l'infirmité de la vision chromatique a été avérée et pour lesquels l'exercice soutenu a pu amener une quasi-guérison.

(*Lettre particulière de M. le docteur* Maréchal, *médecin principal de la marine.*)

Les arguments en faveur des propositions que nous avons fait connaître il y a quinze ans ne manquent pas ; des obstacles très nombreux et tout à fait imprévus se sont opposés cependant à leur mise en pratique.

Cette exécution est toutefois on ne peut plus simple. Tout peut se résumer dans l'introduction obligatoire de la visite des couleurs, des examens périodiques, des exercices dans les écoles, des examens d'élimination dans les chemins de fer, la marine, l'armée, les ateliers et les magasins, et partout des examens périodiques ou de contrôle, qui sont absolument indispensables à cause surtout des cas de daltonisme accidentel ou pathologique, lesquels peuvent se manifester dans un grand nombre de circonstances.

Je n'ai donc pas encore fini de m'occuper de la très intéressante question du daltonisme et des progrès du sens chromatique. J'aurai à l'examiner à d'autres points de vue. Puissé-je le faire utilement.

Physiologie pathologique.

Des variations de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de la réduction de cette substance dans la fièvre typhoïde, par MM. A. Hénocque et G. Baudouin.

(Suite. — Voy. le numéro 37.)

IV. Variations de l'activité de la réduction. — V. Rapports entre les manifestations organiques et les modifications hématoscopiques. Action de la diarrhée, des complications pulmonaires, des hémorrhagies.

IV

Variations de l'activité de réduction. — *L'activité de la réduction*, dépendant de la *quantité d'oxyhémoglobine* et de la *durée de la réduction*, sera, on le conçoit facilement, doublement influencée par les modifications imprimées à ces deux facteurs. Elle présente des courbes en rapport avec celles de l'oxyhémoglobine. On peut s'assurer en effet par nos observations qu'elle descend rapidement à 0,29, 0,30 et même 0,20, c'est-à-dire du tiers au cinquième de la normale, en même temps que l'oxyhémoglobine diminue. Elle peut varier entre 0,30 et 0,44 pendant plusieurs semaines, comme chez V... où l'activité, au quarantième jour, est seulement de 0,38 avec 8 pour 100 d'oxyhémoglobine. L'activité peut même rester faible, de 0,38 à 0,45 pendant plusieurs jours, comme chez G..., avec une quantité plus élevée d'oxyhémoglobine, de 10 à 11,5 pour 100; de même chez P..., nous trouvons une activité faible de 0,44 avec 11,5 pour 100 d'oxyhémoglobine. C'est dans ces cas que la *durée* prédomine dans la diminution de l'activité. Dans nos autres observations au contraire, la diminution de quantité d'oxyhémoglobine a une plus grande part dans l'abaissement de l'activité; néanmoins, même dans ces cas, il y a entre la diminution de l'oxyhémoglobine et celle de l'activité une disproportion qui est encore à l'avantage de cette dernière, de sorte que les courbes de l'activité présentent des oscillations qui sont toujours plus accentuées que celles de l'oxyhémoglobine. En général, après avoir diminué dans les proportions que nous avons indiquées pendant les périodes de début et d'état de la maladie, l'activité augmente en même temps que l'oxyhémoglobine, annonçant ainsi la convalescence; tandis que celle-ci s'élève à 9 ou 10 pour 100, elle dépasse 0,50, ou moitié de la normale, pour atteindre 0,70 à 0,80 au moment de la guérison.

En réunissant en un seul tableau toutes les observations que nous avons faites, on peut constituer une sorte de type général des variations que présente l'activité de la réduction dans la fièvre typhoïde.

On y voit, tout d'abord, que dès le premier septénaire il y diminution de l'activité de réduction à 0,75 ou d'un quart, tandis que la quantité d'oxyhémoglobine s'abaisse à 9 pour 100. Au deuxième septénaire et au troisième l'activité descend au-dessous de 0,50, tandis que l'oxyhémoglobine se maintient à 9 pour 100. C'est seulement au quatrième septénaire que l'activité s'élève au dessus de 0,55 et l'oxyhémoglobine au-dessus de 7 pour 100; ces augmentations s'accentuent aux cinquième et sixième septénaires, atteignant et même dépassant 10 à 12 pour 100 pour l'oxyhémoglobine, et 0,60 à 0,90 pour l'activité de la réduction.

Plus tard il n'est plus possible d'établir une moyenne, à mesure qu'on s'éloigne davantage du début de la maladie. Tout ce que nous pouvons assurer c'est que, dans nos cas, il y a à séparer deux catégories de faits bien distinctes; ou bien, par suite de complications, de rechutes, l'activité reste faible de 0,38 à 0,44, par exemple, avec des quantités d'oxyhémoglobine de 8 à 9 pour 100 seulement; ou bien l'amélioration s'accentue, soit avec 13 pour 100 d'oxyhémoglobine et 0.81 d'activité, c'est-à-dire la guérison à la septième semaine, soit simplement 11,5 pour 100 d'oxyhémoglobine et 0,79 d'activité, ce qui est aussi la guérison à la huitième semaine, parce que, bien qu'il y ait encore un certain degré d'anémie, l'activité de réduction atteint néanmoins presque la normale.

En résumé donc, dans la fièvre typhoïde, il y a un abaissement de la quantité d'oxyhémoglobine qui se maintient longtemps, pendant la convalescence, à des chiffres inférieurs de 9 pour 100 à 10 pour 100, 11 pour 100 : il y a une anémie persistante au premier et même au deuxième degré.

Les variations de la durée de la réduction sont plus marquées, les oscillations de la courbe qui les représente sont plus étendues; mais c'est principalement au début et dans les deux ou trois premiers septénaires que la durée est longue, tandis que, à la période de convalescence, la durée devient plus courte.

L'activité de la réduction résultant de ces deux facteurs est elle-même diminuée, surtout au début et dans la période d'état où il y a à la fois anémie et diminution des échanges gazeux; mais, dans la période d'amélioration et de convalescence, l'activité, tout en augmentant, reste encore abaissée, parce que l'anémie persiste alors même que l'activité des tissus se rétablit. En d'autres termes, la fièvre typhoïde, au point de vue hématoscopique, est caractérisée par une anémie prononcée et persistante et par une diminution dans l'activité des échanges; mais celle-ci s'améliore avant la disparition de l'anémie.

V

Rapports entre les manifestations organiques et les modifications hématoscopiques. — Abordons maintenant l'étude des influences qu'exercent les diverses modifications organiques de la fièvre typhoïde sur les caractères hématoscopiques. La diarrhée, qui est un des phénomènes les plus constants de l'empoisonnement typhique, correspond à des variations très précises dans la quantité d'oxyhémoglobine et la puissance réductrice des tissus. Nos observations sont démonstratives à cet égard.

Pluchard présente, au quatorzième jour de la maladie, une diarrhée abondante : nous ne lui trouvons que 9,5 pour 100 et même 9 pour 100 d'oxyhémoglobine, avec une durée de réduction longue de 120 secondes, et atteignant 140 secondes le dix-septième jour; l'activité descend à 0,39 et 0,34; mais, dans cette journée, la diarrhée diminue; dès le lendemain, dix-huitième jour, la durée devient moins longue (110), et l'activité se relève un peu (0,40); en trois jours, elle remonte à 0,47, 0,54 et 0,65; l'oxyhémoglobine atteint 11 pour 100. Cependant la diarrhée, qui avait disparu, se présente de nouveau au vingt-cinquième jour, et alors la quantité d'oxyhémoglobine restant la même, la durée se prolonge de 85 à 95 et 110 secondes; par suite, l'activité descend de 0,65 à 0,60 et à 0,52; le malade est remis au régime, la diarrhée cesse, et l'activité remonte, en vingt-quatre heures, de 0,52 à 0,76 (de 1/2 à 3/4) avec augmentation de l'oxyhémoglobine de 11 à 12 pour 100, et une durée de 75 à 80 secondes.

Chez B..., la diarrhée est abondante et persistante pendant quinze jours, l'oxyhémoglobine tombe à 8 et 7,5 pour 100; la *durée* atteint 130 secondes et l'activité reste faible, de 0,30 à 0,44. Au dix-septième jour, la diarrhée cesse; en quarante-huit heures, l'activité remonte à 0,56, l'oxyhémoglobine à 9 pour 100; la durée reste encore longue de 80 à 90 secondes, mais sa moyenne est un peu inférieure à celle des jours précédents. Le vingt-huitième jour, sous l'influence d'une alimentation un peu trop abondante, la diarrhée réapparaît; aussitôt l'oxyhémoglobine retombe de 10 à 9,3, 8,5 pour 100; l'activité s'abaisse de 0,55 à 0,48, la durée s'élevant légèrement de 90 à 95 et

98 secondes. Cette seconde diarrhée cesse; aussitôt (en vingt-quatre heures) l'activité remonte de 0,48 à 0,56.

Chez V..., à une période avancée, au quarantième jour, une légère diarrhée survient au milieu d'un état d'affaiblissement persistant; les phénomènes hématoscopiques sont peu modifiés; l'état général étant déjà très déprimé, l'activité, qui était tombée à 0,35 et remontait à 0,45, redescend à 0,39 en quelques heures; l'oxyhémoglobine reste à des chiffres stationnaires de 9,5, 9, 8 pour 100. Bientôt la diarrhée cessant, l'activité remonte à 0,46, puis 0,52. Chez ce malade, *c'est la durée de la réduction* qui est particulièrement influencée par la diarrhée. Chez G..., la diarrhée cessant au treizième jour, l'activité remonte, en quarante-huit heures, de 0,48 à 0,50. La quantité d'oxyhémoglobine, qui reste élevée relativement ici, pendant toute la durée de la maladie, varie, à cette occasion, de 10 à 11,5 pour 100, tandis que la durée diminue de 130 à 115 secondes.

En résumé, la *complication de diarrhée*, qu'elle corresponde au début ou à une période avancée, a pour phénomènes concomitants l'exagération de la lenteur des échanges, une diminution de la quantité d'oxyhémoglobine, et, par ces deux causes, la diminution de l'activité de réduction. La reprise de l'activité est surtout le résultat d'une énergie plus grande des échanges nutritifs dans les tissus.

La diminution de l'oxyhémoglobine se produit plus lentement que celle de l'activité des échanges, et le rétablissement de l'activité de la réduction précède l'augmentation de l'oxyhémoglobine; il annonce celle ci, qui survient alors plus ou moins rapidement.

Les *manifestations pulmonaires*, quelle que soit leur intensité, s'accompagnent de variations hématoscopiques très analogues à celles que nous venons d'étudier à l'occasion de la diarrhée, mais présentant quelques caractères différents très intéressants à connaître. Voyons, en effet, ce que nous enseignent nos observations à cet égard. Chez M..., qui est atteint de fièvre typhoïde à forme adynamique, avec une diminution permanente de l'oxyhémoglobine et de l'activité de réduction, des troubles pulmonaires intenses et persistants (bronchite et congestion pulmonaire) coïncident avec la diarrhée : la quantité d'oxyhémoglobine tombe sous cette double influence de 11,5 à 7,5 pour 100; la durée de la réduction s'élève de 115 à 145 secondes, et l'activité s'abaisse de 0,50 à 0,26. Notons en même temps des épistaxis abondantes. Mais, au bout de quelques jours, alors que la diarrhée et les épistaxis ont cessé, les troubles pulmonaires s'accentuant légèrement, l'oxyhémoglobine se maintient encore au chiffre de 7 pour 100, avec 90 et 80 secondes de durée, et 0,38, 0,43 d'activité. Mais remarquons que la diarrhée, ici, s'était éteinte progressivement en six ou sept jours, pendant lesquels l'oxyhémoglobine s'était maintenue à 7 et 7,5 pour 100, tandis que nous avons vu précédemment ses quantités augmenter progressivement à mesure que la diarrhée diminue d'importance. Nous croyons donc devoir attribuer cet état stationnaire dans la diminution de l'oxyhémoglobine, à la persistance des phénomènes pulmonaires et à leur aggravation, d'autant mieux que, le vingt-quatrième jour, l'oxyhémoglobine remonte brusquement de 7 à 8 pour 100, et l'activité de 0,43 à 0,53, en même temps que la durée diminue légèrement (de 80 à 75 secondes). A ce moment précisément nous constatons une amélioration notable dans l'état du malade, et surtout dans les phénomènes pulmonaires. Nous retrouvons cette *brusque ascension* dans les autres observations.

En effet, chez G..., où la bronchite survient au dixneuvième jour, la quantité d'oxyhémoglobine diminue de 11,5 à 9 pour 100, et l'activité de 0,41 à 0,36 (1/3). Mais la bronchite s'atténue rapidement; l'oxyhémoglobine remonte à 11,5 pour 100, et l'activité à 0,46, puis, 0,59; la durée s'abaisse à 88 et 85 secondes.

Chez V..., qui présente, au vingt-septième jour, des phénomènes broncho-pulmonaires intenses, l'oxyhémoglobine tombe rapidement à 7 pour 100 et l'activité à 0,35. Au trente et unième jour, les troubles pulmonaires s'amendent; l'oxyhémoglobine remonte à 9,5 pour 100, et l'activité à 0,43. Deux jours plus tard, trente-quatrième jour, les troubles pulmonaires ayant disparu, l'oxyhémoglobine atteint 11 pour 100; l'activité ne remonte pas sensiblement (de 0,40 à 0,45), et la durée de la réduction, pendant tout ce temps, a été à peine influencée : nous la voyons même augmenter légèrement, après avoir un peu diminué. Cette nouvelle ascension correspond, disons-le dès maintenant, à l'apparition d'une otite suppurée du côté gauche, laquelle aggrave encore l'état d'adynamie dans lequel était déjà notre malade.

Chez P... nous observons, au dix-septième jour, l'apparition d'une diarrhée légère et d'une bronchite intense. L'oxyhémoglobine descend de 11,5 pour 100 à 9,5 pour 100; l'activité s'abaisse à 0,43, puis 0,39, avec une durée de 110 à 120 secondes. Du vingtième jour au vingt-troisième, la diarrhée diminuant et cessant, la quantité d'oxyhémoglobine est de 11,5 pour 100, l'activité remonte à 0,54. Mais la congestion pulmonaire devenant plus intense, brusquement l'oxyhémoglobine tombe à 9,5 pour 100, et l'activité à 0,39, pour se relever, l'une à 11,5 pour 100, l'autre à 0,58 le lendemain, en même temps que survient une amélioration considérable dans les phénomènes broncho-pulmonaires.

Chez P..., en dépit de la diminution de la diarrhée, l'oxyhémoglobine se maintient aux proportions faibles de 9 à 9,5 pour 100; l'activité de la réduction avait seule un peu augmenté, la durée ayant un peu diminué. Le vingt et unième jour, la bronchite diminue, l'oxyhémoglobine remonte presque aussitôt à 11,5 pour 100, et l'activité à 0,54, et bientôt à 0,65.

Chez D..., des phénomènes analogues sont observés.

Nous voyons donc, d'après tous ces faits, que les *manifestations pulmonaires s'accompagnent d'une diminution marquée dans la quantité d'oxyhémoglobine;* elles entraînent aussi une diminution de l'activité; mais ces doubles modifications paraissent dépendre également du trouble général apporté à la nutrition. Cependant il semble que les troubles de l'hématose pulmonaire s'affirment plutôt par la diminution de l'oxyhémoglobine, et, en effet, celle-ci se produit à quelque phase de la maladie qu'apparaissent les complications pulmonaires. Quelquefois passagèrement, pendant deux à quatre jours, les oscillations que subit la quantité d'oxyhémoglobine sont plus considérables et surtout plus rapides que celles dues aux complications intestinales; et, de plus, dès que les symptômes pulmonaires s'amendent, la quantité d'oxyhémoglobine s'accroît brusquement. Il y a là une sorte de réaction dans l'hématose pulmonaire, qui peut être comparée à la réaction qui se produit dans l'examen spectroscopique du pouce, lorsque, la ligature étant enlevée, le sang afflue dans les tissus qui deviennent plus rouges, en même temps que la bande d'oxyhémoglobine est plus foncée même qu'avant l'arrêt de la circulation par l'application de la ligature.

On devait penser à priori que les *pertes de sang, et en particulier les épistaxis*, agissent principalement sur la quantité d'oxyhémoglobine. En effet, dans un cas où il y avait eu des épistaxis très abondantes, avec un état ataxo-adynamique profond dès le quatrième jour (Gil.), la quantité d'oxyhémoglobine s'était abaissée d'emblée à 7 pour 100; mais la durée de la réduction était très courte, de 40 secondes seulement. C'est un fait exceptionnel, et, d'ailleurs, chez les typhiques, il est souvent difficile de faire la part spéciale de l'hémorrhagie lorsque celle-ci n'est ni abondante, ni répétée. Ces réserves étant faites, voici ce que nous avons observé.

Nous avons déjà signalé incidemment les épistaxis survenues chez M... dès le neuvième jour, concurremment avec la diarrhée et la bronchite. En trois jours, l'oxyhémoglobine descend à 7,5 pour 100 et l'activité à 0,26. La diarrhée cède, l'oxyhémoglobine remonte à 8 pour 100, l'activité à 0,38; mais des épistaxis reparaissent et plus abondantes, avec les signes d'une adynamie profonde et de l'hyperthermie : l'oxyhémoglobine retombe à 7,5 et 7 pour 100, l'activité à 0,28.

Chez G..., du quatrième au dix-huitième jour surviennent des épistaxis abondantes et répétées au moment où la diarrhée venait de cesser; l'oxyhémoglobine, qui était à 11,5 pour 100, redescend à 10 pour 100, 9,5 pour 100, 9 pour 100; l'activité de réduction s'abaisse de 0,50 à 0,35, en même temps que la *durée* augmente légèrement jusqu'à 130 secondes.

Avec la cessation des épistaxis, l'oxyhémoglobine remonte à 10 pour 100 et l'activité à 0,41.

En somme, les épistaxis ajoutent aux phénomènes généraux de la maladie la dépression due à la perte du sang, et celle-ci se démontre par une diminution simultanée de l'oxyhémoglobine et de l'activité des échanges.

Parmi les autres complications de la fièvre typhoïde, dont nous avons pu apprécier les effets, nous devons signaler une *parotidite* survenue au trente-cinquième jour, qui n'a pas suppuré, et dans laquelle la quantité d'oxyhémoglobine ne descendit pas au-dessous de 9 pour 100 (femme G..., trente ans). Mais c'était là un accident de convalescence qui est resté bénin; au contraire, n'avons-nous pas signalé déjà ce qui s'est passé chez V... à l'occasion d'une otite suppurée? Au moment où celle-ci est survenue, le malade était dans un état d'adynamie profonde, qui sembla plutôt augmenter, du fait, sans doute, de la complication nouvelle; car le même jour nous constations une amélioration notable du côté des voies respiratoires (très sérieusement atteintes jusque-là); en même temps se produisaient deux phénomènes hématoscopiques absolument contradictoires, et qui, cependant, nous semblent trouver une explication facile dans la symptomatologie : d'une part, c'est une augmentation de la quantité d'oxyhémoglobine (de 9 à 11,5 pour 100), laquelle résulte sans doute de la facilité nouvelle apportée aux fonctions de l'hématose par l'amélioration des phénomènes pulmonaires; d'autre part, c'est l'augmentation progressive de la durée de la réduction (de 105 à 180 secondes), entraînant à sa suite une diminution de l'activité qui, de 0,42, tombe à 0,20, et ne pouvant être rattachée ici qu'à l'apparition de l'otite suppurée. Cette diminution extraordinaire de l'activité de réduction et l'état d'adynamie qui y correspondait étaient de nature à assombrir singulièrement le pronostic : le malade guérit cependant. Mais il n'en a pas été de même de P..., qui a eu une rechute terrible terminée par la mort.

Ce malade était convalescent; du vingt-sixième au trente et unième jour, la température restait au-dessous de 37 degrés, avec 11 à 11,5 pour 100 d'oxyhémoglobine, une activité de 0,70 à 0,84, et une durée moyenne de 80 à 72 secondes : le matin du trente-deuxième jour, nous trouvons encore notre malade en bonne voie, avec 37 degrés de température, 11,5 pour 100 d'oxyhémoglobine, 68 secondes de durée de réduction et 0,84 d'activité. Mais, dans la soirée, survient de la fièvre, avec frisson, et 38°,4 de température. Le lendemain, à la fièvre qui s'accentue et persiste s'ajoute la diarrhée : le trente-quatrième jour, même état; cependant l'oxyhémoglobine atteint 14 pour 100, et l'activité 0,82. D'autre part, la *durée de la réduction* s'élève à 85 secondes, de 68 secondes où elle était deux jours avant. Le lendemain, trente-cinquième jour, elle atteint 98 secondes, et l'activité tombe à 0,51 et l'oxyhémoglobine à 10 pour 100. Bientôt aux phénomènes intestinaux de la fièvre s'ajoutent d'abord des phénomènes broncho-pulmonaires, les taches rosées reparaissent, puis des phénomènes de myo-péricardite, avec un état ataxo-adynamique, qui aboutissent à la mort au quarante et unième jour. A mesure que l'état du malade s'aggrave, nous observons, d'une part, une diminution de l'oxyhémoglobine et de l'activité de réduction qui s'abaissent, au quarantième jour, l'une à 9,3 pour 100, l'autre à 0,34, tandis que, d'autre part, la durée de la réduction s'élève à 120, 130, 135 secondes.

Nous devons ici faire remarquer en passant que deux jours après le début de cette rechute la quantité d'oxyhémoglobine s'élève à 14 pour 100 : peut-être pouvons-nous supposer, pour expliquer ce fait, que la richesse du sang en oxyhémoglobine est lentement influencée par les phénomènes morbides lorsqu'ils surviennent pendant la période de réparation, et surtout lorsqu'ils sont de la nature de ceux qui, dans le cas particulier, ont interrompu la convalescence; car ici c'est la diarrhée qui, avec une fièvre modérée, a marqué le début de cette rechute si fatalement terminée. Or nous avons déjà fait remarquer que la diarrhée agit surtout sur la durée de la réduction; et, justement ici, nous avons déjà insisté sur ce fait que, tandis que l'oxyhémoglobine continue à s'élever de 11,5 à 14 pour 100, la durée de la réduction se prolonge de 68 à 85 secondes; puis la diarrhée et l'état général s'accentuant, l'oxyhémoglobine finit par céder; elle retombe à 11,5 pour 100, tandis que la *durée* continue à augmenter. Enfin, lorsque apparaissent les phénomènes broncho-pulmonaires, ceux qui, comme nous l'avons déjà vu, ont la plus grande influence sur la quantité d'oxyhémoglobine, alors, brusquement, en vingt-quatre heures, celle-ci s'abaisse à 9,5 pour 100. Mais, d'autre part, nous avons plusieurs fois vu, chez nos malades, la quantité d'oxyhémoglobine atteindre un chiffre assez élevé le jour ou le lendemain de l'entrée à l'hôpital. Peut-être y a-t-il entre ces faits et ce qui s'est passé chez P... plus qu'une coïncidence ou une analogie. Nous ne possédons cependant pas de données qui nous permettent d'expliquer ces faits aujourd'hui. Mais nous espérons que des recherches ultérieures nous mettront en mesure de le faire.

Pour revenir une dernière fois à l'observation de P..., nous ferons remarquer que, dans les derniers jours, à la diminution de l'activité de réduction correspond une augmentation de la fièvre et de la température. — Ce fait de la diminution de l'activité des échanges gazeux entre le sang et les tissus, coïncidant avec l'exacerbation de la température, s'est présenté dans les autres observations, et il est tellement important que nous avons cru devoir le réserver pour terminer cette étude.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. *Plicque*, interne de l'hôpital Lariboisière, envoie un *Pli cacheté* dont le dépôt est accepté.

M. *Léon Colin* fait hommage de son *Rapport sur la construction dans la banlieue de Paris d'hôpitaux d'isolement pour les maladies contagieuses transportables*. Il présente ensuite une *Étude sur les eaux d'alimentation de la garnison de Cherbourg*, par MM. les médecins-majors *Dardignac* et *Collignon*.

Produits de combustion du gaz. — M. le docteur *Gréhant* communique les recherches physiologiques qu'il vient de faire sur les produits de combustion du gaz de l'éclairage. En général, chaque fois qu'on emploie le gaz de la houille soit pour l'éclairage, soit pour le chauffage, on ne se préoccupe pas assez du mélange des produits de sa

combustion avec l'air que nous respirons. L'expérimentation montre en effet que ce mélange est nuisible ; il serait utile et hygiénique d'expulser au dehors, aussi complètement que possible, un tel mélange riche en acide carbonique et pauvre en oxygène. — (Le mémoire de M. Gréhant est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *Marey*, *Gariel* et *François-Franck*.)

Obstructions de la trompe d'Eustache. — M. le docteur *Suarez de Mendoza* (d'Angers) communique un mémoire sur le traitement des obstructions persistantes de la trompe par la dilatation continue à l'aide de bougies désinfectées, introduites sur une sonde à gouttière spéciale et laissées à demeure de deux à dix heures. Il dit avoir obtenu 39 succès depuis deux ans par cette méthode et présente les instruments dont il se sert pour la pratiquer. — (Le mémoire de M. Suarez de Mendoza est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *Verneuil*, *Guérin* et *A. Duplay*.)

Dilatation de l'estomac. — M. le docteur *Clozier* (de Beauvais, Oise) lit un mémoire sur l'étiologie de la dilatation dite primitive de l'estomac et de la dyspepsie idiopathique. Il conclut de ses recherches que l'attitude verticale ou bipède de l'homme serait le point de départ de l'impotence fonctionnelle des parois de l'estomac; cet état pathologique plus ou moins accusé ne serait lui-même que l'expression ultime de phénomènes morbides successifs, étroitement liés entre eux et se passant tous, exclusivement, dans la cavité de l'organe. Les autres troubles, qu'ils intéressent soit le système nerveux central ou périphérique, soit les organes voisins ou éloignés, seraient seulement consécutifs à la lésion initiale de l'estomac. — (Le mémoire de M. Clozier est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *Bouchard*, *Féréol* et *Bucquoy*.)

Curage et écouvillonnage de l'utérus. — Dans six cas de septicémie puerpérale grave M. *Charpentier* a eu recours au curage et à l'écouvillonnage de l'utérus suivant la méthode de M. le docteur Doléris. Cinq fois il a obtenu un succès complet. Aussi, sans rejeter les procédés antiseptiques si généralement adoptés aujourd'hui, il émet l'opinion suivante : « Contre les accidents septicémiques graves les injections intra-utérines sont un moyen excellent qui donne souvent de très beaux résultats, mais qui échoue malheureusement encore dans un bon nombre de cas. Le curage associé à l'écouvillonnage est un moyen plus radical; il va attaquer le mal en son lieu d'origine et il a donné dans quelques cas des résultats merveilleux. Ne le repoussons donc pas. Associons-le au contraire aux injections intra-utérines et peut-être ainsi arriverons-nous à supprimer définitivement la mortalité puerpérale, déjà si diminuée depuis l'emploi de l'antisepsie, mais qui fait encore trop de victimes. »

M. *Guéniot* fait observer à M. Charpentier que dans l'un tout au moins des six cas qu'il vient de citer une première injection intra-utérine avait déjà donné des résultats favorables, si bien que la guérison eût été peut-être obtenue en continuant simplement les injections. Tout en approuvant la méthode de M. Doléris, il croit qu'elle doit être réservée pour des cas très graves; il y a lieu d'en étudier avec soin l'opportunité, qui n'a pas encore été suffisamment établie. Il s'en tient d'ailleurs à la classification qu'il a récemment soutenue devant l'Académie pour les diverses formes de l'infection puerpérale, à savoir la forme péritonitique, la forme pyohémique et la forme septicémique. C'est en s'inspirant des motifs à l'appui de cette classification qu'on doit établir sa règle de conduite thérapeutique.

Surmenage intellectuel et sédentarité des écoliers. — M. *Lagneau* fait observer que la Commission nommée par le ministre de l'instruction publique pour réformer l'enseignement primaire de manière à éviter la sédentarité et le surmenage intellectuel a, suivant le rapport de M. l'inspecteur Jacoulet, demandé une diminution des heures de classes et d'études, une augmentation des heures données aux exercices physiques, et la suppression des devoirs faits à la maison.

La sédentarité et le surmenage étant beaucoup plus redoutables dans les enseignements secondaire et supérieur, le ministre, par une circulaire, vient de consulter les proviseurs, directeurs, professeurs sur les réformes à apporter à ces enseignements. Leurs avis devront servir à éclairer la nouvelle commission, qui comprend des représentants de l'enseignement secondaire, mais devra comprendre aussi des professeurs des écoles polytechnique, militaire, navale, forestière, désignés par les autres ministres.

Déjà un comité pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation réunit d'anciens ministres de l'instruction publique, des recteurs d'académies, des membres de l'Institut, des directeurs des écoles spéciales supérieures, ainsi que des sénateurs, des députés, des médecins.

Pour prévenir le surmenage dans l'enseignement secondaire qui a pour pénible mission de préparer soit aux examens qui sanctionnent cet enseignement, soit aux concours d'admission aux grandes écoles qui donnent l'enseignement spécial ou supérieur, il faudrait non seulement modifier les programmes et la répartition du temps, mais aussi modifier les modes d'examens et les conditions des concours. Aux examens généraux, encyclopédiques, qui exigent un travail excessif et peu profitable, motivent une sédentarité et un surmenage funeste pour des jeunes gens en pleine croissance, il faudrait substituer des examens partiels et fréquents ne motivant qu'un travail régulier, modéré et profitable. Titres et diplômes seraient obtenus d'après l'ensemble des notes méritées dans ces examens partiels passés chaque trimestre, chaque mois, dans les lycées et écoles libres, devant les examinateurs de l'État.

Pour prévenir la nocuité du surmenage lors des concours, il importe que dans les programmes de concours, comme dans ceux d'examens, les exercices physiques, (gymnastique, armes, équitation, exercices militaires) figurent pour un coefficient élevé à côté des sciences et des lettres. Les jeunes gens seront alors amenés à développer leur corps en même temps que leur intelligence, ils échapperont ainsi à la sédentarité et au surmenage.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

De l'action locale de l'helléborine, par MM. Vittorio et Elvidio. — Ces observateurs employaient des solutions aqueuses d'helléborine et les instillaient entre les paupières au contact de la cornée. Ils obtenaient ainsi une anesthésie de cette membrane de durée plus longue que l'anesthésie produite par la cocaïne.

En même temps ils constataient que la motilité de la paupière était conservée, que la pupille ne se dilatait pas et que la tension intra-oculaire n'était point modifiée. Employée en injections sous-cutanées, l'helléborine provoquait l'anesthésie locale, et produisait simultanément des troubles cardiaques. De là cette conclusion : l'helléborine est un anesthésique local, qui malgré sa puissance doit être maniée avec circonspection, surtout chez des sujets dont la contractilité cardiaque laisse à désirer. (*Gazetta degli Ospitali*, 25 mars 1888.)

De la puissance antiseptique du chlorure d'iode, par M. Riedel. — A l'état pulvérulent ce corps a l'inconvénient d'irriter la

conjonctive et de provoquer la toux. La solution récemment préparée à 1 pour 1000 ne possède pas les mêmes inconvénients, et dans un court espace de temps détruit les spores bacillaires. Par contre, la solution alcoolique ou huileuse possède cette propriété à un moindre degré.

Le chlorure d'iode occupe, eu égard à sa puissance nécrophytique, un rang intermédiaire à l'acide phénique et au sublimé. La solution au millième équivaut donc par ses effets parasiticides à une solution d'acide phénique à 3 pour 100. Ajouté à la gélatine, dans le rapport d'un millième, il retarde le développement des microbes. Enfin, autre conclusion, d'importance pratique, cette substance possède des vertus toxiques. M. Riedel demande donc qu'elle soit l'objet de recherches nouvelles, dont le contrôle est indispensable, avant d'adopter l'usage de cet agent antiseptique et désinfectant. (*Deut. med. Zeitung*, 1888, n° 50.)

De l'influence de la fumée du tabac sur l'innervation du pneumogastrique, par M. Cersoy. — D'après cet observateur les accidents toxiques des fumeurs dépendent de la manière même dont ils font usage de la fumée du tabac. C'est ainsi qu'en avalant cette dernière, ils la conservent pendant quelques instants au contact de la muqueuse du pharynx et de l'arbre respiratoire, et par conséquent, des terminaisons du nerf pneumogastrique dans cette membrane.

De là une sorte de paralysie de ce nerf: l'augmentation du nombre des battements cardiaques, une diminution de leur amplitude et des vertiges. La dyspnée des fumeurs de cigarettes résulte de troubles de l'innervation de la glotte qui dès lors se dilate incomplètement. Mêmes troubles, ajoute l'auteur, de l'innervation de l'estomac par le nerf pneumogastrique et diminution des sécrétions gastriques donnant raison de la dyspepsie des fumeurs.

M. Cersoy s'élève donc contre l'usage d'avaler la fumée, et comme traitement des accidents, recommande l'emploi des bains tièdes, des boissons tempérantes, la modération de l'usage de tabac, en un mot, une médication diététique. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mai 1888.)

Des propriétés du dinitrate de chrysaniline, par M. Auclert. — Ce produit retiré des eaux mères de la préparation de la fuchsine est un médicament nervin. A faibles doses, il stimule le système nerveux et à hautes doses le déprime, agissant d'abord sur les activités médullaires et plus tard sur les fonctions encéphaliques.

Administré à l'intérieur, il dilate la pupille, abaisse la pression artérielle et accélère les battements cardiaques. A doses toxiques, il provoque la mort par arrêt de la respiration. Son ingestion stomacale est suivie de troubles gastro-intestinaux : nausées, vomissements, tranchées. Son usage externe est nul.

On propose de l'administrer comme analgésique et, en particulier, contre l'hystérie et l'épilepsie. Malheureusement les accidents gastriques sont un obstacle à son administration qui de plus est contre-indiquée chez les cardiopathes. Au demeurant, ce médicament ne paraît pas appelé à un grand avenir thérapeutique. (*Bull. gén. de thérap.*, 16 juin 1888.)

Des propriétés de la mandragore, par M. Richardson. — Ces expériences ont été faites avec la teinture de racine de mandragore que l'on administrait soit par la voie buccale, soit par la voie sous-cutanée.

Les effets obtenus sont ceux du narcotisme : la mydriase, des paralysies sensitivo-motrices, un état comateux auquel succédait de l'excitation au moment du réveil.

Appliquée sur la muqueuse linguale, la teinture alcoolique de mandragore provoque une sensation d'engourdissement persistant durant plusieurs minutes. Ingérée à l'intérieur par doses modérées, elle amène le sommeil, une sensation de plénitude vasculaire à la tête, et des troubles de la vision et de l'ouïe. Finalement, l'état nerveux est comparable à la neurasthénie.

La mandragore emprunte vraisemblablement ses vertus à un alcaloïde comparable à l'atropine. Elle lui doit ses vertus analgésiques dont les anciens chirurgiens faisaient usage pour atténuer les douleurs opératoires. A ce point de vue, la mandragore mérite d'être à nouveau étudiée. (*Asclepiad*, mai 1888, n° 958.)

Du traitement abortif des furoncles de l'oreille par l'acétate d'alumine, par M. Grosch. — La solution d'acétate d'alumine que l'auteur recommande contient une partie de sel pour quatre parties d'eau. Chaque heure, on irrigue le canal auditif avec ce liquide et on introduit ensuite un tampon de coton imbibé de la même solution. D'après l'auteur, la douleur diminue quatre heures après le premier pansement et disparaît vers la huitième heure.

Quel est le mécanisme de cette action thérapeutique? M. Grosch attribue à l'acide acétique des propriétés résolutives. Il diminuerait l'engorgement des tissus et supprimerait ainsi la douleur en atténuant la compression exercée sur les filets nerveux terminaux par les tissus enflammés. De plus, l'acétate d'alumine agirait à la manière d'un désinfectant. (*Berliner klin. Woch.*, 30 avril 1888.)

De la valeur comparative de la codéine et de la morphine dans le traitement du diabète, par M. J. Mitchell Bruce. — Ce mémoire, motivé seulement sur deux faits classiques, se termine par les conclusions suivantes : 1° La morphine est plus active que la codéine, car elle fait disparaître la totalité du sucre dans les urines quand la codéine ne peut réaliser cette amélioration. De plus, dans les cas de réduction de la glycosurie par un traitement actif, l'emploi de la morphine a suffi pour en assurer la disparition ;

2° Ces effets se produisaient après l'administration quotidienne d'une dose de morphine d'un tiers inférieure à celle de la codéine : 70 grains de la première et 211 grains de la seconde;

3° Les inconvénients de la morphine à hautes doses chez les diabétiques ne sont pas plus considérables que ceux de la codéine; mais par contre cette dernière possède l'avantage de ne pas provoquer de phénomènes narcotiques.

Pour obtenir des résultats heureux, il convient de continuer, durant longtemps, l'administration de la morphine par la voie des injections sous-cutanées et à doses élevées, après même que le chiffre du glucose dans les urines a été notablement réduit, car la difficulté du traitement est de le faire disparaître complètement de ces dernières. Enfin, ces médications doivent avoir pour complément un régime alimentaire régulier et scrupuleusement suivi. (*The Practitioner*, juillet 1888, p. 10.)

De la teinture de strophantus contre l'insuffisance cardiaque aiguë, par M. Haus-Gratz. — Après avoir observé l'efficacité de ce médicament contre les accidents imputables à l'asystolie insomnie, dyspnée, l'auteur l'a mis à l'essai contre les troubles cardiaques et des affections aiguës, et, en particulier, de la pneumonie et de l'emphysème.

C'est surtout contre l'insuffisance cardiaque aiguë du cours de la pneumonie qu'il en a obtenu les meilleurs effets. Sous son influence la respiration devenait plus libre et plus calme, le pouls diminuait de fréquence et se relevait. En même temps on constatait l'augmentation et la régularisation de l'activité cardiaque.

Ces effets ont été obtenus par l'administration quotidienne de trois doses de strophantus. (*Allg. mediz. Zeit.*, 1888.)

De l'utilité de l'éther contre l'insuffisance cardiaque, par M. Bamberger. — Le premier cas dans lequel l'auteur fit usage de ce remède était celui d'un homme de soixante ans atteint d'une asystolie accusée par une myocardite graisseuse et probablement une sclérose de la coronaire, mais exempt de lésions valvulaires. Une cure de terrain, par la méthode d'Œrtel, augmenta la dyspnée, dont les accès devinrent tels que le médecin traitant

pratiqua des injections d'éther sulfurique. Une amélioration notable s'ensuivit; la diurèse augmenta, la dyspnée et l'ascite s'atténuèrent.

M. Bamberger attribue cette efficacité de l'éther soit à son action sur le cœur, dont l'énergie augmentée suffit pour vaincre l'obstacle rénal, soit à son action directe sur l'appareil sécréteur rénal. Il compare cette dernière action, la plus probable d'ailleurs, à son avis, avec l'action du calomel et des divers médicaments qui augmentent la diurèse et non la pression sanguine. M. Bamberger conclut, du reste, à la nécessité de vérifier par d'autres essais cliniques la puissance de cette médication. (*Wiener klin. Woch.*, 1888, n° 19.)

BIBLIOGRAPHIE

La vie des êtres animés, par M. Émile Blanchard, de l'Académie des sciences. 1 vol. in-12 de 296 pages. — Paris, 1888. G. Masson.

Après une longue et laborieuse carrière consacrée à l'observation et à la description des animaux, M. Blanchard nous donne aujourd'hui la philosophie, telle qu'il la conçoit, des faits qu'il a si patiemment étudiés, et il eût pu, n'était sa modestie bien connue, intituler son livre: *Le testament d'un naturaliste*. L'originalité de l'ouvrage (c'en est une à à cette heure) est qu'il n'est pas transformiste et qu'il est même résolument opposé à la théorie de Darwin.

Toute sa seconde partie, qui est la plus étendue, est une critique habile et serrée de l'hypothèse darwinienne. Pour M. Blanchard, Darwin est surtout un homme d'imagination, qui a écrit le roman et non l'histoire de la nature vivante; la science rigoureusement positive, qui refuse de s'écarter des faits authentiquement observés, ne peut le suivre dans la voie qu'il a ouverte. Elle constate de surprenants accords entre l'organisation des êtres et leur milieu, mais elle se borne à les constater. L'espèce est adaptée à son milieu, mais le milieu n'a pu par une action qui lui soit propre s'adapter l'espèce, car l'espèce est immuable; tous les faits l'établissent; hors de son milieu spécial l'espèce s'étiole et meurt. En faveur de la fixité des espèces, M. Blanchard apporte une grande abondance d'arguments, tous tirés de son observation personnelle ou de sa science de naturaliste. La plupart sont très forts et de nature à faire réfléchir ses adversaires. Incontestablement les espèces ont une très grande fixité; les races artificiellement créées retournent au type primitif lorsque l'art de l'homme cesse de les maintenir; les hybrides font de même; l'espèce a beau être difficile à définir (p. 86), elle est une réalité naturelle.

L'argumentation de M. Blanchard soulève un problème que ni lui ni ses adversaires n'ont résolu. D'où vient l'espèce, c'est-à-dire la fixité des types? Les darwinistes ne l'expliquent pas, eux qui expliquent tout le reste par les exceptions apparentes ou réelles que reçoit cette loi fondamentale. Si l'espèce est changeante, peut-on leur demander, d'où vient qu'elle l'est si peu? Comment s'adapte-t-elle si malaisément à un milieu différent, à des circonstances de vie nouvelles? Comment ne profite-t-elle pas mieux des croisements pour évoluer? D'où vient cette paresse, cette routine de la nature? On ne voit rien dans la théorie transformiste qui fournisse réponse à cette grave question, et les transformistes, s'attachant à recueillir tous les menus faits qui enlèvent à la grande loi de la fixité des espèces son caractère absolu, se laissent aller à en méconnaître l'importance et finalement à l'oublier. M. Blanchard la remet en pleine lumière et montre toutes ses applications, en quoi il a pleinement raison. Mais donne-t-il à son tour une explication du fait qu'il oppose avec tant de force à la nouvelle école? Nullement; il se borne à l'établir, sans paraître soupçonner qu'un pareil fait ait quelque chose de mystérieux. L'esprit qui domine sa polémique contre Darwin est étroitement positiviste; aux hypothèses, à l'ingénieux roman du naturaliste anglais, il oppose des faits, rien que des faits; il semble écarter de propos délibéré tout système, ou métaphysique ou autre, qui relierait les faits entre eux et les rattacherait à des principes, mais où l'imagination aurait quelque part.

Malheureusement l'esprit de système ne peut être absolument étranger à un savant qui a beaucoup vu, beaucoup réfléchi, et qui n'admet pas les systèmes des autres; il nous semble que M. Blanchard systématise souvent malgré lui et que son étude sur l'*Origine des êtres* contient des idées générales, des idées maîtresses, qu'on pourrait sans trop d'inexactitude résumer par des aphorismes comme ceux-ci: les espèces existent; chaque espèce a son milieu propre, sa nourriture spéciale, ses conditions d'existence particulières; chaque plante a son terrain; chaque terrain a sa plante; chaque plante a son herbivore; chaque herbivore a son carnivore; chaque carnivore a son ténia; à chaque mangeur un mangé; à chaque mangé un mangeur. Je force un peu, et à dessein, la pensée de l'auteur, pour montrer clairement qu'il transporte en définitive dans les besoins et les mœurs des espèces la fixité rigide qu'il a reconnue dans les organismes; en quoi il va trop loin, car les mœurs des animaux ont certainement plus de souplesse que leurs organes. Des observateurs dignes de foi n'ont-ils pas raconté récemment que les perroquets de la Nouvelle-Zélande sont devenus carnivores et que les bergers sont obligés de défendre les troupeaux de moutons contre leurs attaques? Il y a une certaine imprudence à vouloir coudre d'un lien aussi serré les deux termes du problème, l'organisme et le milieu, ou, ce qui revient au même, l'organisme et le genre de vie, l'organisme et l'instinct. Assurément la fixité des organismes et la fixité des instincts ont une remarquable analogie, et rapprocher les deux faits, c'est déjà les éclairer. Mais le transformisme pourra utiliser ce rapprochement aussi bien et mieux peut-être que son adversaire. Lorsque celui-ci nous dit que l'espèce est immuable tant que ses conditions d'existence ne changent pas, il se heurte à des faits ou à des vraisemblances, dont les transformistes ont réuni une collection aujourd'hui assez respectable; et lorsqu'il ajoute que d'ailleurs les conditions d'existence d'une espèce ne changent jamais, ou que, si elles changent, l'animal meurt, on peut lui citer une autre série de faits encore plus considérable peut-être, une série de faits nullement hypothétiques; ce sont tous ceux où se montre l'intelligence des animaux; l'animal modifie son instinct selon le milieu où il vit; les nids d'une même espèce d'oiseaux diffèrent selon les matériaux qui sont à la portée de l'architecte; les mœurs des oiseaux en général changent selon qu'ils n'ont pas ou qu'ils ont à craindre l'homme et ses armes; l'absence de l'homme dans un pays peuplé d'oiseaux, la présence de l'homme armé d'un bâton, la présence de l'homme armé d'un fusil, ce sont là trois conditions d'existence différentes, auxquelles s'adaptent successivement les mœurs de l'oiseau (voy. les faits rapportés par notre auteur, p. 66-67); si le chien a été, comme on n'en peut douter, une espèce sauvage avant de devenir l'ami de l'homme et son commensal, ne s'est-il pas trouvé adapté successivement à deux conditions d'existence différentes? Tantôt le milieu change, et l'animal s'y fait; tantôt, — c'est le cas du chien, — l'animal change lui-même son milieu. Chose étrange! M. Blanchard est un partisan décidé de l'intelligence des animaux (p. 61 et suiv., p. 189 et suiv., p. 199-200), ce qui fait honneur à sa sagacité de naturaliste; comment n'a-t-il pas vu que l'intelligence animale est en contradiction avec sa théorie du milieu nécessaire et immuable? En définitive, la position qu'il veut tenir contre les transformistes serait plus forte s'il avait soutenu que les

organes sont immuables, mais le milieu variable et les mœurs mobiles au moins dans de certaines limites.

Dans son étude sur l'*Origine des êtres*, M. Blanchard s'est borné à établir, à poser comme vérité de fait cette fixité des organismes, des mœurs et du milieu; il ne la rattache à aucun principe supérieur; il ne cherche pas à l'expliquer. Dans l'essai moins étendu qui figure en tête du volume et qui est intitulé: *Les conditions de la vie chez les êtres animés*, il a été plus hardi; là, un mot qu'il n'emploie jamais dans le travail sur l'*Origine des êtres* revient souvent sous sa plume; c'est le mot *pour* (p. 15, 20, etc.); ce petit mot à lui seul signifie toute une métaphysique, la métaphysique si contestée des causes finales: à chaque espèce son milieu, à chaque milieu son espèce; car chaque espèce est faite pour son milieu et chaque milieu pour l'espèce qu'il fait vivre; rien n'est inutile dans la nature; tout est utilisé, le rocher par le lichen, la terre par l'herbe, l'herbe par l'herbivore, l'herbivore par le carnivore, les glaces du pôle Nord par l'ours blanc, le sable brûlant du désert par le palmier et le chameau, etc. Telle est la théorie; nous la forçons un peu pour la mieux exprimer, mais nous l'exprimons sans trahison. On y reconnaît l'antique théorie des causes finales, discrètement appliquée par l'auteur à l'objet de ses études, mais, en dépit de cette discrétion, toujours contraire au véritable esprit de la science positive. Il n'est pas besoin d'un appareil dialectique et de considérations transcendantes pour en montrer la faiblesse et le danger; il suffit de l'appliquer jusqu'au bout: rien n'est inutile dans la nature; tout milieu remplit une fonction; les plantes, les fruits, les animaux servent de nourriture à l'homme, et l'homme lui-même est utile au ténia solium, au ténia inerme, à la filaire de Médine et aux innombrables bacilles auxquels son corps fournit un milieu approprié. Que le savant naturaliste ne se révolte pas: on ne fait pas sa part à la finalité; dès qu'on l'introduit dans l'histoire naturelle, il faut qu'elle l'envahisse tout entière; il n'est pas permis de s'arrêter avant l'apothéose de nos ténias et de nos bacilles. Et alors la théorie s'écroule; car si, avant ce terme fatal, elle était un agréable roman, — tout comme la généalogie des espèces dans les ouvrages des transformistes, — elle devient désormais un déplaisant paradoxe. Mais qui sait? M. Blanchard ne tient peut-être pas au mot *pour* et à tout ce qu'il implique; la finalité n'a peut-être été pour lui que ce qu'elle est pour d'autres écrivains et savants, une sorte de métaphore, un procédé commode pour mettre en lumière les harmonies de la nature; elle permet en effet d'énoncer avec une clarté décevante et peu rigoureuse le lien étroit qui enchaîne les différentes espèces à des conditions d'existence déterminées.

Insister davantage sur les critiques qui précèdent serait souverainement injuste; elles ont surtout pour but de montrer que le livre de M. Blanchard est de ceux qui font réfléchir et penser et qu'il doit attirer l'attention de tous les naturalistes qu'une foi aveugle n'attache pas aux solutions toutes faites. Si la philosophie de l'auteur est discutable, comme toute philosophie, sa science est celle d'un maître, et son exposition lucide et concise est singulièrement attachante. On ne peut oublier, quand on a lu son livre, ni le mimétisme, dont il a fait un exposé charmant et limpide (p. 167 et suiv.), ni la faune des cavernes et tous ces animaux aveugles, adaptés à la vie sans lumière, qu'il a décrits d'une façon si pittoresque (p. 27 et suiv.), ni ses réflexions ingénieuses sur l'intelligence et l'instinct des animaux (p. 61 et suiv., p. 188 et suiv.), ni sa critique humoristique des races de pigeons plus ou moins infirmes, créées par Darwin (p. 111 et suiv.). Il s'adresse aux gens du monde, qu'il instruira en captivant leur curiosité; il ne s'adresse pas moins aux savants, adversaires ou partisans du transformisme, qu'il excitera à de nouvelle réflexions sur la signification cachée des faits qu'ils interprètent de manières si différentes.

V. E.

Bibliographie des Modernen Hypnotismus, par von Max Dessoir. — Berlin, Carl Dunkéus Verlag, 1888.

Max Dessoir fait remarquer combien il est difficile à une science de « *conquérir la gloire* » et de s'imposer. L'auteur rappelle les noms de Mesmer, Czermack, Preyer, qui n'ont pu indiquer à l'hypnotisme la voie qu'il devait suivre pour devenir une vérité admise par tous. Il dit que Charcot, Richet, Liébault sont des *révolutionnaires* dans le sens noble du mot, puisqu'ils ont eu le courage de s'attacher à une science réputée *suspecte* et de dire ce qu'elle contenait de vérités. Les auteurs français ont été récompensés de leurs efforts, ils ont obtenu des résultats qui ont manqué aux observateurs moins convaincus d'Allemagne et d'Angleterre.

Max Dessoir a l'intention de publier le résultat des recherches personnelles qu'il a entreprises sur ce sujet, il donne même un plan d'études qu'il a l'intention d'appliquer. L'auteur allemand, qui du reste paraît absolument convaincu, croit à la télépathie, à la suggestion mentale, il plaint ceux qui ne croient pas et chassent des cadres de la science officielle tout ce qu'ils ne comprennent pas. Il prête même, quant à ce qui est de la suggestion mentale, à M. Charcot et à l'école de la Salpêtrière des connaissances beaucoup plus étendues que celles qui ont été énoncées...

Quoi qu'il en soit, M. Dessoir nous fournit un exposé bibliographique autrement riche et complet. On souhaiterait d'avoir pour tous les sujets de la médecine et de la physiologie un modèle établi aussi soigneusement.

Paul Berbez.

Recherches expérimentales sur l'hyperthermie et les causes de la mort dans celle-ci, par M. le docteur H. Vincent. — Paris, O. Doin, 1887. Thèse de Bordeaux, 1887.

M. Vincent, à l'instigation de M. Jolyet, professeur à la Faculté de Bordeaux, vient de reprendre une question qui a passionné les physiologistes il y a quelques années, et qui depuis quelque temps semblait un peu tombée dans l'oubli: nous voulons parler du *mécanisme de la mort par l'hyperthermie*.

Les cliniciens qui ont demandé à la méthode de réfrigération par les bains froids le moyen de combattre les conséquences si funestes de l'hyperthermie, liront avec intérêt cette thèse basée sur un grand nombre d'expériences, et qui cherche à mettre au point une question encore très controversée.

Claude Bernard a attribué la mort par hyperthermie à la coagulation des fibres musculaires du cœur. Chaussat pense que la mort est due à la grande déperdition d'eau par la sudation, ainsi qu'à l'exhalation pulmonaire exagérée. Obernier accuse l'urémie. Eulenberg et Vohl pensent que la mort est due à la dilatation plus ou moins rapide des gaz du sang. Que conclure de tout cela?

M. Vincent étudie les symptômes observés chez les animaux. En expérience, il étudie avec soin les troubles circulatoires, respiratoires, nerveux, sécrétoires, etc. Il fait soigneusement ses autopsies et arrive aux conclusions suivantes :

Les troubles provoqués par l'hyperthermie sont surtout

des *troubles bulbaires*. La mort qui arrive dans le cours est due à l'arrêt de la respiration qui succède à un épuisement graduel.

Ces troubles paraissent dus à une auto-intoxication, causée elle-même par la combustion imparfaite des matériaux de désassimilation.

Le sang, les viscères, la pulpe cérébrale et le bulbe des animaux morts à une haute température renferment les principes les plus toxiques.

Telle est, rapidement faite, l'analyse de cet excellent travail dans lequel on trouve une idée nouvelle bien défendue; les physiologistes critiqueront peut-être les résultats obtenus, un grand nombre de cliniciens discuteront les conclusions de M. Vincent, pensant avec Noël Gueneau de Mussy que l'hyperthermie est la mesure et non la cause des accidents qui lui sont imputés.

Paul BEBBEZ.

SUR LA PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS NERVEUX CONSÉCUTIFS AUX EXPLOSIONS DU GRISOU, par M. le docteur Paul GAUDIN. — Thèse de Paris, 1887. Paris, E. Lecrosnie et Babé.

On peut établir nettement que le mineur, lors d'une explosion de grisou, subit une compression et une décompression brusque qui fait varier la pression qu'il supporte d'au moins six ou sept atmosphères. En se basant sur les allures et le moment d'apparition, les accidents nerveux consécutifs paraissent pouvoir être rapportés à des embolies gazeuses ralentissant le cours du sang et amenant un ralentissement aigu de la nutrition des éléments anatomiques; lorsque ce ralentissement intéresse le bulbe, il devient cliniquement apparent par les symptômes d'asphyxie. Mais il est encore d'autres facteurs qui rendent assez difficile la limitation exacte des effets de la seule décompression. Tous les symptômes dus à cette brusque décompression s'expliquent par un trouble mécanique résultant d'une insuffisance fonctionnelle cardiaque, qui occasionne la stase sanguine. C'est un processus analogue à l'insuffisance fonctionnelle globulaire du liquide sanguin dans l'asphyxie par l'oxyde de carbone. On relève cependant entre les deux ordres de faits quelques différences dans le moment d'apparition des symptômes, leur localisation, leur intensité et leur pronostic.

DE L'ANGINE DE POITRINE HYSTÉRIQUE, par M. le docteur J.-R. LE CLERC. — Thèse de Paris, 1887. O. Doin.

L'angine de poitrine, manifestation de l'hystérie, est un simple trouble fonctionnel *sine materia*, dont le pronostic est absolument différent de celui de l'angine de poitrine par lésions de l'aorte ou des coronaires. Ici le pronostic est très favorable soit au point de vue de la disparition définitive des accès ou de la rareté exceptionnelle, sinon absolue, de la mort subite. Elle est plus fréquente chez la femme, mais se montre parfois chez l'homme ; en général elle se manifeste pendant la première moitié de l'existence; parfois elle fait partie des manifestations hystériques de la ménopause. Ses accès sont plus fréquents, plus intenses, et plus longs que ceux de l'angine de poitrine organique ; ils s'accompagnent de prodromes sensitifs ou vaso-moteurs, analogues à l'aura, ont un début souvent périphérique; les irradiations douloureuses sont multiples, imprévues. Ces accès ont volontiers une apparition périodique, plutôt nocturne que diurne et sont provoqués tantôt par des émotions psychiques, des rêves, tantôt par aucune cause appréciable, presque jamais par des efforts. Leur terminaison est signalée par des phénomènes portant le cachet de l'hystérie. Les crises sont souvent remplacées, après leur disparition, par des manifestations spasmodiques; d'autre part cette variété d'angor peut être le premier signe d'un état névropathique naissant. Le traitement antinévralgique et le traitement moral seront seuls justifiés et efficaces.

VARIÉTÉS

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Widal, médecin inspecteur, directeur du service de santé du 19e corps, correspondant de l'Académie de médecine, est promu au grade de commandeur.

Sont nommés chevaliers : MM. le docteur Bourienne, directeur de l'Ecole de médecine de Caen; le docteur Fauvel, chirurgien en chef de l'hôpital du Havre; le docteur Guindey, médecin en chef de l'hospice d'Evreux.

BOURSES DE DOCTORAT. — Par arrêté en date du 17 septembre, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le jeudi 25 octobre 1888.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le lundi 15 octobre, à quatre heures.

Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878;

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux exercices pratiques;

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire;

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire;

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Cadiat, professeur agrégé de la Faculté de médecine, ancien élève et collaborateur de Robin, auteur de travaux d'anatomie générale et d'histologie très estimés. M. Cadiat vient de succomber, à l'âge de quarante-quatre ans, aux suites d'une longue et cruelle maladie qui depuis plusieurs années l'avait contraint à renoncer à l'enseignement.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Blanchet, médecin consultant à Vichy, et de M. le docteur Peut, qui vient de mourir des suites d'une diphthérie contractée en soignant avec dévouement un enfant atteint de cette maladie.

MORTALITÉ A PARIS (36e semaine, du 2 au 8 septembre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 2. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 22. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 166. — Autres tuberculoses, 18. — Tumeurs : cancéreuses, 53 ; autres, 4. — Méningite, 29. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 36. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 47. — Bronchite aiguë, 10. — Bronchique chronique, 20. — Broncho-pneumonie, 9. — Pneumonie, 17. — Gastro-entérite: sein, 37; biberon, 93. — Autres diarrhées, 7. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 26. — Suicides, 19. — Autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 149. — Causes inconnues, 15. — Total: 872.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

16222. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 26 septembre 1888.

Académie de médecine : **Urologie clinique de la variole.**

Continuant ses intéressantes études d'urologie clinique, M. A. Robin nous a fait connaître le résultat des recherches qu'il a entreprises dans le cours de la variole, en dosant avec précision les éléments normaux ou anormaux que contient l'urine. On trouvera plus loin le résumé de cette communication et les chiffres qui démontrent l'intensité de la désassimilation pendant la période de la maladie. Le dosage de l'urée, le seul auquel, dans la plupart des cas, on attache une réelle importance, montre que dès le début de la fièvre éruptive et jusqu'à la convalescence il y a une augmentation notable dans l'excrétion de ce produit. Il est vrai que cette azoturie s'observe dans la plupart des maladies aiguës, et surtout au début des fièvres éruptives. Nous ne pensons donc pas, comme M. Robin, que sa constatation puisse être d'une réelle importance au point de vue du diagnostic. Par contre, il nous a toujours semblé que la durée et l'intensité de cette azoturie ont une grande valeur au point de vue du pronostic.

En 1869, alors qu'une épidémie de variole grave sévissait à Strasbourg, nous avions, sur les conseils de notre maître Hirtz, entrepris de traiter la fièvre variolique dans le but de conjurer certains accidents qui paraissaient surtout sous la dépendance de l'intensité du mouvement fébrile. A divers malades nous avions donc, comme on le faisait couramment chez les pneumoniques, administré, dès le début de la fièvre, des doses assez considérables d'infusion de feuilles de digitale. Sous l'influence de cette médication, la fièvre tombait; comme la pneumonie traitée par la même méthode, la variole évoluait sans que le thermomètre s'élevât au-dessus de 37 ou 38 degrés. Par contre, dans l'urine, notablement augmentée de quantité sous l'influence de l'infusion de digitale, la proportion d'urée s'élevait très rapidement. Dans les nombreux dosages qu'il avait bien voulu faire, Hepp indiquait 38 et même 40 grammes d'urée pour les vingt-quatre heures, alors que la proportion ordinaire chez nos malades était de 28 à 33 grammes. En même temps que cette azoturie se déclarait et persistait, l'éruption, tout en restant confluente, pâlissait rapidement et les malades ne tardaient pas à succomber dans le collapsus. La jugulation préventive de la fièvre variolique et le traitement de celle-ci par la digitale nous ont donc paru désastreux et, des analyses d'urines faites à cette époque, on pouvait conclure que l'azoturie et l'augmentation très considérable des matières extractives de l'urine n'étaient pas dans la dépendance de la fièvre, ou, pour mieux dire, de l'élévation de la température périphérique.

FEUILLETON

Le corps de santé de la marine.

En réponse au feuilleton que nous avons publié dans le numéro du 17 août dernier, M. le docteur Gendron, ancien médecin de la marine, adresse à la *Gazette hebdomadaire* une lettre destinée à combattre les arguments que nous avons défendus après M. Georges Roche. La longueur de cet article et la discussion qu'il ne manquerait pas de soulever nous empêchent de le publier *in extenso*. Toutefois, pour donner satisfaction à notre contradicteur et pour bien faire voir que la *Gazette hebdomadaire* ne se refuse point à accueillir, alors même qu'elle n'en accepte point les conclusions, les travaux qui résument les opinions d'un grand nombre de nos confrères de la marine, nous avons cru devoir citer textuellement les passages les plus importants de l'article de M. le docteur Gendron sauf à y répondre tout de suite. Le public sera ainsi mieux en état de juger en dernier ressort.

« Depuis l'origine des Ecoles (1722), dit M. Gendron, le corps de santé n'a pas cessé de se recruter d'une façon régulière, dit l'auteur de l'article du 17 août après M. Georges Roche. Cette affirmation est au moins hasardée. Il est certain, en effet, et je ne crains pas d'être démenti, que le recrutement a toujours été manifestement insuffisant et qu'aux plus beaux jours des Ecoles, de très nombreux médecins auxiliaires, non docteurs, masquaient la pénurie réelle de ce recrutemement. On répond que les auxiliaires étaient pour la plupart pris dans les Écoles; mais on oublie d'ajouter qu'ils étaient des fruits secs des concours. Les autres étaient de simples étudiants de deuxième année des Facultés qui obtenaient après un examen dérisoire, le titre de médecin auxiliaire. »

Faisons remarquer tout d'abord que si, comme le dit

Une autre série de recherches non moins dignes d'attention a consisté à préciser les conditions dans lesquelles se produit l'albuminurie variolique. M. A. Robin, rappelant qu'elle est beaucoup moins fréquente et beaucoup moins durable que l'albuminurie scarlatineuse, établit quatre variétés d'albuminurie variolique.

La première, ou *prévariolique*, n'est grave que lorsqu'elle est abondante. Elle paraît des plus rares.

L'albuminurie *transitoire*, qui apparaît au début de l'éruption et au moment de la suppuration, c'est-à-dire qui semble liée aux troubles de la sécrétion cutanée dus à l'évolution de la variole, est plus fréquente mais sans valeur pronostique. L'albuminurie *abondante*, qui survient à une époque quelconque de la période aiguë, est en relation avec les formes malignes de la variole. Elle est aussi rare que sérieuse au point de vue du pronostic. Elle caractérise l'infection générale de l'organisme et s'observe surtout dans les pyohémies dues à une suppuration abondante.

L'albuminurie de la convalescence est celle sur laquelle M. A. Robin a le plus insisté. Il est plus que probable qu'elle est due à l'élimination par les reins des parasites de la variole ou de leurs produits de sécrétion et, par conséquent, à une néphrite infectieuse analogue à celles que M. Bouchard a si bien définies. Les lésions anatomo-pathologiques de cette néphrite ont été précisées par M. Renaut et l'étude qu'il en a faite concorde avec la classification clinique proposée par M. Robin. Les formes graves coexistent avec des lésions de néphrite interstitielle et fixe, tandis que les formes transitoires et bénignes sont dues à un œdème congestif du rein. Mais, quelle que soit son origine, cette albuminurie doit être recherchée, surveillée et surtout activement combattue. Au point de vue du pronostic on sait en effet quelle est la gravité de l'albuminurie liée à une néphrite interstitielle. Or celle-ci s'établit fatalement lorsqu'on n'arrive pas à arrêter les néoformations de tissu connectif qui se développent lorsque l'œdème aigu du rein a duré quelque temps. N'est-ce point pour ce motif que le régime lacté, les diurétiques doux, les iodures et les révulsifs appliqués à la région lombaire réussissent fréquemment dans la convalescence de la variole? On comprend d'autant mieux la nécessité d'une intervention active que les recherches de M. A. Robin démontrent plus nettement l'évolution de la maladie et par conséquent sa curabilité lorsqu'elle est combattue dès ses débuts et sa gravité extrême lorsque les lésions sont devenues définitives.

— Nous annonçons plus loin les mutations survenues dans le corps de santé de l'armée. Il nous sera bien permis de signaler tout spécialement la promotion de M. L. Colin au grade de médecin inspecteur général et de nous féliciter de voir à la tête de la médecine militaire l'un des plus éminents parmi les anciens professeurs du Val-de-Grâce, l'un des plus dignes d'estime et de respect pami les médecins de l'armée.

THÉRAPEUTIQUE

Les propriétés et la valeur thérapeutique des phénacétines.

Après l'acétanilide, l'antipyrine et quelques médicaments déjà mis en oubli, voici la phénacétine. C'est, dit-on, le remède de demain, et l'antipyrine, qui, naguère « faisait de si grandes merveilles », ne serait déjà plus que celui d'hier. Pourquoi s'en étonner? La matière médicale a de ces vicissitudes.

Les unes et les autres de ces substances possèdent entre elles des affinités chimiques et des liens physiologiques intimes : ne faut-il pas s'y attendre, puisque, avec des degrés divers de parenté, elles appartiennent toutes au groupe des dérivés du phénol? Toutes encore possèdent, en quelque sorte, par droit de naissance, des vertus de famille, et sont antihyperthermiques et dolorifuges. Toutes enfin — autre ressemblance, pour ainsi dire, congénitale — peuvent par leur emploi intempestif donner lieu à des accidents ou causer des inconvénients qui, — M. Leech (de Manchester) le rappelait l'autre jour, à Glascow, aux congressistes de l'Association médicale britannique, — sont d'autant moins négligeables qu'ils appartiennent en commun aux composés du « déhydroxyle ».

Quels sont donc, à l'heure actuelle, les services que le praticien peut espérer de l'emploi des phénacétines et les inconvénients qu'il doit en redouter?

I

C'est de l'année dernière que date l'introduction dans la thérapeutique, de la phénacétine ou plus exactement des phénacétines; car les chimistes en distinguent trois : l'ortho, la méta et la paraphénacétine. En février 1887, Kast et Hinsberg proposaient l'usage médicinal de cette der-

M. le docteur Gendron, la plupart des auxiliaires étaient des jeunes gens qui n'avaient pas eu le bonheur d'obtenir au concours le grade de médecin de troisième classe, il ressort de ce fait qu'il y avait plus de candidats appelés que d'élus et que, par conséquent, le recrutement n'était pas en souffrance, mais, bien au contraire, pouvait s'opérer au moyen d'une sélection. Il est du reste inutile d'argumenter sur des faits. Les cadres du corps de santé ont toujours été pleins. Ils le savent bien, les nombreux étudiants qui n'ont pas obtenu leur premier galon au premier concours! Seulement ces cadres fixés par un décret étaient trop petits pour suffire aux besoins toujours croissants du service et le ministre était obligé pour remédier à l'insuffisance de ces cadres de faire appel à des jeunes gens dits auxiliaires qui pouvaient être licenciés, si leurs services devenaient inutiles ou s'ils en faisaient la demande. C'est ainsi qu'ont passé dans le corps de santé, provenant des Facultés, des jeunes gens du reste assez peu nombreux, dont M. de Lanessan, pour ne citer que celui qui est le plus en vue de nos jours.

« On prétend, continue M. Gendron, que le décret de 1886 a voulu dire que l'élément civil suffirait à alimenter le corps de santé. C'est inexact. Les Ecoles n'ont-elles pas été conservées avec leurs anciens professeurs? N'ont-elles pas continué à fonctionner? Qui donc demande leur suppression? En tout cas et pour ce qui me concerne, je suis le premier à souhaiter leur maintien, car d'une part je me plais à rendre hommage aux professeurs éminents dont j'ai recueilli l'enseignement et, d'autre part, ces Ecoles répondent mieux que par le passé à tous les besoins du service de santé et assurent le recrutement d'une façon beaucoup plus sérieuse sans avoir recours aux auxiliaires. »

Nous renvoyons simplement M. Gendron à la lecture du décret de 1886. Il y verra (article premier du règlement du 24 juin de la même année) que les Ecoles ne sont conservées qu'à titre provisoire et « qu'elles ne continueront

nière. Peu de temps après, Kolber, à Vienne, et Hugo Hoppe, à Berlin, étudiaient leur action contre les affections fébriles; l'un sur les malades de la clinique de Bamberger, l'autre dans sa thèse inaugurale.

Pendant cette même année, la phénacétine était mise à l'essai par M. Lépine, et notre savant confrère lyonnais qui, naguère, eut l'heureuse fortune d'éprouver le premier les vertus nervines de l'antipyrine, constatait que ces mêmes vertus appartiennent au nouveau médicament. Voilà un titre de priorité, un peu trop oublié dans certaines communications récentes sur l'emploi de la phénacétine, et que dans l'intérêt de la vérité il n'est pas inutile de rappeler.

Mais abrégeons. Dans ce court historique je note, en France, les observations de M. Dujardin-Beaumetz à l'Académie et à la Société de thérapeutique, la thèse inaugurale de son élève Gaiffe, un article publié dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* du 8 mars 1888; à l'étranger, les travaux de deux médecins éminents de Salonique, MM. Miraschi et Rifat; en Russie, dans le *Wratch* de mai dernier, le mémoire de M. Gueorgiewski, résumant ses propres recherches et celles de son maître Leeche, puis... c'est tout.

Est-ce assez pour ratifier auprès des praticiens les conclusions chaleureuses des thérapeutistes qui plaident la cause des phénacétines? Et d'abord, quelles sont, parmi leurs propriétés chimiques et physiques, celles dont le thérapeutiste doit tenir compte? Je passe sur leur composition atomique fort compliquée. Leur préparation ne l'est pas moins: elle consiste dans quatre opérations successives, à savoir: la nitration du phénol par l'acide azotique; l'éthylation du para-nitro-phénol ainsi obtenu; la réduction du nitrophénol éthylé en paraphénéthydine et enfin l'acétylation de cette substance donnant la paracetphénéthydine.

L'ortho-acetphénéthydine est obtenue par le même procédé en partant de l'ortho-nitrophénol. Quant à la méta-acétophénéthydine, elle s'obtient plus difficilement encore, et, d'après la thèse de M. Gaiffe, elle possède des propriétés inférieures à celles des autres acetphénéthydines. C'est donc seulement l'ortho-acetphénéthydine et la paracetphénéthydine, qui, sous le nom de phénacétines, sont, à l'heure actuelle, utilisables en thérapeutique.

La paracetphénéthydine est une poudre cristalline; l'ortho-acetphénéthydine a l'aspect de paillettes blanches. La première résiste à l'action de l'eau froide ou chaude et aux autres menstrues habituellement employées en pharmacie, à l'exception toutefois de l'acide acétique, qui la dissout volontiers, et de l'alcool ou de l'éther, qui la dissolvent l'un dans le rapport en poids de 1 à 30, et l'autre dans celui de 1 à 20. Par contre, propriété plus intéressante pour le physiologiste et le thérapeutiste, l'acide lactique la dissout dans la proportion de 1 à 5, ce qui, de l'avis de MM. Miraschi et Rifat, et, après eux, de M. Gaiffe, donne raison de l'absorption rapide du médicament par la muqueuse stomacale. La solubilité de l'ortho-acetphénéthydine dans l'eau et l'alcool est plus grande. Nonobstant ces différences, il faut bien convenir que les deux phénacétines médicinales sont des corps modérément solubles, et que, tout en les rapprochant du salol et de l'acétanilide, cette propriété physique les place après l'antipyrine.

Par contre, voici une vertu toute à leur avantage. Les phénacétines médicinales n'affectent ni le goût, ni l'odorat, et conséquemment on peut administrer sans répugnance pour les malades, la paracetphénéthydine sous la forme de poudre, en cachets ou en saccharolé, et l'ortho-acetphénéthydine en solution alcoolique. C'est là une posologie dont la simplicité équivaut à celle de l'antipyrine. Par contre, cette insolubilité a pour conséquence un autre désavantage au détriment des phénacétines: celui de rendre leur administration impossible par la voie des injections sous-cutanées ou par la voie rectale.

Ainsi donc, *au point de vue purement chimique et pharmacologique*, les phénacétines ne possèdent aucune supériorité sur l'antipyrine et l'acétanilide. Leur posologie est de simplicité sans doute, mais cette qualité ne saurait passer pour un monopole, puisqu'elle appartient également aux médicaments avec lesquels on les met en concurrence pharmaceutique et en rivalité physiologique.

II

Possèdent-elles donc une supériorité physiologique suffisante pour déterminer le choix du thérapeutiste en leur faveur?

On a bien, par des tentatives expérimentales, essayé de déterminer leur action sur les animaux; mais leur insolubilité a été, circonstance atténuante invoquée par ceux qui les recommandent, un obstacle à l'expérimentation. Impossible, ont-ils écrit, d'administrer les phénacétines par la voie hypodermique, en raison de leur insolubilité dans un véhicule neutre; la voie intra-veineuse est égale-

---

que tant que les besoins du service l'exigeront ». Il résulte de ce même décret que, dans ces Ecoles qui, suivant M. Gendron, répondent mieux que par le passé à tous les besoins, les professeurs ne sont nommés que pour une période de cinq ans pendant laquelle ne pourront plus se former ces éminents professeurs auxquels il rend hommage. On remarquera aussi, chose incroyable, que le même professeur est chargé pendant la même année du cours de clinique chirurgicale, du cours de physiologie et du cours de médecine opératoire!... le tout à l'avenant. En outre ces professeurs font partie du conseil de santé et de toutes les commissions de réforme et autres qui s'assemblent à chaque instant dans les ports. Des Ecoles ainsi constituées ne sont-elles pas dans la complète impossibilité de donner à leurs élèves l'instruction suffisante? Il reste, il est vrai, quelques-uns des anciens professeurs; mais comment admettre qu'un homme même éminent soit capable d'enseigner tant de matières différentes à la fois! De plus beaucoup de jeunes professeurs ont remplacé les anciens, disparus par retraite ou par avancement, et pour remplir certaines vacances ainsi produites, on n'a même pas trouvé de candidats pour concourir aux chaires de physique, de chimie et d'hygiène! tant on sait bien dans le corps de santé qu'aujourd'hui le titre de professeur ne donne que des charges et pas de récompenses. Ceci répond à cette phrase de M. Gendron qui dit que du décret du 24 juin 1886, « il ne résulte pas que le niveau de l'enseignement ait baissé. Cette dernière allégation serait vraiment blessante pour le corps enseignant puisque le nombre des chaires est resté le même, que tous les professeurs sont demeurés en fonctions et que leur zèle n'a pas diminué, ne pouvait pas diminuer, leur conscience s'y opposait. »

Le nombre des chaires a été diminué de plus du tiers et le niveau de l'enseignement a tellement baissé que le ministère de l'Instruction publique s'en est ému et a supprimé à partir de novembre 1889 l'équivalence dont les

ment fermée : reste leur ingestion dans l'estomac : c'est celle dont MM. Miraschi et Rifat ont fait usage sur la poule et M. Gaiffe sur le cobaye et le lapin.

Les premiers administraient 2 grammes de phénacétine par kilogramme de l'animal et n'observaient pas de phénomènes toxiques : la respiration de ces gallinacés conservait son rythme, le pouls sa régularité et sa fréquence : seule la température s'abaissait de 1°,5 à 2 degrés, et cet abaissement persistait pendant huit et neuf heures. M. Gaiffe n'a provoqué aucun phénomène physiologique par l'introduction d'une solution d'orthophénacétine sous la peau du lapin; même insuccès chez le cobaye. Par contre, l'ingestion stomacale d'une émulsion gommeuse de phénacétine provoquait l'abaissement de la température du premier de ces animaux durant vingt heures. La dose, il est vrai, était relativement considérable, puisqu'elle s'élevait à environ 16 décigrammes de phénacétine par kilogramme du poids de l'animal.

Malgré leur petit nombre, ces derniers essais font soupçonner la toxicité, faible il est vrai, de ces substances : c'est déjà un résultat, mais ce résultat avait été, ajoutons-le, antérieurement obtenu par MM. Kobler, Lépine et Gueorgiewski, qui, eux du moins, — expérimentation plus probante, — observaient sur l'homme malade. Ils constataient aussi l'abaissement de la température des fébricitants; mais l'un d'eux, le second, dont la sincérité scientifique est si justement appréciée, constatait que l'emploi de la phénacétine, inoffensif à la faible dose de 3 ou 4 grammes, peut l'être moins à la dose plus élevée de 5 grammes par jour et produire de la céphalalgie et même un peu de cyanose.

Et puis, voici dans les observations de M. Gaiffe deux cas où l'action antithermique de l'ortho-acetphénéthydine n'a pas été exempte d'inconvénients.

Dans l'un (obs. I, tuberculose aiguë), il y eut des sueurs abondantes et de l'abattement; dans l'autre (obs. II, diabète), une brusque diminution des urines et des accidents gastriques. En outre, deux autres malades accusaient des nausées, de la gastralgie et de la diarrhée : c'est pourquoi, malgré tout son dévouement aux phénacétines, cet observateur possède des doutes sur leur innocuité absolue. Ces aveux sont de franchise, et de plus, ce semble, ils donnent raison des scrupules éprouvés par le praticien impartial auquel on promet merveilles par l'emploi de ce nouveau remède.

Quelle voie les phénacétines emploient-elles pour leur élimination hors de l'organisme? La voie rénale, d'après M. Gueorgiewski et les autres expérimentateurs. Le perchlorure de fer décèlerait la présence de ces corps dans l'urine par une coloration rougeâtre de ce liquide, en outre on pourrait pratiquer le dosage de ces phénacétines ainsi éliminées au moyen du nitrite de soude et du bisulfonaphtol.

Mais ce n'est pas tout; ces phénacétines modifieraient quantitativement la sécrétion urinaire, et en diminueraient l'abondance. A l'instar du traitement de la polyurie par l'antipyrine proposé par M. H. Huchard, il y aurait un traitement de la polyurie par les phénacétines. Soit; seulement il faut avouer que l'on ignore le mécanisme de ce phénomène constaté par deux fois seulement sur des malades et non par l'expérimentation sur les animaux.

Au demeurant, l'indigence actuelle des connaissances physiologiques sur les phénacétines est grande. Ces substances abaissent la température des animaux, à doses thérapeutiques; et ne modifient ni le pouls, ni la respiration. On ignore leur action sur le cœur, sur la circulation et sur les sécrétions, sauf la sécrétion sudorale. Au témoignage de la clinique, elles possèdent des propriétés nervines et dolorifuges; mais on ne peut dire ni où, ni comment elles s'exercent. Bref, ce que l'on connaît le mieux c'est leur faible toxicité. En vérité, si ce médicament doit prendre place dans la matière médicale, il serait urgent et désirable de le soumettre à une expérimentation de laboratoire moins incomplète et moins superficielle. Après cela, mais à cette époque seulement, il y aurait lieu d'en proclamer les mérites, plutôt que de se hâter de conclure, comme on l'a fait, en exposant témérairement les thérapeutistes trop confiants à des insuccès et les malades à des inconvénients, sinon à des dangers.

III

Les *indications de l'emploi des phénacétines* sont actuellement au nombre de trois : on les a prescrites d'abord comme *antihyperthermiques*. Cette initiative appartient à MM. Kolber, Gueorgiewski et autres. S'inspirant de sa parenté avec l'antipyrine, M. Lépine l'a essayée comme *agent nervin*: enfin, troisième indication, s'inspirant des effets de l'antipyrine contre le diabète et la polyurie, effets parfois réels, comme j'ai pu l'établir par une note insérée dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* de l'année courante, M. Miraschi (de Salo-

---

Ecoles de médecine navale jouissaient depuis leur fondation. Ainsi ceux des 236 étudiants qui n'auraient pas à cette date leurs 16 inscriptions ne pourront continuer leurs études. Encore pourrions-nous ajouter que (les résultats des examens et les notes obtenues sont là pour le prouver) plusieurs d'entre eux resteront certainement insuffisants.

« On prétend, dit plus loin M. Gendron, que le recrutement sera régional ou ne sera pas, et M. G. Roche, voulant démontrer que les élèves du corps de santé de la marine se recrutent uniquement dans les ports, dit que sur 1288 étudiants inscrits aux Ecoles de 1871 à 1885, 508 provenaient des départements des ports. D'où venaient les 780 autres, c'est-à-dire la majorité? des départements limitrophes, selon le rapporteur. C'est une erreur. Au surplus, en admettant même qu'il en eût été ainsi, le fait n'aurait aucune importance au point de vue de la discussion qui nous occupe; assurément le jeune homme qui voulant entrer dans la médecine navale, habite la ville ou les environs de la ville dans laquelle se trouve une Ecole, a une situation favorisée; mais nous ne sommes plus au temps des diligences; en vingt-quatre heures on franchit les plus grandes distances! Que voyons-nous d'ailleurs? A Toulon sur 81 étudiants inscrits, 15 seulement sur 26 originaires du département du Var ont leur famille en ville, les autres viennent des départements même les plus éloignés, même des colonies! Donc l'argument du recrutement régional tombe de lui-même. »

Ici encore nous différons d'opinion avec M. le docteur Gendron. Quand M. G. Roche dit que les 780 étudiants qui ne sortent pas des départements où se trouvent les Ecoles de médecine navale, proviennent des départements limitrophes, il le prouve dans un tableau soigneusement dressé, qui indique la provenance de chacun des élèves. Nous renvoyons notre contradicteur au *Rapport sur les cadres du corps de santé de la marine*, Chambre des députés, Session de 1887, N° 1736, page 40 et suivantes.

nique) d'abord, et, depuis, M. Dujardin-Beaumetz ont prescrit les phénacétines contre la polyurie.

On le voit, ces indications correspondent à celles de l'antipyrine et de l'acétanilide; à la parenté chimique de ces substances correspond leur parenté clinique. Reste à déterminer la puissance thérapeutique de ces phénacétines et leur mode d'administration.

Les phénacétines possèdent une réputation d'agents modificateurs de la température. Sont-elles antithermiques? Non, je pense, puisque, chez l'homme en état de santé, leur action est nulle, de l'avis de tous les observateurs, en l'absence d'hyperthermie. M. Gaiffe l'a constaté sur lui-même et M. Dujardin-Beaumetz l'a démontré, en donnant quotidiennement à une hystérique exempte d'état fébrile, 1 gramme de paracetphénéthydine, sans modifier la température de cette malade.

Sont-elles *antihyperthermiques?* Oui, sans nul doute: tous les essais cliniques l'établissent. L'étude de ces médicaments confirme donc encore une fois la remarque de l'un de nos compatriotes, déclarant dans une discussion sur les médicaments antipyrétiques nouveaux: « Il n'y a pas parmi eux d'agents antithermiques, mais bien des médicaments antihyperthermiques. »

Ainsi s'expliquent les succès de M. Kobler dans diverses maladies fébriles, où la température descendait de 1 degré à 2 degrés et demi dans les vingt-quatre heures, après plusieurs doses quotidiennes de 30 à 60 centigrammes, ceux de MM. Miraschi et Rifat contre les accès palustres, de M. Gueorgiewski contre la fièvre typhoïde, la fièvre des tuberculeux, le typhus pétéchial, le rhumatisme fébrile, l'érysipèle et la pneumonie et ceux de M. Lépine contre la fièvre typhoïde. Depuis, au témoignage de la thèse soutenue par M. Gaiffe, le 26 juillet 1888, et dans une note lue au dernier congrès de l'Association britannique, M. Dujardin-Beaumetz aurait obtenu récemment des résultats comparables à ceux que les premiers observateurs enregistraient, dès l'année 1887.

Pour réaliser ces succès, comment doit-on prescrire la phénacétine aux fébricitants? Par doses massives, d'après M. Gueorgiewski: une dose unique mais élevée agissant mieux, dit-il, en une seule fois que si on la divise en plusieurs doses modérées; par doses successives de 30, 40 et 60 centigrammes, que l'on répétera plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, d'après la pratique de MM. Kobler, Miraschi, Rifat et Lépine.

Avec la première méthode l'abaissement thermique est presque immédiat, et, dans la première demi-heure qui suit l'ingestion du médicament, le thermomètre descendrait d'un demi-degré, et cette chute de température augmenterait jusqu'à la quatrième heure. A ce moment la colonne thermométrique s'arrête, puis s'élève de nouveau pour atteindre le degré initial après six à dix heures. Par l'emploi de doses successives, l'effet antithermique se manifeste après une heure ou une heure et demie et persiste durant quatre heures.

De là deux conclusions; l'une générale: c'est qu'avec un même agent antihyperthermique on obtient des effets antihyperthermiques fort différents, selon l'adoption de l'un ou de l'autre mode d'administration du médicament; — l'autre plus spéciale aux phénacétines, à savoir que dans l'appréciation des succès attribués à ces médicaments dans le traitement de l'état fébrile (84,9 succès pour 100 cas; 10,7 insuccès, 4,4 pour 100 résultats douteux, Miraschi et, Dujardin-Beaumetz) les statistiques présentent seulement un intérêt documentaire, si l'on considère les chiffres sans tenir compte de la posologie adoptée dans chacun des cas observés.

Ne pensez-vous pas dès lors que, malgré l'excellence dont on les gratifie, ces vertus antihyperthermiques des phénacétines doivent, avant leur adoption dans la pratique courante, subir l'épreuve d'une expérimentation physiologique moins incomplète et d'essais cliniques plus décisifs?

L'action *nervine* a été mise à profit par MM. Lépine, Miraschi, Rifat et autres contre les douleurs tabétiques, la migraine, la céphalalgie, le lumbago, les névralgies dentaires ou sciatiques, les algies rhumatismales, les douleurs utérines, contre les troubles de la motilité dans la maladie de Parkinson, voire même contre les manifestations douloureuses de l'hystérie, essai d'ailleurs assez peu probant, sinon pour faire nombre dans une statistique, puisque ces manifestations de l'hystérie sont de celles, comme on l'a dit judicieusement, qui « guérissent malgré les médicaments et bien souvent sans les médecins ».

Ces propriétés, que l'on dit analgésiques et qui mériteraient plutôt le nom de dolorifuges, sont donc communes aux phénacétines et à l'antipyrine. Ces analogies donnent raison du soulagement qu'elles ont procuré dans quelques cas de fausse angine de poitrine mais commandent aussi la réserve au praticien: car, si la physiologie ignore l'action

---

Quant à l'origine des étudiants inscrits maintenant à l'Ecole de Toulon, elle ne nous semble pas beaucoup infirmer l'assertion de l'honorable député rapporteur: 26 de ces jeunes gens sur 81 sont du département du Var. Cela fait déjà un tiers. M. Gendron ne nous dit pas combien proviennent des départements limitrophes, ce qui pourrait faire croire qu'ils sont assez nombreux, et quant à celui ou ceux qui sont nés dans les colonies, qu'ils se destinent au corps de santé de la marine, au doctorat civil, au barreau, à une carrière militaire..., ils sont, on nous le concédera bien, toujours obligés de s'éloigner de leur ville natale, celle-ci étant incapable de leur procurer un enseignement supérieur.

Mais laissons continuer M. Gendron. « L'auteur parle du concours et en regrette la suppression. S'il est un corps cependant pour lequel le concours soit non pas inutile, mais souverainement injuste, c'est bien le corps de santé de la marine. Le concours est, en principe, le mode de sélection le plus naturel et le plus équitable; mais encore faut-il que les conditions dans lesquelles a lieu un concours, soient d'une égalité absolue pour tous les candidats. Or cette égalité existe-t-elle? évidemment non. Pourrait-on soutenir en effet que les chances soient égales entre le médecin présent au port depuis plusieurs mois, ayant eu toutes les facilités de préparation et le médecin qui revient malade souvent d'une campagne lointaine sous les climats torrides, quelques jours avant le concours? » Il ne faudrait pas cependant croire, d'après ces mots, que le corps de santé est divisé en deux parties: d'un côté ceux qui naviguent et de l'autre ceux qui ne naviguent pas. Tous les médecins de la marine, jusqu'au grade de première classe inclusivement (dernier grade qu'on doive obtenir au concours), assurent à leur tour de liste, le service à la mer ou aux colonies. L'argument tiré de l'impossibilité de concourir, due à la trop récente arrivée du candidat en France, a trop souvent servi d'excuse à la paresse et nous pourrions citer bien des médecins qui à peine débarqués ont battu

vasculaire des phénacétines, il y a lieu de soupçonner jusqu'à plus ample informé et par analogie leurs dangers pour les angineux en puissance de la maladie de Rougon-Heberden. Cette action vasculaire, si elle existe, ne conduirait-elle pas ces malades comme celle de l'antipyrine, à l'ischémie cardiaque avec le collapsus pour aboutissant? A défaut d'une expérimentation complète et décisive, rien n'autorise donc l'emploi des premières, quand tout fait redouter, encore, à cette heure, celui de la seconde.

La *dose nervine* des phénacétines doit être plus élevée que leur dose antihyperthermique. Voilà encore un danger à courir pour le malade auquel on les prescrirait inconsidérément. Cette dose est de 1, 2 et 3 grammes dans les observations de MM. Miraschi et Rifat. Celle que M. Lépine faisait ingérer, était plus forte encore : elle s'élevait à 6 grammes par jour; mais de l'aveu du savant observateur lyonnais, il pouvait survenir « de la céphalalgie et un peu de cyanose ».

A l'extérieur et en topique, MM. Miraschi et Rifat en ont aussi fait l'essai pour calmer la douleur d'un cancer ulcéré, dont ils saupoudraient la surface avec cette substance finement pulvérisée. Même succès, déclarent-ils, qu'avec l'antipyrine, qui est recommandée dans ce but, et entre autres, par un observateur français, notre collaborateur, M. le docteur Hénocque. Autre analogie, ajouterais-je, entre elles et ce dernier médicament.

J'arrive à la troisième indication thérapeutique des phénacétines. Elle a été formulée comme les deux précédentes, est-il besoin de le répéter encore, par analogie avec cette même antipyrine. MM. Miraschi et Rifat d'abord et ensuite M. Dujardin-Beaumetz ont pensé que les phénacétines pouvaient jouer un rôle *dépresseur de la sécrétion urinaire*. Ils les ont prescrites à cet effet, dans des cas de polyurie nerveuse. Le succès en a été complet, paraît-il. Quant au mécanisme physiologique de cette amélioration, il est bien obscur, puisque les auteurs ne le donnent pas, à moins qu'il n'en soit des phénacétines comme de l'antipyrine, et que les unes et les autres ne ferment le rein semblablement. C'est là question à étudier, n'est-ce pas, puisque l'on ignore encore à cette heure si les phénacétines n'altèrent pas l'épithélium rénal, même à la dose quotidienne de 60 centigrammes, à laquelle elles ont été administrées aux polyuriques. La recherche de ces altérations possibles ne serait pas indiscrète, je pense, pour l'édification du praticien dont la prudence s'accommode mal des médicaments préconisés en grande hâte et physiologiquement mal définis.

Est-ce à dire que les phénacétines sont de ceux-là? Le jugement peut paraître sévère; mais cette sévérité serait excusable.

L'histoire des remèdes de la famille des phénols n'a-t-elle pas été féconde en surprises? L'année dernière, l'antipyrine obtenait les honneurs de l'Académie; cette année, ce sont les phénacétines. Au début l'antipyrine passait pour ne produire que de rares accidents toxiques; aujourd'hui, on les avoue, on semble les redouter plus, et on propose de lui substituer les phénacétines, parce que, dit-on, leur emploi est exempt de ces mêmes dangers.

Pour ce motif et pour d'autres encore, réservons toute conclusion. En présence de cette thérapeutique toujours instable que certains de nos contemporains nous font, conformons-nous au proverbe, et, comme en toutes choses, convenons « qu'il faut attendre la fin ».

Ch. ÉLOY.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

DES VARIATIONS DE LA QUANTITÉ D'OXYHÉMOGLOBINE ET DE L'ACTIVITÉ DE LA RÉDUCTION DE CETTE SUBSTANCE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par MM. A. HÉNOCQUE et G. BAUDOUIN.

(Fin. — Voy. les numéros 37 et 38.)

VI. Des rapports entre l'activité de réduction et la température.

VI

Des rapports entre l'activité de réduction et la température. — Tout d'abord, rappelons, pour n'y plus revenir, que des variations, même considérables, dans l'activité de la réduction, peuvent être observées en dehors de toute variation dans la température. Ainsi, chez Vaudevire, que nous avons commencé à observer au point de vue hématoscopique à une période avancée de la maladie, nous trouvons, au vingt-neuvième jour, une activité de 0,35 seulement, avec une température normale. C'est seulement au cinquante-troisième jour que l'activité se rapproche de la normale, 0,70. Depuis le quarante-cinquième jour, elle avait oscillé entre 0,52 et 0,40, sans qu'il y eût la moindre élévation thermique. — Enfin, entre le vingt-neuvième jour et cette dernière date, l'activité s'était maintenue entre 0,45

---

des camarades ayant plus d'un an de séjour au port. Il est certain qu'on peut être souffrant, fatigué, que les uns ont la chance d'avoir de meilleurs embarquements et même de meilleures questions d'examen que d'autres; mais cela c'est le droit commun, c'est la vie avec tous ses hasards, et le projet de M. G. Roche arrive à rendre les conditions aussi égales pour tous qu'elles peuvent l'être. Lisons plutôt le projet de loi.

ART. 9. — Les médecins de deuxième classe sont choisis parmi les élèves des Ecoles de médecine navale qui ont obtenu leur diplôme de docteur en médecine et parmi les docteurs venant des Ecoles civiles qui se présentent pour servir dans le corps de santé de la marine.

Ici le concours est remplacé par le doctorat; les chances sont donc égales pour tous.

ART. 10. — Les médecins de première classe sont pris parmi les médecins de deuxième classe comptant trois années de grade, ayant accompli dans ce grade une période réglementaire de service à la mer et aux colonies et inscrits sur un tableau d'admissibilité.

ART. 11. — Le tableau d'admissibilité au grade de médecin de première classe est dressé à la suite d'examens qui ont lieu deux fois par an dans celui des ports de Brest, de Rochefort ou de Toulon que désigne le ministre....

Donc, tous les six mois, un jury siège et le médecin reconnu admissible n'a plus à subir de nouvelles épreuves. Qu'il soit en France ou à la mer, il est nommé à son tour. Mais, pour acquérir cette admissibilité, il est obligé de travailler, de se tenir en haleine, ce qui est indispensable dans une profession comme celle de la médecine, où chaque année se signale par de nouvelles méthodes de traitement.

Si les médecins de la marine arrivent à ne dépendre que des officiers de vaisseau, qui sont des juges incompétents, des considérations souvent étrangères au savoir et aux capacités médicales interviendraient trop fréquemment. Les concours ou les examens, c'est-à-dire l'obligation de faire

et 0,20. Et, pendant tout ce temps, la température avait peu varié : normale le matin, elle avait atteint 38 et 38°,2 le soir, pendant quelques jours seulement, à l'occasion de l'apparition d'une otite suppurée, et encore, avec cette légère élévation thermique, ne voyons-nous coïncider aucune modification d'activité. Il est vrai que, pendant toute cette période, le malade était dans un état d'adynamie profonde, de sorte que nous ne pouvons, dans ce cas, établir aucun rapport entre la température et l'abaissement de l'activité, mais bien plutôt et seulement entre l'adynamie et l'activité de la réduction.

Chez un autre de nos malades, Bertrand, nous avons noté plusieurs fois des activités oscillant entre 0,28 et 0,48, alors que la température ne dépassait nullement la normale. Mais, dans ce cas, nous relevons de petites complications auxquelles nous croyons pouvoir rattacher les dépressions de l'activité. De même, chez Galatry, par exemple, nous croyons pouvoir attribuer à la fatigue la chute de l'activité, qui tombe de 0,83 à 0,68, puis à 0,50. — Le malade, qui était en pleine convalescence, avait été très troublé pendant toute une nuit par un de ses voisins atteint d'un délire des plus violents. Il n'avait pu dormir et s'était présenté à nous très fatigué à la visite suivante. Il n'avait pas de fièvre. Cependant, et durant toute la journée, la température n'atteignit pas 37 degrés en même temps que l'activité était de 0,68. La nuit suivante fut également mauvaise et pour la même cause; le lendemain matin nous trouvons encore notre malade plus fatigué. Pas de fièvre cependant, pas d'élévation thermique dans toute la journée. L'activité est tombée à 0,50. Notre malade est alors isolé de son voisin bruyant; il passe une bonne nuit. Nous le voyons le jour suivant reposé; l'activité est remontée à 0,71.

Ces faits nous prouvent, croyons-nous, suffisamment, que l'activité de la réduction peut subir des variations absolument indépendantes des conditions thermiques. En outre, et en passant, nous appelons l'attention sur le phénomène que nous venons de signaler chez Galatry. Ici, en effet, nous ne trouvons aucune complication viscérale qui explique la diminution de l'activité; il n'y a seulement qu'une *fatigue*, un *trouble nerveux* bien accusé. Aussi sommes-nous tout disposés à y reconnaître l'influence unique de l'ébranlement subi par le système nerveux, ce puissant régulateur de la nutrition; et, ce qui nous confirme encore dans cette idée, c'est que, en nous reportant aux chiffres de notre observation, les deux facteurs de l'activité de la réduction nous apparaissent fort inégalement modifiés; d'une part en effet, l'oxyhémoglobine, après la première nuit d'insomnie, est à 13 pour 100, de 12 pour 100, chiffre de la veille, tandis que la *durée* de 70 secondes monte à 95 secondes; et, après la deuxième nuit d'insomnie, l'oxyhémoglobine tombe bien, il est vrai, mais seulement à 11 pour 100, tandis que la *durée* atteint 110 secondes, chiffre considérable. Après la nuit de repos, l'oxyhémoglobine atteint 11,5 pour 100, différence insignifiante avec la veille; mais la *durée* n'est plus que de 80 secondes.

Ces phénomènes sont en quelque sorte des exceptions, cependant ils doivent être rapprochés de ce que nous avons observé dans les deux cas suivants : Chez Galatry, au neuvième et au dixième jour, l'activité est de 0,58, en dépit de la température, qui se maintient entre 39°,4 et 39°,8; les jours suivants, elle descend à 0,46 et 0,38. Chez Plécau, du dixième au quatorzième jour, l'activité est de 0,90, 0,50, 0,82 et 0,54, avec des températures de 39,2 à 39,9. Ensuite elle s'abaisse subitement à 0,44, puis à 0,43 et 0,39. Ce sont encore là des exceptions. Peut-être serait-on tenté de croire qu'à cette période peu avancée de la maladie (2e septénaire) l'activité des échanges n'a pas eu le temps d'être suffisamment impressionnée pour subir une dépression qui la réduise à moins de moitié, et qu'elle fléchit seulement lorsque l'organisme cède lui-même après avoir subi pendant un certain temps les assauts du processus morbide? Cette interprétation n'a assurément que la valeur d'une hypothèse, d'autant mieux que chez un troisième malade, Martineau, dès le huitième jour, l'activité est abaissée à 0,28, avec 39°,6 de température; il est vrai que le lendemain elle remonte à 0,50, sans abaissement de température; mais, vingt-quatre heures après, elle retombe à 0,26, avec 39°,2 et 39°,8. Ici l'activité se montre très abaissée alors que la température est au contraire très élevée. Pendant les dix jours qui suivent, à l'élévation de la température correspond un abaissement persistant de l'activité; la première oscillant entre 39 et 40° 1/2, et la seconde entre 0,26 et 0,40. Un matin même, la température ayant atteint 40°,6, l'activité tomba à 0,28. Le vingt-deuxième jour, pour la première fois, la fièvre manqua : la température ne dépassa pas 37°,2. L'activité ne fut encore que de 0,38. Depuis lors, elle remonta rapidement à 0,43, 0,53, puis 0,65, 0,66. La défervescence était accomplie définitivement.

Dans cette observation il est évident que l'activité est en rapport inverse de la température, diminuée quand celle-ci s'élève et augmentée quand celle-ci s'abaisse.

Mais même chez Galatry et chez Plécau, à part les faits exceptionnels observés du dixième au quatorzième jour chez l'un, et les neuvième et dixième jours chez l'autre, et que nous avons signalés, nous retrouvons dans la suite le même rapport entre la température et l'activité. Chez le premier, en effet, la fièvre se maintient jusqu'au vingt et unième jour inclusivement. avec une température élevée d'abord de 39 à 39°,6, puis de 38 à 38°,8; l'activité atteint alors une

---

preuve de capacité et de savoir, sont nécessaires en France aussi bien qu'en Angleterre, où après huit ans de service dans la médecine navale, il y a une épreuve à subir.

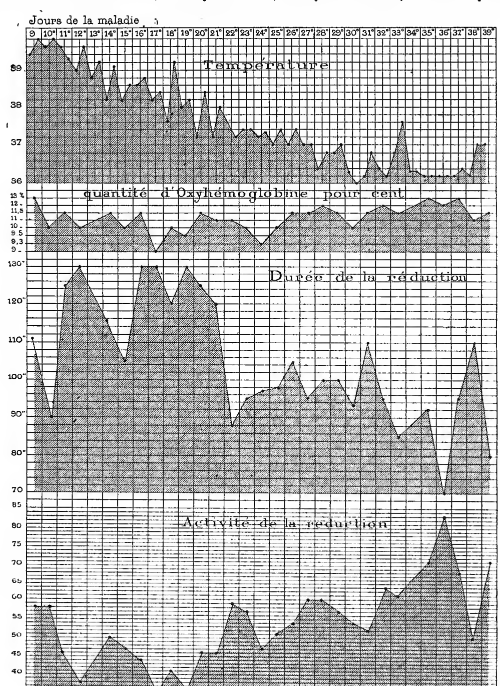
Citons pour terminer cette dernière phrase. « Le dégoût, dit-on, est profond dans le corps de santé : je le sais par expérience. Mais d'où vient-il? de l'antagonisme qui existe entre les professeurs et les naviguants, les premiers se considérant et voulant se faire reconnaître comme un corps d'élite et privilégié, les seconds se voyant toujours à la peine et jamais ou bien rarement à l'honneur. »

Ces quelques mots, j'en demande bien pardon à M. Gendron, ne peuvent passer sans réponse. On semble vraiment oublier que les professeurs sont nommés au concours et que chacun peut y prendre part. Ceci n'est donc plus de la discussion et la nôtre a peut-être fatigué le lecteur ; mais nous voulions en finir avec cette question du corps de santé de la marine, dont la renommée scientifique et professionnelle est encore intacte, mais qui finirait par perdre tout prestige et tout crédit si les malheureuses luttes auxquelles nous n'avons voulu faire qu'une allusion discrète persistaient avec l'âpreté qu'elles ont prise dans ces derniers temps.

Trousse de pansement. — Le ministre de la guerre vient d'inviter les directeurs des services administratifs et de santé à établir un projet permettant de fournir, en campagne, à tous les officiers et soldats une trousse de pansement. Le modèle proposé consisterait en une enveloppe imperméable renfermant une bande de toile fine longue de 3 mètres environ, deux petites compresses antiseptiques et une épingle de sûreté.

seule fois 0,50, et se maintient entre 0,36 et 0,47. Le vingt et unième jour, la fièvre se montre seulement le soir, avec une faible intensité (38 degrés), et pour ne plus jamais reparaître. Dès le lendemain, l'activité est remontée à 0,59, et, progressivement, elle augmente dans la suite, sauf quelques petites oscillations insignifiantes et négligeables.

Chez le second de ces deux malades, la température atteint pour la dernière fois 39 degrés le dix-neuvième jour. En vingt-quatre heures, l'activité remonte à 0,50, de 0,39 où elle était la veille. Pendant les deux jours suivants, la température varie entre 38 et 38°,4; l'activité entre 0,52 et 0,50. Enfin, le vingt-quatrième jour, la température est redevenue définitivement normale; l'activité atteint alors 0,58. Depuis ce moment, elle n'a fait qu'augmenter.



G..., vingt et un ans, Hôtel-Dieu (salle Saint-Christophe, n° 3).

Ducoin est repris de fièvre au trente-deuxième jour avec une température de 39 et 40 degrés; son activité de réduction, qui était restée abaissée précédemment à 0,48, tombe encore à 0,55 en vingt-quatre heures; elle s'y maintient pendant deux jours en même temps que la température oscille entre 39°,4 et 40°,6. Le trente-septième jour, le matin, la température est de 37°,4; l'activité est de 0,60. Le trente-huitième jour, température, 37°,2 le matin; l'activité est de 0,73. Pendant les jours suivants, elle subit une légère dépression sans importance pour remonter bientôt et se rapprocher de la normale. La température ne dépasse plus 37°,2.

Chez Bertrand, l'activité, qui est de 0,30 le treizième jour, avec 38°,2 et 38°,6 de température, remonte à 0,44 le

quinzième jour, avec 37°,8, pour augmenter encore les jours suivants en même temps que la température reprend sa valeur normale.

Dans l'observation de Pluchard, l'influence de l'élévation de la température n'est pas moins évidente. Nous y voyons, en effet, l'activité varier entre 0,39 et 0,34, tant que la température se maintient entre 38°,2 et 39°,8. Puis le dix-huitième jour, la fièvre diminue ainsi que la température; alors l'activité augmente légèrement à 0,40. Le vingt-deuxième jour, enfin, avec la disparition de la fièvre, l'activité remonte à 0,54, puis bientôt à 0,65, 0,76, 0,84. Mais la fièvre reparaît avec les complications qui emportent le malade ; la température remonte, et, lorsqu'elle s'est définitivement établie aux chiffres élevés de 38°,8 et 39°,6, l'activité tombe de 0,82 à 0,54, puis 0,46, 0,39, 0,34.

Si maintenant nous cherchons dans une analyse plus approfondie des faits que nous venons d'exposer la part qu'il faut faire à chacun des *facteurs* de l'*activité* dans les variations que celle-ci subit sous l'influence de la température, nous constatons d'une façon indiscutable que c'est la *durée* qui est influencée par les conditions thermiques. Toutes les fois, en effet, que nous voyons la température s'élever simultanément avec une diminution de l'*activité*, la durée augmente alors aussi, et souvent dans des proportions considérables. En conséquence, l'étude comparative des courbes qui représentent, d'une part, la marche de la température, et, d'autre part, les variations de la durée de la réduction, mesurée au pouce, démontrent nettement qu'aux *maxima de la température* correspondent les *maxima de la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine*, c'est-à-dire qu'il y a un rapport constant et direct entre l'élévation de la température et la lenteur de la réduction.

Il en résulte que l'activité de la réduction, c'est-à-dire l'énergie de la consommation de l'oxygène du sang par les tissus est en sens inverse de l'élévation de la température.

Par suite, l'intensité de la fièvre amène donc une diminution conjuguée de l'activité des oxydations.

Si nous rapprochons ces résultats des observations qui ont été faites par des méthodes toutes différentes, telles que l'appréciation de la quantité d'acide carbonique produit dans la fièvre typhoïde ou l'analyse comparative des déchets de la désintégration organique étudiée dans les urines, nous trouvons que les faits observés par MM. Wertheim, Regnard, Albert Robin, concordent avec ceux que nous signalons.

En résumé donc, et d'une façon générale, nous dirons que, dans la fièvre typhoïde, aux périodes des températures élevées correspondent des périodes de diminution de l'activité de réduction, ce qui s'observe principalement dans les premiers septénaires (c'est-à-dire pendant le développement le plus grand de la fièvre). A la défervescence de la température correspond une augmentation progressive de la réduction qui se rapproche de la normale. Mais les rechutes par écarts de régime ou par une complication quelconque, en ramenant l'élévation de température, produisent immédiatement un ralentissement dans l'activité de la réduction. Ces conclusions, tout intéressantes qu'elles sont au point de vue de la physiologie pathologique, n'auraient qu'une valeur purement spéculative si elles n'entraînaient avec elles des conséquences pratiques. Or, on conçoit que si la fièvre typhoïde, comme nous l'avons démontré, imprime aux phénomènes hématoscopiques des variations déterminées, caractéristiques, il ne sera point indifférent au médecin d'en suivre la marche. Dans le cours d'une maladie qui atteint si profondément la nutrition générale, n'est-il pas de la plus haute importance de connaître la richesse du sang en oxyhémoglobine et l'activité des échanges gazeux? Le clinicien trouvera donc, dans ces investigations d'une pratique facile, des éléments nouveaux et utiles pour apprécier les conditions de la nutrition de tel ou tel organisme; il en déduira les moyens de résistance de chacun à l'assaut du processus pathologique et les chances plus ou moins grandes d'une réparation plus ou moins rapide dans la convalescence. Mais ces données si précieuses au point de vue du pronostic ne sont pas les seuls bénéfices que nous retirerons des recherches hématoscopiques dans la fièvre typhoïde; pour cette maladie, nous y puiserons aussi cette double et sage indication de rejeter toute médication susceptible de ralentir ou d'entraver les échanges gazeux pour employer de préférence les procédés capables de leur rendre l'activité qui leur fait défaut.

A. H. et G. B.

Clinique chirurgicale.

Note sur les scolioses trophiques, par M. A. Broca, prosecteur à la Faculté.

Dans un article publié il y a quelques mois par la *Gazette hebdomadaire*, M. le docteur Morvan (de Lannilis) a étudié d'une façon toute spéciale la scoliose qui accompagne la *parésо-analgésie à panaris*. Après avoir bien voulu rappeler que je semble avoir été le premier à noter cette coïncidence ; après avoir cité une observation insérée ensuite par le docteur Prouff (de Morlaix) dans la *Gazette hebdomadaire*, M. Morvan passe en revue les malades qu'il a eus lui-même sous les yeux et il arrive à cette conclusion inattendue que 6 sur 12 sont scoliotiques.

Il y a là un fait des plus intéressants qui, au premier abord, avait échappé aux investigations, si sagaces pourtant, de M. Morvan. Une particularité l'a rendu plus remarquable encore : le sexe masculin est atteint comme par la parésо-analgésie, de préférence au sexe féminin.

Cela est en désaccord formel avec ce que l'on sait de la scoliose de l'adolescence. Cet argument, joint à la fréquence de la coexistence, doit faire conclure, avec M. Morvan, qu'il s'agit là d'une déviation rachidienne à séparer nettement de cette scoliose, et dès lors l'hypothèse la plus probable est qu'il faut invoquer une lésion trophique des vertèbres qui, affaiblies, s'affaissent sous l'influence de la pesanteur.

Dans la parésо-analgésie à panaris, en effet, il y a des troubles trophiques ostéo-articulaires manifestes : M. Morvan a pris soin de fixer notre attention sur ce point. Au reste, depuis les premières recherches de cet auteur, on tend à prouver, semble-t-il, que la parésо-analgésie à panaris est un chapitre de l'histoire de la syringomyélie, affection médullaire remarquable par des troubles trophiques divers. Tout cela se trouve étudié en détail dans le mémoire récent que Roth a consacré à ce sujet il y a peu de temps, sans insister assez, il est vrai, dans la partie jusqu'à présent parue, sur la scoliose signalée dans quelques-unes de ses observations.

Mais, dans la note à laquelle je viens de faire allusion, M. Morvan émet deux opinions que je crois sujettes à discussion :

1° J'ai eu tort, ainsi que M. Prouff, de considérer que la scoliose précède la parésо-analgésie ;

2° Les autres maladies du système nerveux central ne s'accompagnent pas de scoliose, et ce serait dès lors un fait clinique important.

Sur le premier point le désaccord ne sera pas grand et je déclarerai immédiatement qu'il n'y a probablement aucune parité à établir entre les observations de M. Morvan et celle de M. Prouff ou la mienne. Dans ces deux derniers cas, en effet, on se trouve en présence de scolioses de l'adolescence, avec leur début vers l'âge de treize à quatorze ans, avec leur convexité dorsale supérieure

droite. Il ne paraît point admissible qu'ici la lésion nerveuse ait précédé l'incurvation spinale. Bien au contraire, dans les faits de M. Morvan, la pathogénie indiquée par cet auteur, est sans contredit, la plus plausible.

Il semble donc que la scoliose soit un *effet* fréquent de la paréso-analgésie. Peut-elle être *cause?* Est-ce ainsi qu'il faut interpréter l'observation de M. Prouff et la mienne, la déviation vertébrale ayant, par un procédé quelconque, lésé l'axe nerveux? Cela est possible, mais non démontré, et dans la note que j'ai publiée en 1885 je n'ai donné cela qu'à titre d'hypothèse. Aussi bien ne sait-on pas trop jusqu'à quel point la scoliose peut engendrer de troubles trophiques et quels troubles. Il est d'ailleurs bien possible qu'il s'agisse de pures coïncidences : un scoliotique n'est pas, de par sa gibbosité, à l'abri de la syringomyélie et le cumul n'est point défendu. Au reste, le malade que j'ai observé peut fort bien devoir ses accidents actuels au traumatisme intense qu'a subi, il y a quelques années, son membre supérieur droit. Dans bien des cas de syringomyélie, en effet, une lésion périphérique — traumatisme ou gelure surtout — paraît être l'origine du mal. Il est vrai que rien de pareil n'existe chez la malade de M. Prouff, et que d'autre part le début des panaris a suivi de très près la scoliose.

Arrivons maintenant à la seconde opinion de M. Morvan : parmi les maladies du système nerveux central, la paréso-analgésie serait seule à créer ainsi des déviations rachidiennes. Cette proposition est trop absolue. M. Pitres a étudié quelques lésions des vertèbres dans le cours de l'ataxie locomotrice et ce sujet a été repris depuis, à Berlin, par Krœnig. A cela je puis joindre quelques renseignements sur l'état du rachis dans une affection encore peu connue : l'*acromégalie*, que Pierre Marie a individualisée il y a peu de temps.

Dans cette maladie bizarre, où certains phénomènes généraux indiquent la participation du système nerveux central, les os sont atteints à un haut degré. De là un aspect tout particulier de la face et un gigantisme remarquable des extrémités. Ce gigantisme est d'autant plus frappant que le tronc s'affaisse sous l'influence des lésions des corps vertébraux. Cette gibbosité était très marquée chez un patient dont Brigidi a pu faire l'autopsie complète : malheureusement les renseignements fournis par l'observation anatomique sur l'état du rachis manquent un peu de précision.

Une des malades qui a servi de base au mémoire de Marie ayant succombé, mon si distingué collègue et ami a bien voulu me convier à faire, il y a un an déjà, un examen complet du squelette. Cette étude descriptive paraîtra, dans quelque temps, dans les *Archives de médecine*. J'en distrais ici, par anticipation, ce qui a trait à la colonne vertébrale. Il est intéressant en effet de rapprocher cette *scoliose trophique* de celle de la syringomyélie. On trouvera que la convexité dorsale supérieure est tournée à gauche.

Je conclurai donc que la scoliose trophique a dans la paréso-analgésie à panaris une fréquence spéciale bien mise en relief par Morvan. Il reste à l'étudier dans les autres formes de la syringomyélie, si tant est que la paréso-analgésie doive décidément être attribuée à cette lésion médullaire. Mais elle n'est pas l'apanage exclusif de cette affection. Des déviations vertébrales, assez rares il est vrai, ont été signalées dans l'ataxie locomotrice, par exemple. D'autre part, dans l'acromégalie elles sont usuelles, et à la cyphose, mentionnée en un seul mot dans les observations cliniques, se joignait certainement de la scoliose chez la malade dont j'ai pu faire l'autopsie. Cette scoliose trophique était dorsale supérieure à convexité gauche.

Voici maintenant la description anatomique de cette pièce :

Rachis de la femme Héron (Pour l'observation clinique, voy. P. Marie, *Revue de médecine*, 1887). — En examinant la colonne vertébrale de face, les disques intervertébraux n'existant plus, on constate immédiatement qu'il existe une forte cyphose avec une scoliose gauche très accentuée. La courbure principale, aussi bien pour la scoliose que pour la cyphose, existe au niveau de la région dorsale supérieure. En analysant de plus près on constate l'état suivant :

L'axe des vertèbres cervicales est presque vertical. Il présente cependant une légère convexité, antérieure et droite.

L'axe des trois premières dorsales est fortement oblique en bas et à gauche, puis la direction change, au niveau de la 4e dorsale. De là à la 7e dorsale elle devient fortement oblique en bas et à droite. La concavité, très prononcée, a le même point culminant, au niveau de la 4e dorsale.

La région dorsale inférieure (à partir de la 8e dorsale) et la région lombaire forment une courbe beaucoup moins brusque que la courbe dorsale supérieure. La convexité regarde à droite et en outre il est facile de voir que, comme pour la région cervicale, la convexité antérieure normale est accrue.

Il y a donc une courbure principale dorsale supérieure et deux courbes de compensation : une cervicale, légère, et une dorso-lombaire, plus accentuée. Ces déviations marquent leur trace par des déformations des corps vertébraux.

Le corps des 4e, 5e et 6e dorsales présente au maximum ces déformations. Il est affaissé dans sa moitié droite, en avant surtout : là, la hauteur du corps de la 5e dorsale n'est plus que de 11 millimètres. Sur les 1re, 2e, 3e dorsales la lésion existe, mais moins prononcée; la hauteur minima est de 15 millimètres. L'affaissement est assez marqué sur la 7e dorsale.

Cette asymétrie n'est pas la seule. Le corps des vertèbres indiquées a pris une forme triangulaire, d'où une sorte de crête mousse antérieure, mais non point médiane, car elle est plus près de l'arc postérieur droit que du gauche. Cela tient à un mouvement de torsion tel que les apophyses transverses droites sont refoulées en arrière et à gauche.

Les corps de la région dorso-lombaire présentent une asymétrie légère, inverse de celle que je viens de décrire à la région dorsale supérieure. La forme triangulaire reste cependant telle, jusqu'à la 1re lombaire, que la crête mousse antérieure est cependant plutôt déviée à droite. Les quatre dernières dorsales sont surtout aplaties en totalité, en sorte que leur corps ressemble à celui d'une vertèbre lombaire. Les vertèbres lombaires ont un léger accroissement en hauteur et un élargissement notable. Les bords des faces supérieure et inférieure sont des crêtes rugueuses et spongieuses. La face supérieure des 12e dorsale, 1re 2e et 3e lombaires présente en son centre une excroissance spongieuse.

Les corps cervicaux sont symétriques. Leur hauteur est normale, mais leurs autres dimensions sont accrues.

Sur tous les corps vertébraux on remarque une spongiosité considérable et de gros trous vasculaires, et, si les dimensions en hauteur ne sont pas accrues comme pour les autres os du squelette, cela semble tenir à ce que le tassement s'est fait sur toute la hauteur du rachis et a combattu la tendance hypertrophique.

Faces latérales. A la région cervicale il y a une augmentation considérable des gouttières des apophyses transverses. Au dos, les extrémités costales des transverses sont volumineuses, rugueuses et spongieuses. Aux lombes, les costiformes sont à peu près normales.

Les surfaces costales des corps vertébraux sont affaissées dans la concavité dorsale ; ailleurs, elles sont de dimensions exagérées et entourées de bourrelets rugueux.

Les apophyses articulaires ont presque partout leur surface articulaire élargie. A la région cervicale moyenne et au dos, cette surface a environ 15 millimètres de diamètre. A la région lombaire, la surface lisse n'est pas accrue, mais elle est entourée d'un bourrelet rugueux très prononcé.

Apophyses épineuses. La longueur de la 4e cervicale est de 2 centimètres et sa largeur de 18 millimètres. Celle de la la 4e dorsale a 32 millimètres de long. Il y a hypertrophie de l'extrémité spongieuse de ces apophyses.

Les lignes des apophyses transverses et épineuses présentent les courbes déjà indiquées.

Trou rachidien : de dimension normale.

Trou de l'artère vertébrale : élargi.

Trous de conjugaison : ne sont pas rétrécis, même là où les courbures sont le plus fortes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DES CLOISEAUX.

Sur l'action physiologique de la para et de la méta-phénylène-diamine. Note de MM. *Raphaël Dubois* et *Léo Vignon*. — On sait que les phénylènes-diamines possèdent des propriétés basiques très accentuées, et qu'elles présentent, avec les leucomaïnes et les ptomaïnes, une similitude de fonctions chimiques remarquable. Or, la note de MM. Dubois et L. Vignon comporte les résultats que leur a donnés l'étude préliminaire comparative des propriétés physiologiques de la méta et de la paraphénylène-diamine.

Ces deux poisons qui, chimiquement, se rapprochent des leucomaïnes et des ptomaïnes, produisent également des accidents ayant la plus grande analogie avec ceux que l'on observe dans certaines affections pathologiques.

L'intoxication aiguë par chacun de ces deux poisons présente des symptômes communs : à la dose de 0gr,1 par kilogramme d'animal, on voit survenir rapidement, chez le chien, de la salivation, des vomissements, de la diarrhée, une émission d'urine abondante parfois, puis la mort dans le coma, au bout de deux à trois heures, avec la paraphénylène-diamine, et de douze à quinze heures avec la métaphénylène-diamine. Ces deux bases s'altèrent progressivement en s'emparant peu à peu de l'oxygène des tissus, comme le ferait un micro-organisme en se multipliant. Les produits brunâtres qui résultent de cette oxydation donnent au sang et aux tissus une coloration foncée.

A côté de ces propriétés physiologiques génériques, chaque isomère possède des propriétés spécifiques très singulières et très tranchées.

La métaphénylène-diamine détermine chez le chien tous les symptômes d'une grippe intense : l'animal, pris d'un coryza violent, éternue à chaque instant; puis survient une toux rauque tout à fait caractéristique : au début, les oreilles et le nez s'échauffent. L'animal tombe ensuite dans un profond abattement, qui le rend indifférent à tout ce qui l'entoure, et il meurt dans un état comateux analogue à celui que développent certaines maladies infectieuses.

La paraphénylène-diamine porte son action du côté de l'orbite. Elle produit, peu après son introduction dans l'organisme, par injection sous-cutanée, dans un point quelconque du corps, une exophthalmie extraordinaire. L'œil sort peu à peu de l'orbite; la conjonctive, pâle et œdématiée, forme un chémosis énorme, qui masque presque complètement la cornée. Tout le tissu cellulaire intra-orbitaire est infiltré, et les glandes lacrymales, devenues complètement mélaniques par le dépôt du pigment brun déposé dans leurs éléments sécréteurs, ressemblent à des tumeurs développées à la surface de l'œil.

L'entre-croisement incomplet des fibres nerveuses dans le chiasma optique chez le chien. Note de M. *Alexandre Vitzou*. — Dans une précédente communication sur le centre cérébro-sensitif visuel chez le chien, l'auteur a montré que l'ablation d'un seul lobe occipital détermine la cécité de l'œil du côté opposé à la lésion expérimentale. Depuis lors et à la suite d'autres expériences, il a pu constater que, l'animal étant complètement guéri, cette cécité n'était pas absolue; celle-ci dure aussi longtemps qu'on maintient un bandeau sur l'œil *sain*, du côté correspondant au lobe occipital enlevé; mais après la guérison de la plaie (vingt-sixième jour), on remarque que le chien est atteint d'*hémianopsie latérale homonyme*, comprenant les trois quarts du champ visuel externe de la rétine de l'œil opposé à la lésion expérimentale et le quart externe de l'œil correspondant.

D'où l'auteur tire cette conclusion que, chez le chien, les fibres nerveuses partant des lobes occipitaux et se rendant à la rétine, ne s'entre-croisent pas complètement dans le chiasma optique, comme on l'a soutenu jusqu'ici. La plus grande partie de ces fibres (les trois quarts environ) se portent du lobe occipital à l'œil du côté opposé, tandis qu'un certain nombre d'entre elles vont innerver directement, sans subir d'entre-croisement dans le chiasma, l'œil du côté correspondant.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DES CLOISEAUX.

Aucune communication touchant aux sciences médicales n'a été présentée dans cette séance.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *E. Verrier* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'accouchements.

M. le docteur *Peyraud* (de Libourne) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine et envoie un mémoire intitulé : *L'immunité par les vaccins chimiques*, pour le concours du prix Barbier en 1889.

M. *Bouchard* présente, au nom de M. le docteur *S. Perret*, un ouvrage intitulé : *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

M. *Hayem* dépose un livre de M. le docteur *Peyraud* (de Libourne) sur l'*immunité par les vaccins chimiques.*

M. *Lancereaux* présente, de la part de M. le docteur *Deshayes* (de Rouen), un *Rapport sur le Congrès international d'hygiène de Vienne en* 1887 et un mémoire imprimé *sur la curabilité de l'ascite et de la cirrhose du foie.*

Prix. — M. *Blanche* lit un rapport sur le concours pour le prix Civrieux en 1888. Un seul mémoire a traité le sujet de ce concours qui était le suivant : *Des hallucinations de l'ouïe.*

Injections des veines par les artères. — M. le docteur *Lejars*, prosecteur de la Faculté de Paris, communique le procédé qu'il vient de découvrir et qui lui permet d'injecter le système veineux par ses racines. La pièce une fois chauffée pendant quatre ou cinq heures à 40-50 degrés, on pousse par l'artère, d'abord une masse de cire et de suif colorée avec de l'orcanette ; puis, par l'artère également, on pousse une seconde masse de suif et de cire préparée avec des couleurs pulvérulentes. La première masse franchit librement le réseau capillaire et pénètre jusqu'aux veines; la seconde pousse la première devant elle et la refoule tout entière dans le système veineux en s'arrêtant elle-même à la barrière capillaire. Tout le système veineux et tout le système artériel se trouvent ainsi remplis d'un seul coup et colorés. A l'aide de ce procédé il est facile d'étudier les particularités anatomiques les plus fines. M. Lejars insiste notamment sur l'abondant réseau des veines sous-cutanées des extrémités du pied et de la main.

Météorologie. — Des recherches auxquelles M. le docteur *Onimus* s'est livré sur le littoral méditerranéen il croit pouvoir déduire que la journée médicale, c'est-à-dire le moment pendant lequel les malades peuvent et doivent sortir, varie selon les mois et aussi selon les stations. Au moment où le soleil se couche, il y a un abaissement de température, mais il est très faible comparativement à l'impression du froid que nous éprouvons. Presque toujours cet abaissement de température n'est que de 2 à 3 degrés et correspond à peu de chose près à la température de dix à onze heures du matin. Même avec une température inférieure dans la matinée, l'impression est très différente et l'on a plus chaud le matin alors même que le thermomètre marque 3 à 4 degrés de moins qu'à

quatre heures du soir. Ce phénomène n'est paradoxal qu'en apparence, car notre organisme éprouve l'influence du refroidissement par plusieurs causes qui agissent moins nettement sur les instruments physiques. Les principales de ces causes sont une humidité plus grande vers le soir et surtout la radiation. Lorsque le ciel est couvert ou lorsqu'il y a de la pluie, cette impression de froid au moment du coucher du soleil n'existe pas; elle existe, au contraire, dans le milieu de la journée, lorsqu'on passe à l'ombre. Le moyen le plus pratique pour obvier aux inconvénients de ces refroidissements est de faire usage de vêtements qui mettent obstacle à la radiation.

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES. — M. le docteur *Misrachi* (de Salonique), dans un mémoire sur lequel M. *Siredey* lit un rapport, a cherché à démontrer qu'outre les dangers inhérents aux injections liquides dans la cavité utérine, ces injections sont impuissantes à entraîner les débris de caillots, de membranes ou de placenta qui servent de nid aux colonies de microbes. Il estime, au contraire, qu'il n'y a aucun danger à écouvillonner la cavité utérine, puis à l'essuyer avec un morceau de gaze iodoformée pour entraîner les microbes au dehors; avec ces moyens on ne détermine, dit-il, aucun accident et on enlève les germes qui sont la cause des graves accidents auxquels trop souvent succombent les accouchées. M. Misrachi, il est vrai, n'apporte aucune observation, tout en promettant un prochain travail à l'appui de sa manière de voir. MM. *Guéniot* et *Charpentier* maintiennent à ce sujet les observations qu'ils ont présentées dans la dernière séance; d'ailleurs les observations publiées depuis par M. Misrachi se rapportent toutes à des cas de septicémie après avortement.

UROLOGIE DE LA VARIOLE. — M. *Albert Robin* rend compte de ses recherches sur les variations des caractères de l'urine dans la variole. Il passe successivement en revue les diverses périodes de cette affection.

L'urée dans les vingt-quatre heures se maintient dans la plupart des cas, chez l'adulte et vers les premières périodes de la maladie, entre 28 et 30 grammes et plus; quand la variole survient pendant la convalescence d'une maladie aiguë, son début est marqué quand même par de l'azoturie. Celle-ci est d'ailleurs beaucoup plus constante qu'on ne semble le croire, mais bien souvent elle n'est pas durable et n'existe que pendant les premiers jours de la maladie, souvent même pendant la période d'éruption seulement. D'autre part, l'urée est d'autant plus élevée que la maladie affecte une marche plus franchement inflammatoire, tandis qu'elle s'abaisse quand la fièvre prend un caractère de mauvaise nature. Il y a lieu de rapprocher cette donnée des faits découverts autrefois par M. Brouardel et d'après lesquels dans les varioles hémorrhagiques les gaz du sang et particulièrement l'oxygène sont très diminués; d'où il suit que les oxydations doivent être abaissées dans une proportion relative.

Parmi les autres caractères de l'urine pendant l'invasion de la variole, il faut noter encore une légère diminution dans la quantité, mais moins marquée peut-être que dans les autres affections fébriles et qui peut être rapprochée de celle de la fièvre typhoïde moyenne.

Dans la période d'état et la convalescence, les modifications de l'urine sont plus précises. Dans le type le plus fréquent, la quantité et la densité éprouvent alors peu de variations, mais l'urée tend à rester dans les hauts chiffres de 28 à 35, et elle subit encore une poussée qui l'élève de 3 à 4 grammes aux alentours de la suppuration; puis brusquement elle s'abaisse et tombe à 15 ou 20 grammes en même temps que la température revient à la normale et que la convalescence s'établit. Les chlorures, très diminués pendant la fin de la période d'invasion et la période de l'éruption, puisqu'ils tombent souvent à 1 gramme et au-dessous, remontent très légèrement à 2 grammes et 2gr,50 pendant la suppuration, pour s'élever d'un seul coup à 8, 10 et 15 grammes, le jour même où l'urée subit la diminution indiquée plus haut. L'acide phosphorique est ordinairement augmenté pendant les premières étapes de la variole; il éprouve un fort abaissement à l'époque de la chute thermique définitive. On a aussi constaté un rapport entre l'acide phosphorique et l'azote excrétés au cours de la variole; ce rapport, relativement élevé pendant les périodes fébriles de la maladie, s'abaisse sensiblement après la chute de la fièvre, chez les adultes comme chez les enfants. Quant à l'acide urique, il est augmenté dans la première période, diminue peu à peu à partir de la suppuration pour redevenir normal pendant la convalescence. On a enfin signalé la présence d'acide valérianique, de divers acides gras, de la leucine, dans l'urine des varioleux; en fait, les matières extractives et en particulier celles qui sont liquides et incristallisables sont considérablement augmentées.

Après avoir dit quelques mots sur les sédiments que renferme l'urine des varioleux, M. Albert Robin insiste plus particulièrement sur l'albuminurie variolique. Comme l'avait dit Gubler, l'albuminurie est beaucoup plus rare dans la variole que dans la fièvre typhoïde, où elle constitue presque un élément constant de la maladie; néanmoins, si l'on a soin d'examiner chaque jour les urines, depuis les premiers symptômes de la période d'invasion jusqu'à la disparition de la fièvre, on trouvera temporairement des traces passagères d'albumine dans plus de la moitié des cas; mais cette albumine transitoire est toujours si peu abondante, que l'albumine est souvent indosable. Si, au contraire, l'albumine se montre en notable quantité, il ne faut pas traiter cet accident légèrement; il faut craindre une intensité très grande du processus, une forme maligne et une complication. Il convient d'établir quatre variétés d'albuminurie dans la variole, au point de vue symptomatologique :

1° L'albuminurie prévariolique survient avant l'éruption; elle est grave quand elle est abondante et qu'elle coïncide avec la présence de cylindres graisseux dans les sédiments;

2° L'albuminurie transitoire et peu marquée qui apparaît au début de l'éruption ou de la suppuration est fréquente, mais sans valeur diagnostique ou pronostique;

3° L'albuminurie abondante, qui survient à une époque quelconque de la période aiguë est en rapport avec une intensité plus grande de la maladie, une forme maligne, une complication; elle est relativement rare, mais d'un grave pronostic;

4° Enfin l'albuminurie de la convalescence doit être également divisée en deux variétés : la première accompagne ou précède les retours fébriles de la convalescence dus à une complication tardive, abcès, parotidite, etc.; elle est transitoire, peu abondante, et sans pronostic sérieux; la seconde est analogue à l'albuminurie post-scarlatiniforme et relève comme elle d'une néphrite variolique. Celle-ci est d'ailleurs plus rare que la néphrite scarlatineuse, car M. A. Robin ne l'a retrouvée que 34 fois sur 1357 cas, soit dans 2 à 5 pour 100 des cas et presque seulement pendant la convalescence de varioles graves; elle paraît tenir au mauvais état général du malade, à un génie propre des épidémies, à l'âge supérieur à vingt-un ans, au sexe masculin et à la non-vaccination des malades, quelquefois à un refroidissement.

M. Renaut a étudié récemment cette néphrite congestive aiguë de la convalescence de la variole; il en a décrit ainsi qu'il suit la marche, d'après les lésions anatomo-pathologiques : elle commence par des points d'œdème congestif d'abord disséminés qui peuvent se rejoindre et constituer un œdème aigu généralisé qui annule temporairement le rein, bien que les lésions épithéliales soient nulles. S'il est passager, la restitution *ad integrum* peut suivre; s'il subsiste, comme tous les œdèmes permanents, il détermine

une néoformation de tissu connectif dans les limites de l'infiltration œdémateuse; on a alors affaire à une néphrite vraie et fixe qui subit ensuite une évolution fatale, indépendante de l'action variolique qui n'a fait que l'introduire, à proprement parler, dans l'organisme contaminé.

On pourrait ainsi, suivant M. Albert Robin, considérer toutes les albuminuries transitoires de la variole quelle que soit leur abondance, comme des tentatives de néphrites plus ou moins énergiques, mais qui n'ont pas abouti, tandis que l'albuminurie vraie de la convalescence témoigne de leur réalisation.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Diagnostic des plaies de l'intestin, par M. N. SENN (de Milwaukee). — M. Senn est partisan de la laparotomie pour les plaies de l'intestin, mais il insiste sur les difficultés du diagnostic. Or cela a, dit-il, quelque importance médico-légale. Un chirurgien ouvre le ventre à un blessé, ne trouve pas de perforation et le blessé meurt; l'agresseur est-il à poursuivre pour coups et blessures ou pour homicide? Il faut donc chercher un signe certain. Senn conseille de provoquer le tympanisme, tel que l'a décrit Jobert, par épanchement gazeux dans le péritoine, c'est-à-dire avec sonorité au niveau de la région hépatique. On peut arriver à ce résultat par l'insufflation d'un gaz inerte dans le tube digestif. L'hydrogène est fort bien supporté par les chiens. La voie stomacale, en apparence la meilleure, est en réalité défectueuse. Malgré la valvule de Bauhin, l'insufflation réussit à merveille sur le chien vivant et sur le cadavre humain: la chirurgie se rit de la barrière des apothicaires. Enfin, lorsque l'on a trouvé et suturé une ou plusieurs perforations, il faut faire l'insufflation, pour s'assurer qu'il n'en reste pas d'autre. Tout cela est purement expérimental; cela prouve, tout au moins, que cette manière de faire est bonne sur le chien. A la clinique de se prononcer.

Nous en dirons autant, d'ailleurs, pour les études expérimentales si intéressantes que Senn a communiquées au congrès de Washington sur l'occlusion intestinale. Ce long et important mémoire vient de paraître *in extenso* dans les *Annales of Surgery*. Nous en avons déjà analysé la partie la plus chirurgicale, celle qui concerne les anastomoses intestinales (voy. *Gaz. hebd.*, 1888, p. 333). (*Rectal insufflation of hydrogen gaz, an infaillible test in the diagnosis of visceral injury of the gastro-intestinal tract, in penetration wounds of the abdomen*, in *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1888, t. X, p. 767.)

Perforations traumatiques de l'intestin; diagnostic par l'insufflation d'hydrogène, par M. HILLMANTEL. — Deux observations où le procédé préconisé par Senn (voy. plus haut) a été mis en usage. Dans l'un, l'insufflation a fait diagnostiquer l'intégrité du tube gastro-intestinal, et cela a été vérifié à l'autopsie. La plaie pariétale siégeait en avant. Dans l'autre, la tympanite a permis de reconnaître que le tube intestinal était perforé. La laparotomie fut faite immédiatement et quatorze perforations furent trouvées. En deux endroits l'entérectomie fut indispensable. Puis l'insufflation vérificatrice fut faite et le gaz ne sortit point. Ici pourtant la méthode fut en défaut, car le malade étant mort de shock, une perforation méconnue fut trouvée sur la paroi postérieure de l'abdomen. (*Two cases of gunshot wound of the abdomen in which the hydrogen-gas test was applied*, in *Journ. of the Amer-med. Ass.*, 1888, t. XI, p. 83).

Colotomie, par M. K. MAYDL. — Maydl est l'auteur d'un procédé de colotomie bien connu, en deux temps, créant un éperon qui assure la persistance de l'anus contre nature. Dans l'article actuel, après avoir rappelé que sa première opération date de 1883, Maydl résume sa pratique fondée sur huit opérations pour cancer du rectum, deux pour rétrécissement syphilitique, trois pour cancer du côlon, une pour sténose du cæcum. Son but est surtout d'opposer la simplicité extrême de cette manière de faire à un procédé très compliqué indiqué par *Knie* (de Moscou), d'après des expériences sur le chien (*Centralbl. f. Chir.*, 1888, n° 18). (*Zur Technik der Kolotomie*, in *Centr. f. Chir.*, 1888, n° 28, p. 434.) *Lauenstein*, cependant, relate deux cas où, sur l'homme, il a mis en œuvre un procédé ressemblant à celui de Knie (*Ibid.*, p. 439).

Gastro-entérostomie, par M. C. LAUENSTEIN. — C'est l'observation d'une femme de soixante-cinq ans, chez laquelle l'intervention était indiquée par un cancer de l'estomac. En pareil cas, il faut prendre une anse aussi voisine que possible de l'estomac. Nothnagel conseille, pour se guider, de mettre un cristal de sel marin sur la première anse que l'on voit. Cela déterminerait des contractions antipéristaltiques, et l'on pourrait remonter dans le sens ainsi indiqué. C'est ce que fit Lauenstein: mais les contractions furent péristaltiques, il fut conduit jusqu'à 40 centimètres de la valvule iléo-cæcale, et, onze jours après, la malade mourait d'inanition. En somme on n'a, pour se conduire, rien de mieux que le procédé de Wœlfler: la recherche, en général facile, du pli duodéno-jéjunal. (*Zur Anlegung der Magendünndarmfistel*, in *Centr. f. Chir.*, 1888, p. 472.)

Résection du bassin pour aborder la vessie, par M. P. NIEHANS (de Berne). — Les fractures des branches ischio-pubiennes, les disjonctions de la symphyse pubienne guérissent bien. Niehans a eu l'idée de faire, pour aborder les régions inférieures et latérales de la vessie, une résection ostéo-plastique de la paroi antérieure du bassin. Une incision verticale de la ligne blanche descend jusqu'à la symphyse, et là se recourbe pour contourner la racine de la verge et gagner le pli périnéo-crural. Cela permet facilement la mise à nu, puis l'ostéotomie de la branche horizontale et de la branche descendante du pubis. La symphyse est alors divisée et enfin, après libération de sa face pelvienne, le fragment osseux est renversé en dehors, en volet. On a divisé les parties molles juste au ras du squelette et l'on a ménagé ainsi les vaisseaux et nerfs honteux et la racine du corps caverneux. Cette brèche met sous les yeux de l'opérateur tout un côté de la vessie, la prostate, le commencement de l'uretère. On opère suivant les besoins et on remet ensuite en place les os, que l'on suture au fil d'argent. Niehans a fait cette opération dix fois sur le cadavre et une fois sur le vivant. Cette observation concerne une femme de trente-huit ans, qui, consécutivement à une pérityphlite, avait une fistule inguinale stercoro-purulente, avec communication vésicale. Le résultat de l'opération ostéoplastique est bon; il est seul publié ici. Cette tentative intéressante perd ainsi beaucoup de sa valeur : il eût été important de savoir ce qu'il est advenu de la fistule. (*Osteoplastische temporäre Resektion an den Vorderwand des Beckens zur extraperitonealen Freilegung der Blase und der Bachbargebitde*, in *Centr. f. Chir.*, 1888, p. 522.)

Travaux à consulter.

DE LA CASCARA SAGRADA DANS LE RHUMATISME, par M. GOODWIN. — Ce médicament diminuerait la douleur des arthrites rhumatismales. L'auteur en aurait constaté l'efficacité, la première fois, dans un cas de rhumatisme de l'épaule, et depuis dans trente cas où le salicylate de soude et l'iodure de potassium étaient en défaut. Il prescrit l'extrait fluide de cascara à la dose de dix à vingt gouttes et obtient, écrit-il, une amélioration de la maladie dans le court espace de vingt-quatre heures. (*N. Y. med. Journ.*, 9 juin 1888.)

DES AVANTAGES DE LA MÉTHODE DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CALOMEL, par M. WILSON. — Supérieures à l'ingestion

par la voie buccale, aux onctions et aux fumigations, les injections hypodermiques de calomel n'ont été l'objet que de deux reproches: la douleur et les abcès consécutifs à leur emploi. La douleur est faible : elle ne saurait les contre-indiquer; les abcès ne se produisent que par des négligences opératoires. M. Wilson entend les éviter en détergeant préalablement la peau avec une solution de sublimé au millième; en pratiquant l'injection sur la région fessière et en la conduisant dans l'épaisseur du tissu musculaire.

La formule adoptée par l'auteur contient 6 centigrammes de calomel pour 15 grammes de glycérine, additionnée de quelques gouttes d'eau. La dose de chaque injection est de 1 centigramme. M. Wilson n'attache qu'une médiocre importance aux indurations cutanées consécutives à ces injections et déclare que dans une série de douze malades il en a obtenu les plus heureux résultats. (*Med. News*, 2 juin 1888.)

Des injections hypodermiques de méthylol contre le delirium tremens, par M. Krafft-Erbing. — La nécessité de provoquer le sommeil dans cette affection est bien connue. A cet effet, M. Krafft-Ebing administre le méthylol dans vingt cas dont la moitié étaient légers et les autres de moyenne ou de grande gravité. Tous les malades en obtiennent un sommeil favorable. Ces injections étaient pratiquées au nombre d'une à neuf par jour et à raison chacune de 5 à 10 centigrammes en solution dans l'eau distillée.

Le sommeil était profond, réparateur et de longue durée. Au moment de l'injection le malade éprouvait bien une douleur locale, mais celle-ci était passagère. Aussi, M. Krafft-Ebing considère-t-il le méthylol comme un médicament hypnotique puissant contre l'insomnie des alcooliques et en général comme un sédatif dans tous les cas où il existe de l'hypérémie des centres nerveux. (*Therap. Monat.*, 1886, n° 2.)

Notes sur l'emploi du strophantus, par M. R. Butler. — L'auteur a mis à l'essai les propriétés cardiaques de ce médicament dans les affections du poumon et du rein sans provoquer aucun accident toxique. Il a vu, écrit-il, sous son influence la dyspnée des phthisiques disparaître et leur pouls s'élever. Mêmes effets favorables dans la pneumonie.

Dans l'artério-sclérose avec altérations rénales, le strophantus a provoqué une diurèse abondante et diminué l'hypertension artérielle; de là, une augmentation et une régularisation rapides du pouls. Enfin M. Butler constate qu'il faut administrer ce médicament par faibles doses successives plutôt que par doses massives. (*The Brooklyn med. Journal*, mai 1888.)

De l'anesthésie locale par le canadol, par M. V. Idelson. — Ce produit que l'on retire du naphthe est un liquide volatil, mis à l'essai depuis quelques mois pour remplacer l'éther, dans l'appareil à anesthésie locale de Richardson. Sa volatilité est extrême : son odeur rappelle la benzine et son évaporation permet d'obtenir un refroidissement rapide de la région du corps avec laquelle il est en contact. L'anesthésie par les pulvérisations de canadol est obtenue dans l'espace d'une demi-minute à une minute. Enfin, autre avantage, le prix de revient de ce médicament est inférieur à celui de l'éther. (*The med. Chron.*, mai 1888.)

De l'antipyrine et de l'antifébrine contre le mal de tête, par M. G. Carter. — Les observations de l'auteur confirment l'utilité de cette médication dans les cas de céphalalgie non fébrile. Il prescrit donc l'antipyrine par prises de 25 centigrammes d'heure en heure, jusqu'à la cessation de la céphalalgie et constate que cette substance ne modifie pas la contractilité du cœur quand les malades ne sont pas fébricitants. Par contre, il lui reproche de provoquer des troubles de ce viscère chez les femmes nerveuses. Chez ces malades, il substitue à l'antipyrine l'administration de l'antifébrine par prises de 15 à 25 centigrammes chaque heure. Il ne lui attribue pas les mêmes inconvénients. (*The Journal of the American Assoc.*, 11 août 1888, p. 196.)

De la glycosurie purulente par l'usage des salicylates, par M. Burton. — En examinant l'urine de douze malades qui ingéraient des doses élevées d'acide salicylique et de salicylate de soude, l'auteur a constaté dans tous les cas la présence du sucre dans les urines. Cette glycosurie était temporaire et démontrerait que les réactions du sucre dans les urines obtenues par d'autres observateurs au moyen de réactifs divers ne sont pas produites par l'acide salicylique, mais bien par la présence de la matière sucrée. En outre, M. Burton attribue la contradiction apparente entre ces observations et l'amélioration du diabète obtenue par les salicylates à la dose du médicament. Ici, elle était élevée; là, dans ces cas de diabète ainsi traités, elle était modérée. (*The Lancet*, mai 1888.)

De l'utilité d'associer l'antipyrine a la quinine, par M. Dulon. — Pour obvier aux inconvénients des doses élevées de quinine, l'auteur a eu l'idée d'associer ces deux médicaments et a constaté que, par exemple, par l'ingestion d'un mélange de 15 centigrammes d'antipyrine avec 25 centigrammes de quinine, l'on obtient l'effet antipyrétique produit par 75 centigrammes de quinine, sans cependant observer les symptômes du quinisme. Ce mélange ne provoque pas de phénomènes d'intolérance stomacale. (*Revue g. de clin. et de thérap.*, 15 juillet 1888.)

Du traitement des métrorrhagies par l'hydrastis canadensis, par M. Rutherford. — C'est à titre de médicament vaso-constricteur, quand on l'emploie à dose physiologique, que l'auteur recommande la teinture ou l'extrait d'hydrastis contre les hémorrhagies internes causées par les fibromes. Il motive ainsi son opinion sur les recherches expérimentales de Fellner et de Woltering constatant, sous l'influence de ce médicament, la production de crampes utérines chez les chiennes.

L'hydrastis serait préférable à l'ergot de seigle parce qu'il n'a pas comme ce dernier l'inconvénient de provoquer la constipation ou bien des troubles digestifs rebelles. Il le prescrit à la dose de quinze à soixante gouttes de teinture et de quinze gouttes à une demi-once d'extrait. (*Brit. med. Journ.*, juillet 1888, p. 123.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène (*Médecine, Chimie, Obstétrique*), par les docteurs Le Gendre, Barette et Lepage. — Première partie : *Préliminaires*, *Généralités*. — Deuxième partie : *Antisepsie médicale*, par le docteur P. Le Gendre. — 1 vol. in-8° de 450 pages. — Paris, 1888, G. Steinheil.

Les importantes découvertes réalisées dans ces dernières années relativement à l'existence des microbes pathogènes et à l'influence étiologique générale des micro-organismes en pathologie, les nombreux travaux de laboratoire concernant la bactériologie, devaient forcément avoir pour conséquence l'application à la clinique, et en particulier à la thérapeutique, des notions acquises sur l'action des substances microbicides, des antiseptiques. L'antisepsie en chirurgie, en obstétrique, en médecine, la destruction du micro-organisme, cause prochaine du mal, a été le but poursuivi avec acharnement, et souvent avec succès, par nombre d'expérimentateurs.

Mais les résultats de leurs recherches, les progrès qu'ils ont accomplis se trouvaient jusqu'alors épars dans les comptes rendus des sociétés savantes, dans les revues périodiques, ou des monographies plus ou moins importantes.

La condensation de tous ces documents s'imposait, et la publication d'un travail d'ensemble, résumant l'état de la question de l'antisepsie en médecine, chirurgie et obstétrique, devait en faciliter l'étude et en vulgariser la connaissance dans le public médical.

C'est l'œuvre qu'ont entreprise les auteurs, MM. P. Le Gendre, Barette et Lepage, et que nous sommes heureux de présenter aux lecteurs de la *Gazette*, car elle nous semble particulièrement digne d'un accueil favorable. Nous n'avons, d'ailleurs, à parler que du premier volume, paru récemment; les deux autres, relatifs à la chirurgie et à l'obstétrique, devant bientôt faire suite à celui-ci.

Ce premier volume, dû à la plume correcte et précise de notre collègue et ami le docteur Le Gendre, représente une importante somme de travail, et comprend l'étude analytique de sujets nombreux. Il se divise, en effet, en deux parties principales; la première, sous le titre: *Notions préliminaires*, est consacrée à l'exposé de nos connaissances actuelles sur les microbes, leur importance pathogénique et la façon dont l'organisme se défend contre eux; dans la seconde, intitulée : *Antisepsie médicale*, sont passés en revue tous les agents antiseptiques, avec leurs propriétés chimiques et physiologiques, et leurs modes d'administration.

Les microbes, dont le microscope et les divers procédés de coloration ou de culture nous ont révélé l'existence, peuvent être classés en plusieurs espèces : les unes, les plus nombreuses sans doute, peuvent être dites indifférentes; d'autres, utiles, puisqu'elles interviennent par exemple dans les fonctions de digestion; d'autres enfin, nuisibles, puisqu'elles ont le pouvoir d'engendrer des troubles plus ou moins graves et durables, c'est-à-dire des maladies : ce sont les microbes pathogènes. Ces derniers sembleraient devoir être seuls combattus et mériter les foudres de la thérapeutique antiseptique; mais, comme le fait justement remarquer l'auteur, « étant le plus souvent dans l'impossibilité de distinguer parmi les microbes qui nous entourent ou vivent sur nous ceux qui sont nuisibles, nous sommes réduits à organiser contre les infiniment petits en général un système de défense permanent ». C'est là l'antisepsie prophylactique générale, qui comporte des questions d'hygiène de la plus haute importance. Mais aussi, dans bien des cas, on sait à quel microbe on a affaire, on connaît l'ennemi; en dépit du polymorphisme, de l'insuffisance des caractères objectifs, la détermination est établie de par les expériences et les recherches si intéressantes de la bactériologie; alors la prophylaxie ou la thérapeutique bénéficient de cette connaissance, et l'antisepsie spéciale permet de lutter avec avantage contre l'agent morbide.

Le médecin possède d'ailleurs, aujourd'hui, des armes nombreuses, sinon toujours invincibles, dans les multiples « agents chimiques qui ont une influence très marquée pour ralentir ou arrêter complètement la pullulation et la vie des micro-organismes ». Ces agents sont les antiseptiques ou désinfectants.

L'embarras, il est vrai, résulte souvent de l'abondance de ces moyens et de l'incertitude qui règne encore trop fréquemment sur les résultats qu'ils ont donnés entre les mains des différents expérimentateurs, ainsi qu'on s'en peut convaincre en parcourant la consciencieuse énumération faite par M. Le Gendre des procédés mis en usage jusqu'ici pour fixer la valeur comparée des antiseptiques.

Quoi qu'il en soit, certaines règles, certains principes généraux se dégagent de cette étude et constituent un des chapitres les plus intéressants du livre, dans lequel l'auteur condense les préceptes qu'il a recueillis de l'enseignement de son maître, le professeur Bouchard : essai de la toxicité; choix de la voie d'introduction suivant la nature de l'antiseptique; équivalents thérapeutiques et équivalents antiseptiques; associations des antiseptiques; raisons qui doivent guider dans le choix de l'agent chimique suivant les cas, etc.; toutes questions d'un intérêt direct évident.

Enfin, la première partie se termine par un exposé des caractères, propriétés et modes d'emploi des antiseptiques les plus connus, dont le nombre dépasse une soixantaine. Nous ne saurions que féliciter l'auteur d'y avoir joint un petit appendice où l'on trouve le prix approximatif d'un certain nombre de ces substances; c'est là une considération pratique que l'on ne saurait négliger dans maintes circonstances.

En abordant la seconde partie de son ouvrage, l'auteur tient à légitimer l'existence d'une *antisepsie médicale*, qu'il définit en ces termes : « Application à la pathologie et à la clinique médicales de moyens prophylactiques et thérapeutiques analogues à ceux qui ont transformé à l'époque contemporaine la clinique et la pathologie chirurgicales et obstétricales. » Mais, à notre avis, point n'est besoin de beaucoup d'arguments pour justifier la nécessité de l'antisepsie médicale et son efficacité tout au moins relative; bien peu de gens de bonne foi chercheraient encore à les contester, et les dénigrements de parti pris n'ont pas de valeur. On a été répétant sans cesse que les progrès de la médecine antiseptique étaient nuls à côté de ceux de l'antisepsie chirurgicale; mais la comparaison est-elle logique et l'objection porte-t-elle, si l'on veut bien tenir compte de ce fait qu'un opéré n'est le plus souvent pas un malade, que ce n'est pas un *infecté* et qu'il suffit au chirurgien de défendre contre les microbes la porte d'entrée qu'il a créée par son opération? Ne sait-on pas, au contraire, que le typhoïdique, que le diphthérique, le phthisique, par exemple, sont déjà infectés, servent déjà de milieu de culture aux microbes pullulant dans leur organisme, lorsqu'ils appellent à l'aide le médecin? Il ne s'agit plus alors de garder la porte d'entrée; l'ennemi est dans la place, et la lutte pour le déloger devient d'autant plus difficile que la voie pour l'atteindre est plus détournée et que les armes nécessaires pourraient léser l'organisme même qui le renferme.

Certes, il est encore de grands progrès à réaliser pour l'antisepsie médicale; mais on ne peut nier les bienfaits qu'a déjà procurés la méthode. Il suffit pour s'en convaincre de lire les pages consacrées par l'auteur à l'antisepsie des voies digestives, des voies aériennes et de l'appareil respiratoire, à l'antisepsie du milieu intérieur; on y trouve, à côté de notions scientifiques instructives, de précieux renseignements sur la thérapeutique antiseptique dans la tuberculose, la fièvre typhoïde, la diphthérie, la coqueluche, les broncho-pneumonies infectieuses, etc. Ces chapitres sont écrits dans un ordre d'idées absolument pratique et permettront au plus humble praticien de faire bénéficier ses malades des nouvelles méthodes d'antisepsie médicale.

« Ceux qui se consacrent à leur étude ne poursuivent pas, comme l'ont dit leurs adversaires, une chimère au milieu des ténèbres », et l'on doit s'associer pleinement à cette conclusion de l'auteur : « Il est déjà consolant pour l'humanité que l'application de la doctrine des germes à la prophylaxie et à la thérapeutique ait eu pour conséquence incontestable de rendre à beaucoup de médecins, que les trop lentes acquisitions de l'empirisme avaient jetés dans le scepticisme et l'indifférence thérapeutique, la foi dans l'avenir et le courage au travail. »

André PETIT.

VARIÉTÉS

CONCOURS POUR LES PLACES DE MÉDECIN ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le ministre de l'intérieur vient de prendre l'arrêté suivant pour le recrutement des médecins adjoints des asiles publics d'aliénés :

Article premier. — Il est constitué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés.

Art. 2. — Le concours sera régional : il y aura autant de régions que de Facultés de médecine de l'Etat. (Pour la répartition des départements entre chaque région, on s'est guidé sur les dispositions de l'arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 22 juillet 1878, qui a déterminé les circonscriptions des Facultés de médecine, des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine.)

Art. 3. — Les candidats devront être Français et docteurs d'une des Facultés de médecine de l'Etat. Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Ils ne devront pas être âgés de plus de trente ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année, au moins, comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale. Toute demande sera en conséquence accompagnée des pièces faisant preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses états de services quelconques. Les candidats seront libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions.

Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets, suivant l'ordre de classement établi par le jury d'après le mérite des examens.

Art. 4. — Un premier concours sera ouvert en 1888 dans chaque région pour l'application du présent arrêté, à une date qui sera ultérieurement déterminée. Ce concours aura lieu en vue de l'admission de trois candidats dans la région de la Faculté de médecine de Paris et de deux candidats dans chacune des autres régions. Un nouveau concours n'aura lieu ensuite dans chaque région que lorsque la liste des candidats déclarés admissibles y sera épuisée à une seule unité près.

Chaque concours sera annoncé au moyen d'insertions faites au *Journal officiel* et dans le *Recueil des Actes administratifs* de la préfecture du chef-lieu de chaque région.

Tout admissible qui n'aurait pas été pourvu d'un emploi dans un délai de six ans à compter de la date du concours, aurait à se soumettre de nouveau aux épreuves instituées par le présent arrêté, à moins qu'il ne justifiât avoir, dans l'intervalle, été attaché, pendant trois ans au moins, à un asile d'aliénés en qualité d'interne.

A titre exceptionnel, et lorsqu'il y aurait urgence à nommer le médecin adjoint dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure conservera la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours.

A titre exceptionnel également, et lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le commanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru, pourra être ensuite envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

Art. 5. — Les médecins adjoints pourront être nommés médecins en chef ou directeurs-médecins dans toute la France.

Art. 6. — Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé, dans chaque région : 1° de trois directeurs-médecins ou médecins en chef de la région; 2° d'un inspecteur général des établissements de bienfaisance; 3° d'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région.

Les directeurs-médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés, par voie de tirage au sort, parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région. Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs-médecins et médecins en chef.

Art. 7. — Les épreuves sont au nombre de quatre :

1° Une *question écrite* portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats. Le maximum des points sera de 30;

2° Une *question orale* portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes pour la dissertation. Le maximum des points sera de 20;

3° Une *épreuve clinique* sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades et quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition. L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal. Le maximum des points sera de 30;

4° Une *épreuve sur titres*. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. Le maximum des points sera de 10. Les points, pour cette épreuve, devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

Art. 8. — Ne sera pas soumis aux épreuves du concours institué par le présent arrêté, le chef de la clinique des maladies mentales organisée à l'asile Sainte-Anne, lorsqu'il sera chargé des fonctions de médecin adjoint dans cet établissement, conformément aux dispositions des articles 3 et 4 de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1879.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin inspecteur Léon Colin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, est nommé médecin inspecteur général en remplacement de M. Didiot, admis dans la section de réserve. M. L. Colin est nommé président du Comité technique de santé.

— M. le médecin inspecteur Baudoin est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

— M. le médecin principal Papillon, directeur du service de santé du 13° corps est nommé médecin inspecteur et directeur du service de santé du 15° corps d'armée à Marseille.

— M. le médecin inspecteur Widal est placé dans la deuxième section (réserve) des médecins inspecteurs.

— M. Millon, médecin principal de deuxième classe, est nommé médecin principal de première classe en remplacement de M. Poncet, retraité.

— Sont nommés médecins principaux de deuxième classe : MM. Régnier et Lenoir.

— Sont nommés médecins-majors de première classe : MM. Laval et Aubau.

— Sont nommés médecins-majors de deuxième classe : MM. Lafitte, Beylier et Couenon.

L'EAU DANS LES CASERNES. — Dès son arrivée au ministère de la guerre, l'attention de M. de Freycinet a été appelée sur la question des eaux dont on faisait usage dans les casernes pour l'alimentation. A Paris, notamment, les établissements militaires ne recevaient que de l'eau de Seine, et le service de santé a attribué avec raison à la mauvaise qualité de cette eau de nombreux cas de fièvre typhoïde qui, chaque année, frappaient la garnison. A la suite d'une convention qui vient d'être conclue avec la Ville, tous les établissements militaires de la capitale vont désormais être pourvus d'eau de source. En ce qui concerne les autres villes de garnison, les études se poursuivent et l'on peut espérer qu'avant peu toutes nos casernes seront également alimentées d'eau de source à l'usage des hommes. On aura ainsi fait disparaître une des causes de mortalité les plus fréquentes qui sévissent dans les rangs de notre armée.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Les médecins pendant la Révolution (1789-99). Ouvrage posthume de M. le docteur Constant Saucerotte. Paris, 1887, librairie académique Didier, Perrin et Cie.

L'École de Salerne et les médecins salernitains, par M. le docteur Georges Bécavin. 1 vol. grand in-8° de 127 pages Paris, 1888. J.-B. Baillières et fils. 2 fr. 50

Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants, par M. le docteur A. Veillard. 2e édition 1 vol. in-18. Paris, O. Berthier. 4 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

16287. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 3 octobre 1888.

Académie de médecine : **Urologie de la fièvre intermittente. — Toxicité des alcools d'industrie.**

On n'a pas oublié les intéressantes observations communiquées par divers médecins au moment où en 1882 M. le professeur Verneuil étudiait les relations qui lui paraissaient exister entre le diabète et l'impaludisme. Dans un travail, très riche d'observations bien prises et discutées avec un grand sens clinique (*Gazette hebdomadaire*, 1882, p. 718), M. Sorel était arrivé à cette conclusion que si, comme l'avait remarqué M. Verneuil, certains diabétiques pouvaient, dans leurs antécédents pathologiques, présenter de fréquents accès de fièvres intermittentes, il était très rare sinon exceptionnel de constater la glycosurie dans le cours ou dans la convalescence des maladies paludéennes. La glycosurie paludique au vrai sens du mot n'existe donc pas. On est en droit de soutenir que le paludisme, comme tout état morbide qui occasionne un ralentissement dans les échanges nutritifs, peut engendrer le diabète. Mais ce fait lui-même est relativement rare. Ce que l'on observe plus fréquemment, ainsi que nous l'avons fait déjà remarquer en 1882, ce sont des glycosuries légères, éminemment transitoires, qui surviennent au moment même où après un accès fébrile quelconque la température vient à s'abaisser brusquement. La rareté des diabétiques dans les pays paludéens semble prouver que la fièvre intermittente ne joue aucun rôle dans l'étiologie du diabète.

C'est ce que viennent de confirmer encore les recherches de M. le docteur Mossé (de Montpellier). A la suite des accès de fièvre intermittente, dit-il, la glycosurie peut se montrer; mais c'est là un fait rare, individuel, le plus souvent transitoire, et l'intoxication tellurique n'a dans la production du paludisme qu'un rôle secondaire. M. Mossé a montré de plus que la polyurie était fréquente et que cette polyurie sans azoturie mais caractérisée par l'abondance des chlorures se rapproche des polyuries observées dans la convalescence des maladies aiguës. On ne saurait trop encourager ces recherches d'urologie pathologique qui finiront par fixer, au point de vue pathogénique, bien des questions encore obscures.

— La communication de M. Laborde a réveillé la question de la toxicité des alcools d'industrie, qui réapparaît périodiquement sans avoir encore donné lieu à des décisions administratives susceptibles de satisfaire aux exigences de la santé publique. Nous avons déjà fait connaître, lorsqu'ils ont été présentés à la Société de médecine publique de Paris, les résultats des recherches auxquelles M. Laborde s'est livré, avec M. Magnan, sur les alcools dits supérieurs et les bouquets artificiels (*Gaz. hebd.*, 1887, p. 529). M. Laborde n'ayant pu terminer en une seule séance la lecture de son mémoire, nous croyons préférable d'en attendre l'achèvement pour examiner le bien-fondé des critiques dont le procédé des injections intraveineuses pour l'étude de ces produits a été l'objet de la part de M. Dujardin-Beaumetz. A priori, l'expérimentation par l'ingestion stomacale paraît se rapprocher davantage de la réalité et pouvoir donner des résultats plus directement applicables à l'homme; mais cette opinion, formulée par M. Dujardin-Beaumetz, a été vivement combattue par M. Laborde, qui professe un avis diamétralement opposé et s'est engagé à en fournir des preuves évidentes dans la seconde partie de son mémoire. Qu'il nous soit permis, en attendant de pouvoir exprimer un avis motivé sur cet intéressant point du débat, de faire observer que de nombreux faits d'expérience plaident déjà en faveur de la doctrine soutenue par M. Laborde, lorsqu'il s'agit de produits aussi diffusibles que ceux dont il est question ici et dont le maniement est fait avec soin et lenteur.

Ce qui n'est pas douteux, c'est que tous ces composés dus à la chimie la plus savante comme à la plus grossière, tous ces bouquets artificiels, ces huiles de vin, ces sèves de Médoc, de Bourgogne, de Cognac, etc., ont une toxicité considérable et... que leur consommation se multiplie avec une

effrayante rapidité. Il n'est pas douteux, d'autre part, que l'industrie des alcools est parvenue à fournir des produits dont la rectification et la pureté ne laissent rien à désirer, si bien qu'il semble qu'il n'y aurait qu'à favoriser la vente de ceux-ci au détriment des premiers. Un tel raisonnement ne saurait être aussi simple pour des hommes d'État; car ils ont à mettre en balance les intérêts de tous ceux qui fabriquent ces alcools ou profitent de leur vente et l'on sait que pour les économistes dont les doctrines sont aujourd'hui le plus en faveur ce n'est pas l'intérêt du plus grand nombre qui doit prévaloir, mais bien l'intérêt de ceux qui possèdent ou qui ont en main les moyens de production et de travail. Et cependant les alcools, eaux-de-vie, liqueurs qui sont débités chez les commerçants leur sont fournis à un prix si inférieur que ces produits ne peuvent être obtenus qu'à l'aide de manipulations savantes, qui ont pour but d'en masquer plus ou moins les impuretés. N'y a-t-il donc pas lieu de se demander si les intérêts fort peu respectables de ceux qui les fabriquent doivent prévaloir sur ceux des nombreuses personnes dont la santé est compromise par de telles spéculations ?

Or, la loi peut agir de trois façons en pareille circonstance : en diminuant le nombre des débits, en rendant la boisson plus chère, en empêchant la fabrication et la vente des produits impurs. Sur le premier point, nous ne voulons ici que signaler les faits suivants : en 1829, il y avait en France 297 312 débits; il y en a aujourd'hui 399 145; en 1875, on en comptait 1 par 109 habitants; en 1885, 1 par 94 habitants et en 1886, 1 par 93 habitants. Et les résultats de cet accroissement sont tels depuis dix ans, qu'on peut lire dans une publication du Bureau fédéral suisse de statistique, datant de 1884, les lignes suivantes : « Ce qui résulte de tous ces relevés, c'est que, grâce au tempérament français, il a suffi en France d'une consommation d'alcool assez faible, comparativement à celle des autres pays, pour produire des perturbations relativement très sensibles dans la vie individuelle comme dans la vie sociale. »

Accordons cependant que c'est peut-être encore dans notre pays que l'alcoolisme produit les effets les moins énergiques. En tout état de cause, comme l'a demandé il y a huit jours, dans les termes suivants, la commission extra-parlementaire du régime des alcools, il est urgent de préparer les lois et règlements qui permettraient : 1° de surveiller la rectification des alcools d'industrie et de proscrire la mise en consommation des alcools dont le degré d'impureté dépasserait un maximum de tolérance déterminé par l'Administration; 2° de surveiller la mise en vente de toutes les boissons alcooliques, eaux-de-vie, liqueurs, vins, etc..., et d'étendre aux boissons nuisibles à la santé publique les dispositions de la loi de 1855 sur les falsifications, les mixtures et les mélanges; 3° d'exiger des déclarations préalables de tous les distillateurs industriels, agricoles ou autres; 4° d'abolir le privilège des bouilleurs de cru en ce qui concerne la surveillance et de ne leur accorder de franchise d'impôt, s'il y a lieu, que sur une quantité d'alcool de 10 litres au plus; 5° de surveiller la fabrication, la vente et l'emploi des alambics et autres appareils propres à la distillation; 6° d'asseoir l'impôt sur les vins d'après la force alcoolique, en les taxant proportionnellement au degré; 7° de permettre le vinage jusqu'à concurrence de 3 pour 100 et jusqu'à la limite de 15 degrés, au taux de la taxe du degré alcoolique dans le vin; 8° de renforcer le taux des licences dans le calcul de la parité entre la base du nouveau droit au degré et les taxes diverses qui existent aujourd'hui; 9° de prendre pour point de départ les tarifs actuels des droits sur l'alcool et le vin, modifiés comme il a été dit ci-dessus dans leur mode de recouvrement et dans leur assiette, pour augmenter le taux de l'impôt, tant au point de vue des ressources nouvelles que l'on pourrait y trouver, que du frein à apporter à l'abus de l'alcool.

L'anémie et les anémiques.

« Les méthodes d'investigation nouvelles permettent de préciser et de restreindre le cadre des anémies dont la délimitation s'étendait, il y a une vingtaine d'années, d'une manière vague et pour ainsi dire indéfinie, sous l'influence de conceptions erronées, actuellement renversées par les progrès de l'hématologie ». C'est en ces termes que M. le professeur G. Sée commençait il y a quelques mois une série de leçons cliniques recueillies et publiées récemment par M. le docteur Schlemmer (1). L'intérêt scientifique et pratique du sujet traité dans ces leçons et les conclusions qu'on en peut déduire au point de vue clinique et thérapeutique nous engagent à examiner avec quelques détails ce que nous ont apporté de précis les découvertes physiologiques modernes et comment il convient de comprendre les états divers qu'aujourd'hui comme autrefois la plupart des médecins confondent, plus ou moins, sous le terme générique d'anémie.

Il y a vingt-cinq ans, au moment où nous commencions nos études médicales, on désignait sous le nom d'*anémiques* les malades à teint blême, joues pâles, muqueuses décolorées, atteints d'essoufflement ou de palpitations au moindre effort, faibles, impressionnables à l'excès, sujets à des névralgies, des douleurs musculaires, des hyperesthésies, des céphalées, généralement dyspeptiques ou atteints de troubles digestifs aussi variés que le comportait leur nervosisme, enfin ne présentant à l'examen physique des organes aucune autre lésion que celles qui dépendent de l'état du sang et qui se caractérisent surtout par les souffles de la base, signalés par Bouillaud et bien étudiés plus tard par Parrot et par M. Potain.

Exclusivement clinique, cette conception de l'anémie avait été admise depuis le commencement du dix-septième siècle par la plupart des médecins. D'abord fondée sur des observations qui, comme celles de Sydenham, avaient été faites au lit du malade et sans aucun contrôle hématologique, elle s'était peu à peu confirmée au moment où des analyses nombreuses dues à Prévost et Dumas, Denis (de Commercy), Andral et Gavarret, etc., vinrent démontrer que la déglobulisation du sang était, dans l'immense majorité des cas, la caractéristique de l'anémie. On crut dès lors pouvoir affirmer que la physiologie expérimentale avait définitivement résolu le problème que s'étaient posé les médecins du dix-septième siècle et lorsque en 1866 parut le livre de M. Sée sur *le sang et les anémies* (2), la nouvelle méthode d'études, inaugurée

(1) *Des anémies et pseudo-anémies*, par M. le professeur G. Sée. Leçons de clinique recueillies par M. le docteur G. Schlemmer. Paris, 1888. G. Masson.

(2) *Leçons de pathologie expérimentale*, par M. le docteur Sée. 1er fascicule: *Du sang et des anémies*, leçons recueillies par M. le docteur Maurice Raynaud. Paris, 1866. F. Asselin.

par le savant médecin de Beaujon, et le livre qui en résumait les enseignements furent accueillis avec enthousiasme par la plupart des jeunes médecins. S'appuyant sur les données alors fournies par l'analyse chimique et l'expérimentation physiologique, M. G. Sée admettait au point de vue des altérations du sang, et abstraction faite de ses causes efficientes, quatre types d'anémie selon qu'il y a diminution dans la masse totale du sang, perte des globules rouges, dilution du plasma dans un excès d'eau ou appauvrissement du sérum en principes albumineux. Chimiquement il désignait ces anémies sous les noms d'oligaimie, anémie globulaire, hydrémie, désalbuminémie. Étiologiquement il les appelait: anémies par déperdition (comprenant les anémies par hémorrhagie et les anémies d'origine sécrétoire); anémies par privation (d'origine respiratoire et d'origine alimentaire ou dyspeptique, dues à l'épuisement nervo-musculaire, ou enfin à l'épuisement nerveux); anémies d'origine diathésique ou toxique (toxiques, diathésiques ou de convalescence); enfin chloroses.

Nous aurons à revenir sur cette classification et sur les conditions étiologiques et cliniques invoquées pour la faire prévaloir. Disons seulement que si elle devait paraître acceptable au point de vue étiologique, il paraissait difficile, en 1866, et il resterait bien malaisé aujourd'hui même de spécifier cliniquement c'est-à-dire de diagnostiquer par des signes différentiels précis chacune des formes morbides qu'elle tendait à établir. D'autre part, s'il semblait rationnel de séparer les unes des autres les lésions dues aux modifications du sang suivant que tel ou tel autre de ses éléments se trouve altéré, cette division, en étendant outre mesure le cadre des anémies, ne permettait pas non plus de les distinguer les unes des autres. « Sans doute, disait à ce propos M. Potain, il serait intéressant d'étudier ensemble et de comparer entre elles l'anémie globulaire, qui prive le sang de l'élément excitateur et amène la faiblesse, l'inaptitude à l'activité; — l'hypoalbuminose qui lui ôtant les matériaux les plus importants de la nutrition entraine à sa suite les hydropisies et l'amaigrissement; — l'hypinose, qu'accompagne la tendance aux hémorrhagies et la putridité; — la diminution des sels dont l'influence complexe et encore imparfaitement connue semble apporter des perturbations dans les plus importants des phénomènes physico-chimiques de la vie; — enfin la diminution de l'oxygène avec les formes diverses que peut prendre l'asphyxie lente ou rapide. »... « On verra cependant, ajoutait M. Potain, que, si l'on excepte les seuls globules, les variations en moins de chacun des éléments constituants du sang sont ou trop peu étudiées, ou trop rarement isolées et trop subordonnées les unes aux autres, ou enfin trop incertaines dans leurs effets pour caractériser en pathologie des types que la clinique puisse utilement conserver. » (*Dict. encyclop.*, t. IV, p. 228.)

On pourrait en dire autant aujourd'hui; sauf en ce qui concerne les globules sanguins, les nouvelles recherches hématologiques n'ont guère donné de résultats. Et cependant, les progrès accomplis depuis 1886 ont été considérables. On peut affirmer en effet que les nouvelles méthodes de numération des globules, puis et surtout les recherches ayant pour objet le dosage de l'hémoglobine et l'appréciation non plus de la masse du sang, mais bien de sa richesse, de sa vitalité, c'est-à-dire, pour parler le nouveau langage physiologique, l'évaluation de l'oxyhémoglobine et de l'*activité de sa réduction*, ont permis de juger avec plus d'exactitude quelles étaient les qualités du sang dans les divers états dits anémiques.

Déjà, on le sait, Andral et Gavarret, puis Virchow, Valentin, R. Wagner, etc., avaient signalé non seulement la diminution du nombre des globules, mais encore les altérations de forme, de volume, de constitution intime que présentent ces éléments caractéristiques du sang. Les belles recherches de M. Hayem (*Académie des sciences*, 1876) ont démontré que, dans les anémies graves, la moyenne des dimensions globulaires est toujours inférieure à la normale, de telle sorte que cent globules du sang d'un anémique ne correspondent plus qu'à environ quatre-vingts globules sains. En même temps M. Hayem a montré que le pouvoir colorant de ces globules diminue de telle sorte que si l'on représente par 1 la richesse en hémoglobine du sang normal, celle-ci peut tomber chez les anémiques de 0,66, chiffre maximum, à 0,125, chiffre minimum. Les globules sanguins sont donc, chez les anémiques, essentiellement altérables et comme nombre et comme dimensions et *comme coloration*. Ce dernier résultat, déjà signalé en 1873 par M. Quinquaud, montre bien que c'est la diminution de l'hémoglobine qui caractérise l'état anémique. Disons en passant que cette découverte confirme l'utilité, dans les anémies vraies, de l'usage des médicaments ferrugineux, puisque le fer se trouve fixé par l'hémoglobine et que les analyses du sang dans certaines anémies montrent que la proportion du fer contenu dans ce liquide peut s'abaisser très notablement.

Nous n'avons pas à indiquer ici par quels procédés colorimétriques ou spectroscopiques on est arrivé, depuis Vierordt, Preyer, etc., jusqu'à Hayem et Malassez, à doser la richesse en hémoglobine du sang physiologique ou altéré par la maladie. Il suffit d'établir comme un fait positif que la diminution notable du nombre des globules sanguins et surtout la diminution de l'hémoglobine constituent l'un des caractères les plus nets et les plus constants de l'état anémique.

Mais il importe, pour mieux faire comprendre le nouveau procédé d'analyse du sang, imaginé par notre collaborateur et ami M. Hénocque de rappeler en quelques mots ce qu'est l'hémoglobine au point de vue spécial qui nous occupe.

On sait que cette substance se présente dans le sang sous deux états : l'*hémoglobine oxygénée* et l'*hémoglobine réduite*. La première ou *oxyhémoglobine* est contenue dans les globules rouges et peut en être extraite à l'état cristallisé. Si l'on vient à lui enlever l'oxygène qu'elle a fixé, on la transforme en *hémoglobine réduite*, c'est-à-dire dépourvue d'oxygène, et le sang qui la renferme prend les caractères du sang veineux. Entre l'oxyhémoglobine et l'hémoglobine réduite se trouve un produit intermédiaire, la *méthémoglobine*, qui est de l'hémoglobine non entièrement privée d'oxygène et que l'on observe surtout après certaines intoxications comme par exemple lorsque l'on a respiré des vapeurs de nitrite d'amyle. Mais cette méthémoglobine n'est qu'un produit de réduction incomplète de l'oxyhémoglobine. C'est un produit accidentel. Dans les conditions ordinaires, physiologiques, ou même dans les maladies qui entraînent après elles un état anémique, le sang artériel, riche en hémoglobine oxygénée, perd peu à peu son oxygène en traversant les capillaires; il devient sang veineux en même temps que l'oxyhémoglobine passe à l'état d'hémoglobine réduite. Dans les cas de cyanose cette hémoglobine réduite se retrouve jusque dans les capillaires et, après la

mort, tout le sang ne renferme plus que de l'hémoglobine réduite. On comprend, dès lors, l'intérêt pu'il y avait à mesurer la rapidité avec laqaelle le sang artériel peut, dans nos tissus, se transformer en sang veineux. C'était par là même mesurer l'intensité des échanges, c'est-à-dire de la nutrition interstitielle.

Or, grâce à la méthode d'analyse très ingénieuse qu'il a imaginée récemment et indiquée dans une série de publications (voy. *Gaz. hebd.*, 1887, p. 212), M. Hénocque est parvenu non seulement à doser exactement l'oxyhémoglobine que contient le sang, mais encore à préciser la durée de la réduction de cette oxyhémoglobine; et, par cette constatation il a pu apprécier, comme je viens de le dire, l'activité des échanges interstitiels qui sont l'un des caractères les plus nets de la nutrition des tissus. Ce dernier fait était important à signaler, car les variations de l'oxyhémoglobine sont considérables. Une hémorrhagie physiologique, comme la menstruation, peut diminuer de 1 à 3 pour 100 la proportion d'oxyhémoglobine. La fièvre typhoïde, le rhumatisme, la leucocythémie, le mal de Bright, etc., modifient également et très rapidement la proportion de l'hémoglobine oxygénée. Il faut donc, si l'on veut, par les procédés hématoscopiques, obtenir quelques résultats applicables à l'étude des maladies, apprécier tout à la fois la quantité de l'oxyhémoglobine que contient le sang et la durée de la réduction de cette oxyhémoglobine. On arrive ainsi à mesurer ce que M. Hénocque appelle l'activité de la réduction. Or la mesure de cette activité, lorsque toutes les conditions accessoires qui peuvent la modifier accidentellement auront été bien déterminées, devra fournir les notions les plus importantes au point de vue du diagnostic qui nous intéresse. Déjà, dans une communication faite à la Société de biologie (*Gaz. hebd.*, 1887, p. 795), M. Hénocque s'est cru autorisé à affirmer que, dans la chlorose, il y avait non seulement anémie, c'est-à-dire diminution de la quantité d'oxyhémoglobine, mais encore affaiblissement permanent de l'énergie des échanges et, en particulier, de la consommation de l'oxygène dans les tissus. De telle sorte que chez certaines chlorotiques alors que la proportion d'oxyhémoglobine serait redevenue normale, c'est-à-dire alors qu'elles ne seraient plus anémiques, l'abaissement de l'activité de la réduction pourrait cependant persister.

Toutefois, de ces intéressantes observations il faut conclure que les conditions qui font varier la rapidité de la réduction, c'est-à-dire l'activité des échanges gazeux entre le sang et les tissus, sont variables aussi bien à l'état physiologique qu'à la suite ou dans le cours des maladies les plus diverses. Il nous semble en résulter que ce caractère ne saurait *à lui seul* servir de base à une classification nosologique, et que dès lors, ainsi que M. Hénocque l'a fort bien indiqué, il convient de toujours tenir compte tout à la fois et de la proportion d'oxyhémoglobine contenue dans le sang et de la rapidité avec laquelle cette oxyhémoglobine se réduit. Sans doute il peut arriver que l'activité de la réduction soit diminuée, alors même que la proportion d'oxyhémoglobine reste normale, mais dans ce cas il n'y a plus *anémie*. Le fait que l'on constate démontre seulement qu'il y a *ralentissement de la nutrition*. Et l'on sait que les états pathologiques que M. Bouchard a si bien classés sous cette dénomination sont dus aux causes les plus diverses, et se rencontrent à la suite de maladies qui, loin de leur être comparables, peuvent être opposées aux anémies vraies.

Au point de vue exclusif qui nous occupe en ce moment, il nous faut donc admettre que les *anémiques* sont des malades chez lesquels la proportion d'oxyhémoglobine contenue dans le sang reste inférieure à la normale; et nous en revenons dès lors à la définition qui permettait autrefois de considérer comme anémiques les inanitiés, les surmenés et les intoxiqués. Bien plus, comme le dit fort bien M. G. Sée, « les altérations du sang ont leur source en dehors de lui et, pour être durables, elles doivent être entretenues soit par l'apport renouvelé de quelque foyer infectieux, soit par le fonctionnement anormal de quelque tissu dont la structure a subi une modification matérielle, passagère ou persistante qui peut être d'ailleurs, suivant les cas, plus ou moins appréciable pour l'anatomiste et pour le clinicien. » Il en résulte que les altérations persistantes du sang, celles qui caractérisent la plupart des états dits *anémiques*, doivent être entretenues par un vice de nutrition des tissus; que, par conséquent, l'anémie est un syndrome clinique et non une entité morbide; qu'elle est rarement primitive; et qu'il paraît bien difficile de ne pas conserver dans ces lignes essentielles la classification ancienne, celle de 1866.

Quels sont, en effet, les états pathologiques qui seuls devraient aujourd'hui être rangés dans la classe des anémies? Ce sont, dit M. G. Sée :

1° Les *anémies hémorrhagiques*, caractérisées par une perte portant sur l'ensemble des éléments du sang (il y a, en effet, dans les anémies par hémorrhagie, diminution notable, mais le plus souvent transitoire, des globules du sang. L'état anémique vrai ne s'observe qu'à la suite d'hémorrhagies très abondantes et fréquemment répétées);

2° La *chlorose*, caractérisée par une déchéance fonctionnelle plutôt que quantitative de l'hémoglobine. Nous aurons à revenir sur cet état morbide, qui est, en effet, l'un des plus caractéristiques, mais qui, s'il s'accompagne presque toujours d'anémie vraie, peut cependant coexister avec un sang relativement assez riche en oxyhémoglobine;

3° L'anémie *vraie* (?) ou *hypoglobulie*, dite aussi *essentielle* ou *spontanée*, état morbide que M. G. Sée hésite encore à admettre et qu'il semble considérer comme une combinaison possible « d'une part, entre la chlorose et l'anémie hémorrhagique; d'autre part, entre l'anémie hémorrhagique et les pseudo-anémies des inanitiés, des apnéiques, des épuisés, des intoxiqués, des septicémiques. »

Tous les autres états pathologiques caractérisés cependant eux aussi par la diminution persistante et relativement considérable de l'oxyhémoglobine, seraient des *pseudo-anémies*. Et parmi les pseudo-anémies, on devrait ranger les *inanitiés*, les *épuisés* et les *intoxiqués*, « chez lesquels on n'observerait jamais ni diminution en bloc des divers éléments du sang, ni diminution dans l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, ni diminution du chiffre des hématies accompagnée d'accroissement dans l'activité de réduction. »

S'il ne s'agissait, en ce moment, que d'une question nosologique, nous n'insisterions pas pour faire remarquer que, d'après M. Hénocque, la diminution dans l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, bien que caractéristique de la chloro-anémie, s'observe néanmoins à un certain degré chez les cancéreux, les phthisiques, les dysentériques, dans certains cas d'obésité, d'embarras gastrique, d'ictère, de goutte, etc., et que la diminution du chiffre des hématies ou tout au moins de la proportion d'oxyhémoglobine avec

accroissement dans l'activité de réduction peut se voir dans le purpura rhumatismal, dans l'irritation spinale, dans l'alcoolisme, etc. Mais M. G. Sée serait le premier à reconnaître que l'accroissement ou la diminution dans l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine ne caractérisent point l'anémie mais bien certaines maladies nerveuses ou, au contraire, les maladies par ralentissement de la nutrition. La nouvelle classification paraît donc avoir eu pour but spécial de distinguer des anémies manifestement symptomatiques celles qui peuvent être considérées comme *essentielles*, c'est-à-dire dues à une altération *primitive* du sang. Et, à ce point de vue, l'on comprendra qu'à côté de la chlorose, qui peut à la rigueur être considérée comme due à un trouble de l'hématopoïèse, à un désordre dans la formation du sang, on ne trouve guère que les hémorrhagies que l'on puisse regarder comme causes directes d'une anémie vraie.

Infiniment plus utiles à retenir sont les déductions thérapeutiques qui servent toujours de conclusion aux études de de ce genre. Or, s'il est vrai que les fausses anémies résistent aux préparations ferrugineuses, il importe avant tout et surtout de bien définir ce qu'il faut entendre par vraie et fausse anémie. Ce serait renoncer à l'une des plus précieuses ressources de la thérapeutique que de condamner le fer dans un grand nombre d'états morbides, qui ne sont dus ni à des hémorrhagies multiples et prolongées, ni à un état chlorotique ancien. Ce serait s'exposer à de graves mécomptes que de l'administrer, comme on le faisait trop souvent autrefois, à tous ceux dont l'aspect extérieur peut faire croire à l'existence d'un état anémique vrai.

Il importe donc d'étudier de très près cet intéressant sujet. Nous le ferons dans un prochain article en poursuivant l'analyse des leçons de M. le professeur G. Sée.

L. Lereboullet.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Phlegmon sous-péritonéal; difficulté du diagnostic, par M. Henri Favier, médecin-major au 5e dragons.

G..., soldat d'infanterie, entré à l'hôpital le 24 mai. Santé parfaite avant et depuis l'incorporation. Pas de traumatisme ancien ni récent. Début de la maladie il y a treize jours par douleurs abdominales intenses, vomissements, alternatives de constipation et de diarrhée, fièvre vespérale qui revêt, à partir du 22 mai, le type continu rémittent. Le jour de l'entrée, diarrhée, ventre dur et ballonné; dans le flanc gauche, douleur des plus vives, exaspérée par la pression et les mouvements. Trois jours après, tuméfaction, rougeur et œdème inflammatoire du flanc et d'une partie de l'hypochondre gauches; la douleur a beaucoup diminué sous l'influence d'une application de sangsues. On pense à un phlegmon profond.

Le 28 mai on constate l'existence d'un épanchement pleurétique, qui ne tarde pas à occuper la moitié environ de la plèvre gauche.

7 juin. — Depuis que le malade est à l'hôpital, on recherche avec soin, mais vainement, la fluctuation dans le flanc gauche; la tuméfaction, la rougeur, l'œdème ont disparu et la douleur aiguë des premiers jours est devenue insignifiante; on le met sur le compte du point de côté pleurétique, car le diagnostic phlegmon semble devoir être écarté. La température, qui était redevenue normale à partir du 28 mai, remonte chaque jour sous forme d'accès vespéraux rebelles au sulfate de quinine; l'état général, qui était resté bon, périclite, le malade maigrit à vue d'œil, il a l'air de faire du pus quelque part, mais la piste du phlegmon profond est entièrement perdue; on pense à une transformation purulente de l'épanchement pleural. Une péritonite aiguë éclate le 28 juin et le malade meurt le 30.

A l'autopsie, lésions de péritonite aiguë généralisée dans l'hypochondre gauche, abcès du volume de deux grosses oranges correspondant à la région où l'on avait constaté pendant la vie de la rougeur, de l'œdème et de la douleur. Cet abcès a pour paroi externe le plan musculaire profond et pour paroi interne le péritoine très épaissi à ce niveau. Le pus a soulevé la masse intestinale et fusé jusqu'au rachis. Le point par lequel il a dû pénétrer dans le péritoine n'a pu être déterminé.

Dans la plèvre gauche, épanchement séreux qu'aucune lésion intermédiaire ne rattache au phlegmon abdominal.

Il est clair que la mort du malade est en grande partie imputable à l'erreur de diagnostic, car, si l'on avait ouvert l'abcès presque diagnostiqué au début, la péritonite n'aurait pas eu lieu.

Cette erreur est-elle excusable? Je le pense, car les symptômes du phlegmon avaient disparu à tel point que rien n'aurait pu justifier une intervention opératoire. L'existence d'un épanchement pleurétique compliquait encore la question en faisant mettre sur le compte de la purulence de cet épanchement les symptômes de suppuration profonde.

A quoi attribuer l'entière disparition des signes physiques de l'abcès? Evidemment à son libre développement du côté de la cavité abdominale.

Denonvilliers professait que la lenteur avec laquelle se développent vers l'extérieur les caractères propres du phlegmon et de l'abcès lorsque l'inflammation a primitivement son siège dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, peut rendre le diagnostic fort embarrassant. Bricheteau nous a laissé l'histoire d'un phlegmon de la paroi abdominale antérieure que Marjolin et lui considérèrent jusqu'au dernier moment comme une péritonite (*Arch. gén. de médecine*, 3e série, t. VI, p. 435, 1839). L'erreur que je viens de rapporter est donc en bonne compagnie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Séance du 24 septembre 1888. — Présidence de M. des Cloizeaux.

Action physiologique de l'Hedwigia balsamifera. Note de MM. *E. Gaucher*, *Combemale* et *Marestang*. — Ce végétal est un arbre de la famille des Térébinthacées, qui croît aux Antilles. Les expériences que nous avons entreprises l'ont été avec les extraits alcoolique et aqueux des écorces de racine et de tige; elles ont été faites par injections hypodermiques. En voici les résultats:

Des premiers il suffit de 0gr,146 par kilogramme d'animal pour déterminer, chez le cobaye, des troubles graves, et de 0gr,161 pour produire la mort. Les seconds (*extraits aqueux*) sont moins toniques, notamment celui de racine, dont il faut 0gr,65 par kilogramme pour amener la mort en une heure (avec une symptomatologie identique à celle que produit l'extrait alcoolique), tandis que 0gr,53 d'extrait aqueux de tige par kilogramme sont nécessaires pour tuer un cobaye en vingt minutes.

Bref, de ces expériences il résulte, comme effets physiologiques produits par les extraits alcoolique et aqueux d'Hedwigia:

1° Un abaissement rapide et considérable de la température;

2° Une paralysie débutant par le train postérieur et s'étendant progressivement au reste du corps, s'accompagnant de convulsions généralisées, de dilatation pupillaire et d'éjaculation;

3° Des phénomènes vaso-dilatateurs appréciables sur l'oreille;

4° Quand l'intoxication est mortelle, la mort est précédée d'irrégularité de la respiration et de parésie cardiaque;

5° La seule lésion nécropsique est une congestion viscé-

rale et surtout pulmonaire, d'autant plus exagérée que la mort a été moins rapide.

D'où les auteurs concluent que l'*Hedwigia balsamifera* est un *poison nerveux, hypothermisant, paralysant et convulsivant*, dont les effets s'étendent progressivement de la partie inférieure de la moelle au bulbe rachidien. Quant aux principes actifs qui se trouvent dans ces extraits, ce sont un alcaloïde et une résine, et des expériences des auteurs il résulte que l'alcaloïde est surtout convulsivant; il est aussi paralysant et hypothermisant, mais à un moindre degré que la résine. Cette dernière est exclusivement paralysante et hypothermisante, d'une façon beaucoup plus active que l'alcaloïde; enfin, en dehors de son action antithermique, *qui est tout à fait spéciale*, elle semble agir comme le curare.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DES CLOIZEAUX.

Aucun travail manuscrit de médecine n'est présenté dans cette séance.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Budin* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'accouchements.

M. le docteur *Sénac* (de Vichy) demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine.

M. le docteur *Landarrabilia* (de Barbaste) envoie un mémoire manuscrit, intitulé: *Nouvelles propriétés thérapeutiques du café vert dans les affections du foie, les coliques hépatiques et le diabète.*

M. le docteur *Salisbury* (de New-York) adresse un ouvrage sur *les relations entre l'alimentation et la maladie.*

M. *Proust* présente une *Note* manuscrite de M. le docteur *Barth de Sandfort* (de Dax) sur un *thermomètre* destiné à s'assurer de la température des toutes les couches de bains de boues.

M. *Le Roy de Méricourt* dépose un mémoire de M. le docteur *E. Brémond* fils relatif à l'*influence du traitement térébenthiné sur la richesse du sang en oxyhémoglobine.*

M. *Larrey* dépose une brochure de M. le docteur *Favre* (de Lyon) sur *la persistance de la guérison du daltonisme congénital traité par l'exercice.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un nouveau *pessaire à anneau* imaginé par M. *Gairal* père (de Carignan).

M. *Tillaux* dépose, au nom de M. *Favre*, des *instruments tranchants en acier*, d'une seule pièce et nickelés.

ACCOUCHEMENTS. — M. le docteur *Verrier*, candidat à la place déclarée vacante dans la section d'accouchements, lit une observation d'enchatonnement avec adhérences anormales du placenta, suivi de délivrance incomplète et de septicémie puerpérale. La guérison fut obtenue à l'aide d'injection intra-utérines et vaginales de sublimé au deux-millième.

UROLOGIE DE LA FIÈVRE PALUSTRE. — M. le docteur *Mossé* (de Montpellier), dans un travail communiqué par M. *Bouchard*, rend compte de ses recherches sur l'excrétion urinaire après les accès de fièvre intermittente. Il en tire les conclusions suivantes :

1° L'urologie de la fièvre palustre mérite d'être reprise; les propositions classiques sur les caractères et la marche du syndrome urologique, pendant les paroxysmes et après l'accès, subissent de nombreuses exceptions; elles ne peuvent être données comme règles que sous réserves.

2° A la suite des accès de fièvre intermittente, la glycosurie peut se montrer; mais elle constitue un accident rare, ordinairement transitoire.

3° La glycosurie qui se montre dans ces circonstances paraît tenir surtout aux conditions inhérentes à l'individu et résulter d'un état spécial de l'organisme, passager ou permanent (diathèse arthritique, lactation, état de la nutrition, etc.).

4° L'intoxication tellurique n'a dans sa production qu'un rôle secondaire, puisque chez les paludéens cachectiques et dans les fièvres intermittentes pernicieuses, la glycosurie ne paraît pas être plus fréquente que dans l'impaludisme moins grave ou moins invétéré.

5° Après les accès de fièvre intermittente il est fréquent mais non constant de voir survenir une polyurie aiguë à caractères spéciaux; la quantité d'urine émise varie de 2 litres et demi à 3 litres et demi dans les vingt-quatre heures; elle a pu atteindre 5 et même 8 litres.

6° Cette polyurie aiguë commence d'habitude plusieurs jours après les accès et ne s'accompagne pas ordinairement d'une azoturie proportionnelle. Elle ne doit pas cependant être regardée comme une hydrurie simple. Dans les cas où les chlorures ont été analysés, ces sels se trouvaient excrétés en grande abondance.

7° Par son allure et par ses caractères principaux cette polyurie se rapproche plutôt des polyuries observées dans la convalescence des maladies aiguës qu'elle ne constitue à proprement parler un syndrome critique.

8° Pour mieux pénétrer sa nature, il serait utile de savoir si cette polyurie s'accompagne d'une augmentation de la toxicité urinaire.

9° Au point de vue séméiologique il faut recommander de faire pendant plusieurs jours consécutifs l'examen de l'urine après la disparition des accès fébriles.

10° Le fait observé par S. Ringer que le sulfate de quinine dissocierait les éléments de la fièvre; d'une part l'augmentation de la température qu'il fait disparaître, d'autre part l'augmentation de matières excrémentitielles qu'il laisserait subsister et qui paraîtraient dans l'urine au moment précis où l'accès aurait éclaté si on n'avait pas institué la médication quinique, mérite d'être confirmé par de nouvelles analyses.

TOXICITÉ DES ALCOOLS D'INDUSTRIE. — Dans une importante communication M. *Laborde* rend compte des résultats des expériences auxquelles il s'est livré avec M. *Magnan* sur la toxicité des alcools dits supérieurs et d'industrie et des bouquets artificiels destinés à fabriquer certains vins et liqueurs. Ces expériences ont été faites sur des chiens par injections intraveineuses (voy. *Gaz. hebd.*, 1887, p. 529).

Les huiles de vin, soit françaises, soit allemandes, qui servent, en raison de leur odeur pénétrante, à donner une saveur et une senteur spéciales, ont une action manifeste sur le système nerveux dont l'excitabilité est accrue et ensuite sur la fonction respiratoire par laquelle la mort ne tarde pas à se produire. L'activité toxique de l'huile allemande est presque le double de celle de l'huile française.

D'autre part, on n'avait jusqu'ici attribué de caractère convulsivant, en ce qui concerne les alcools, qu'aux essences qui entrent dans la composition de certaines liqueurs dites apéritives, dont le type est l'absinthe. Il résulte des recherches de MM. Laborde et Magnan que la même action appartient aussi à l'acide pyromucique ou furfurol employé dans les alcools d'industrie, à l'aldéhyde salycilique et au salicylate de méthyle pour les liqueurs et les bouquets.—(M. Laborde continuera sa communication dans la prochaine séance; elle sera à ce moment analysée dans son ensemble.)

M. *Dujardin-Beaumetz* considère les injections intraveineuses comme constituant dans ces cas un mauvais procédé d'expérimentation. Il est à craindre que des embolies ou des produits toxiques ne se forment ainsi, qui puissent à eux seuls déterminer l'action convulsivante. En pareil cas, on doit préférer l'ingestion directe des produits incriminés dans l'estomac, en prenant des précautions pour éviter des vomissements; c'est ainsi que M. Dujardin-Beaumetz a

institué autrefois ses recherches avec M. Audigé, en faisant ingérer à des porcs des eaux-de-vie naturelles et artificielles. Or les résultats sont tout différents par l'une ou l'autre méthode.

La clinique montre, d'autre part, que les personnes adonnées à l'absinthe ne sont pas, quoi qu'on en ait dit, plus épileptiques que les autres alcooliques.

M. *Laborde* maintient que l'injection intraveineuse constitue le procédé le plus sûr, celui qui permet le mieux d'avoir des doses comparables, et d'ailleurs il donne des résultats concordants avec ceux de l'emploi des ingestions stomacales, ainsi qu'on pourra s'en convaincre par les recherches qu'il communiquera mardi prochain.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Duplay* sur le concours pour le prix Meynot en 1888.

REVUE DES CONGRÈS

La période habituelle des congrès vient à peine d'être close et nous devons maintenant rechercher des renseignements utiles à nos lecteurs, parmi les mémoires communiqués et les discussions. Une telle besogne est d'autant plus ingrate qu'elle a pour but de répondre au désir d'informations rapides si développé de nos jours, tout en ne pouvant fournir que des indications insuffisantes à propos de manifestations scientifiques dont les comptes rendus définitifs ne paraîtront que dans un temps bien éloigné. Pour le Congrès de la tuberculose réuni à Paris au mois d'août il n'en a pas été ainsi heureusement et nous avons déjà pu en donner une relation assez complète. A vrai dire, il nous semble bien que ce Congrès est, de tous ceux de cette année, celui qui a eu le plus d'importance, celui dont la nouveauté a été la plus caractéristique et dont l'utilité sera la plus durable. En dehors de cette réunion, on en peut compter en 1888 jusqu'à treize : en Angleterre, à Glasgow pour l'Association médicale britannique et à Bath pour l'Association britanique pour l'avancement des sciences; en Allemagne, à Heidelberg, le septième Congrès international d'ophthalmologie; à Cologne, le Congrès des médecins et naturalistes allemands; à Francfort, le Congrès des hygiénistes allemands; le Congrès international d'otologie à Bruxelles; la réunion de la Société italienne d'obstétrique et de gynécologie à Naples; deux Congrès d'hygiène en Italie : l'un à Brescia et l'autre à Bologne; le Congrès médical de Barcelone, en Espagne; le premier Congrès des médecins et chirurgiens américains, à Washington; un Congrès d'hygiène, à Copenhague. Comme d'habitude, nous grouperons, par ordre de matières, les travaux de ces réunions en mentionnant les plus importants parmi ceux qui n'ont pas été déjà publiés avant d'avoir été présentés à un Congrès.

Médecine. — Une importante discussion sur le rachitisme, ses causes et son traitement a été soulevée au Congrès de Glasgow, par M. *Cheadle* (de Londres). Les causes principales de cette affection sont, d'après lui : une alimentation trop pauvre en graisse, en albuminoïdes et en sels de chaux, une hygiène défectueuse, l'absence d'air pur et de soleil; dans certains cas, la syphilis peut jouer le rôle de cause adjuvante. Il est vrai qu'on peut se demander comment doit s'expliquer le rachitisme tardif, celui qui survient vers l'âge de neuf ou dix ans? Or, dans un cas de ce genre, l'iodure de potassium lui a donné un succès remarquable, tandis que les aliments gras, l'huile de foie de morue, les phosphates aggravaient l'état du malade ; aussi est-il disposé à croire que le rachitisme tardif survient surtout chez des jeunes gens qui ont souffert, dans leur première enfance, de la forme ordinaire du rachitisme.

D'autre part, on constate assez souvent en Angleterre une combinaison du rachitisme avec le scorbut dont les symptômes, chez l'enfant, diffèrent un peu de ceux de l'adulte. M. Cheadle dit n'avoir jamais vu d'enfant nourri au sein devenir scorbutique ; il croit que les douleurs dans les os, qu'on observe si fréquemment chez les enfants rachitiques, sont surtout marquées dans les cas où existe, en outre, une tendance au scorbut.

Il ne considère pas la tuméfaction du foie et de la rate comme un symptôme constant, ou même très fréquent, du rachitisme et il est d'avis que, lorsqu'elle existe, on peut à bon droit soupçonner une complication syphilitique.

Ces opininions sont partagées par M. *Ranke* (de Munich); mais le scorbut est si rare à Munich qu'il n'a jamais observé sa combinaison avec le rachitisme. Il a fait faire quelques recherches, par un de ses élèves, sur la tuméfaction du foie et de la rate dans le rachitisme : sur 482 autopsies d'enfants, on a trouvé 25 cas de rachitisme et parmi eux la tuméfaction du foie a été constatée 9 fois; il a souvent observé pendant la vie, chez les enfants rachitiques, un gonflement manifeste de la rate qui a disparu avec le temps ; sur les 25 cas mentionnés ci-dessus, 13 présentaient un gonflement de la rate. En somme, M. Ranke est porté à croire que la tuméfaction du foie et de la rate dépend de l'état cachectique et non pas du rachitisme; elle est, en tous cas, loin d'être constante, même dans les cas où le rachitisme est compliqué de syphilis.

Quant à M. *Jacobi* (de New-York), bien qu'il ne considère pas le rachitisme comme une maladie franchement héréditaire, il croit que la présence, chez les parents, de certaines affections, telles que syphilis, phthisie ou tuberculose, présente une importance assez considérable; on constate très souvent, chez les enfants rachitiques, une tuméfaction des glandes lymphatiques du cou et du voisinage des bronches; peut-être y a-t-il là une source occasionnelle de scrofulose et de tuberculose. Il est aussi persuadé que les désordres de l'appareil digestif sont souvent la première cause du rachitisme; aussi, lorsqu'on donne du lait de vache, il faut toujours le faire bouillir et l'additionner d'une substance telle que la farine d'avoine. Quant à la fréquence des congestions vésicales chez les enfants rachitiques, la cause habituelle en serait une dilatation des artères qu'il a souvent constatée et qui peut expliquer aussi la tuméfaction du foie et de la rate.

Le rachitisme est plus fréquent dans les hautes classes qu'on ne le croit, fait observer M. *Carmichael* (d'Edimbourg), mais il passe souvent inaperçu parce que les enfants qui en sont atteints sont souvent assez gras et bien nourris, en apparence. Les enfants nourris au sein n'échappent pas toujours, quoique bien plus souvent que ceux auxquels on donne le biberon ; on nourrit beaucoup d'enfants, à Edimbourg, avec du lait condensé ou du lait de vache coupé d'eau. Les dimensions du foie, chez les enfants rachitiques, varient beaucoup dans un espace de temps relativement court; l'hyperplasie, chez eux, est souvent temporaire, ce qui fait qu'on ne la trouve pas très fréquemment à l'autopsie. Quant au gonflement des glandes lymphatiques du cou, il est habituellement le résultat de lésions superficielles de la bouche, des amygdales, des bronches, etc.

La thérapeutique du rachitisme est d'ordre médical, mais souvent elle doit être chirurgicale. Pour M. Cheadle, le traitement curatif de cette affection est surtout diététique et hygiénique; c'est pourquoi il recommande généralement la crème, le lait, l'huile de foie de morue, la viande crue de préférence au fer; d'une manière générale, il convient de ne pas abuser des médicaments. De son côté, M. Carmichael pense que le traitement doit avoir pour but de fournir à l'enfant les éléments nutritifs qui lui sont nécessaires et de maintenir les fonctions digestives en bon état. L'huile de foie de morue est un excellent médicament, mais on la donne souvent à dose beaucoup trop élevée; dans la majorité des cas, le mieux est d'administrer l'huile sous forme de frictions quotidiennes. Le phosphore paraît utile, incorporé tantôt à l'huile de foie de morue, tantôt à la maltine. M. Ranke donne la première place à l'hygiène et à une nourriture conforme aux besoins de l'enfant; il insiste à son tour sur le traitement par le phosphore, qui a joui d'une grande vogue en Allemagne ; il l'a employé longtemps lui-même, mais toujours en combinaison avec l'huile de foie de morue, qui joue peut-être, en fin de compte, le rôle le plus important. M. Hagenbach (de

Bâle) a publié, en 1884, un travail dont les conclusions étaient entièrement en faveur du phosphore; l'auteur avait même l'air d'admettre que ce médicament constituait une sorte de spécifique; dans le travail plus récent (1887) d'un élève de Hagenbach, M. de Montmollin, le phosphore est plutôt recommandé comme adjuvant. M. Jacobi est aussi convaincu de son utilité; il l'a employé avec succès pendant vingt ans dans diverses lésions osseuses avant d'en faire usage dans les cas de rachitisme. C'est surtout dans le craniotabes que l'action du phosphore est remarquable; on voit l'os reprendre sa consistance normale au bout de trois à quatre semaines, tandis qu'il faut au moins deux mois pour obtenir le même résultat par le régime et l'hygiène. Les sels de phosphore, en revanche, sont absolument inefficaces.

Sans doute, chez les très jeunes enfants, on peut voir des difformités osseuses assez avancées disparaître complètement sous l'influence d'un traitement purement médical; en outre, certaines lésions souvent attribuées au rachitisme reconnaissent une origine locale; le thorax en carène, par exemple, est fréquemment dû à une simple hypertrophie des amygdales; mais le traitement chirurgical, d'après M. *Ogston*, ne s'en impose pas moins fréquemment. Ainsi, pour la courbure des tibias, il enlève toujours un coin à base antérieure, car la division simple ou oblique du tibia ne permet pas une correction complète de la difformité; il a pratiqué quinze ostéotomies cunéiformes avec un succès complet. Sur le fémur, il emploie l'ostéotomie linéaire. Le genu valgum des enfants doit être traité par le redressement forcé, qui produit une solution de continuité plus ou moins complète au niveau du cartilage épiphysaire; parfois, c'est le condyle interne qui cède; il réserve l'ostéotomie pour les cas où l'os résiste au redressement forcé. M. Ogston considère le rachitisme comme la cause habituelle du pied plat; les ligaments cèdent au niveau de l'articulation médio-tarsienne, qui présente une mobilité anormale. Depuis quelque temps, il pratique, chez les adolescents atteints de pied plat, l'opération suivante: Après avoir ouvert l'articulation médio-tarsienne au moyen d'une incision linéaire, le long du bord interne du pied, il enlève avec le ciseau le cartilage articulaire de l'astragale et du scaphoïde, puis il fixe ces deux os l'un à l'autre au moyen de deux chevilles d'ivoire laissées à demeure; le pied doit être maintenu pendant trois mois dans un appareil plâtré; au bout de ce temps, on constate une ankylose de l'articulation médio-tarsienne, et le malade peut être considéré comme guéri. Il a pratiqué cette opération quarante-sept fois avec de bons résultats. On peut, par ce moyen, rendre au bord interne et à la plante du pied leur concavité normale. Quant à la scoliose, elle est absolument au-dessus des ressources de l'art et l'on a peine à se convaincre des résultats brillants obtenus par certains spécialistes; elle a une tendance naturelle à devenir stationnaire, mais les appareils, la gymnastique, les sièges obliques, etc., sont parfaitement inutiles.

Pour M. *E. Owen*, on peut souvent se contenter du redressement forcé sans instruments et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on est obligé d'avoir recours à l'ostéotomie. Quand le brisement n'est pas possible, il vaut mieux employer la scie que le ciseau, surtout si l'on veut diviser le fémur. Dans l'ostéotomie du tibia, il suffit de scier l'os en partie et il est tout à fait inutile d'enlever un coin, pourvu qu'on prenne la précaution de diviser le tendon d'Achille. Dans le genu valgum, le redressement forcé réussit en général très bien. La méthode de Macewen est excellente sans doute, mais elle expose à la blessure de l'artère fémorale et ne doit être conseillée qu'à des opérateurs habiles.

A Munich, d'après M. Ranke, on emploie habituellement le brisement forcé par la méthode de Rizzoli, dans les cas de courbure rachitique des os. Après l'application de l'ostéoclaste, le membre est fixé dans un bandage plâtré; jusqu'ici on n'a constaté aucun accident.

Des constatations singulières sur l'extension du rachitisme ont été signalées à ce même congrès de Glasgow. C'est ainsi que M. *Finlayson* a déclaré qu'il y a trente ans le rachitisme était rare à Glasgow, tandis que maintenant il est fréquent. Ce changement est dû en partie à l'augmentation considérable de la population ouvrière; les femmes travaillent dans les fabriques et les enfants sont élevés au biberon; en outre, le lait est souvent pauvre en crème. Parmi les causes probables de l'augmentation de fréquence du rachitisme à Glasgow, il faut encore mentionner le manque d'espaces ouverts dans la ville.

De même, suivant M. Jacobi, le nombre des cas de rachitisme augmente, aux Etats-Unis, dans la même proportion que la population pauvre. En effet, les Etats-Unis sont envahis, depuis quelques années, par des réfugiés qui forment le rebut des autres nations et dont l'influence, au point de vue de la santé publique, est des plus défavorables; le craniotabes, aujourd'hui très fréquent, était d'une extrême rareté il y a vingt ans.

Beaucoup de médecin anglais, au dire de *M. Mac Call Anderson* (de Glasgow), considéreraient aujourd'hui la syphilis comme une affection bénigne et dont les complications nerveuses sont relativement peu fréquentes. Il estime, au contraire, que c'est lorsque la syphilis, supposée légère, est traitée d'une manière insuffisante, qu'on observe plus tard des accidents nerveux bien plus fréquents, d'ailleurs, qu'on ne le croit en général.

Aussi importe-t-il de bien connaître les signes qui permettent de prouver ou de supposer qu'une lésion donnée du système nerveux est de nature syphilitique. Ces signes, les voici:

1° D'abord l'anamnèse, qui n'a guère de valeur que quand elle est positive; le temps qui s'est écoulé entre l'infection et le début des accidents nerveux a varié dans les vingt-quatre cas observés par M. Mac Call Anderson avec grand soin, entre deux ans et demi et trente ans; on ne doit pas oublier que les accidents peuvent être dus à une syphilis héréditaire;

2° La coexistence d'autres manifestations syphilitiques: celles qu'on trouve le plus souvent au même moment que les lésions nerveuses sont les éruptions tuberculeuses, serpigineuses, les gommes sous-cutanées, les ulcérations profondes du palais, les affections de la langue, la périostite, l'orchite et les dégénérescences amyloïdes des organes internes;

3° Les signes d'accidents syphilitiques antérieurs: on recherchera surtout les cicatrices sur le pénis et sur la peau; ces dernières ont des bords très nets, souvent entourés d'une auréole cuivrée; elles sont surtout importantes, au point de vue du diagnostic, quand elles siègent au-dessus du genou; on mentionnera enfin les cicatrices au coin de la bouche, au palais, dans la gorge; la perforation du septum nasal, l'atrophie du testicule et les nodules qui persistent après une attaque de périostite;

4° Les douleurs présentes ou passées, dans les jointures, les os et la tête, surtout si elles sont, ou ont été, plus fortes la nuit que le jour. On peut dire, d'une manière générale, que toute douleur, très pénible pendant la nuit et disparaissant le jour, est due à la syphilis; mais il faut se rappeler que l'inverse n'est pas vrai, car les douleurs syphilitiques sont loin de présenter toujours des exacerbations nocturnes. La céphalalgie syphilitique est ordinairement unilatérale et accompagnée d'insomnie. L'insomnie sans mal de tête doit toujours faire soupçonner la syphilis quand on ne trouve pas d'autre cause et que le malade est jeune;

5° L'aspect du patient: chacun connaît ce teint blafard, si caractéristique de la syphilis et surtout de la syphilis négligée, enracinée;

6° L'âge et le sexe du malade sont fort importants, surtout dans les cas d'hémiplégie; chez un homme de moins de quarante ans, l'hémiplégie ne peut guère être que syphilitique lorsqu'elle n'est due ni à un traumatisme, ni à une affection du cœur ou du rein. D'après Buzzard, entre vingt-cinq et quarante-cinq ans, l'hémiplégie non embolique est due à la syphilis dix-neuf fois sur vingt. Les convulsions épileptiformes d'origine syphilitique sont rares avant vingt ans, tandis que l'épilepsie débute le plus souvent entre dix et vingt ans. Enfin, les accidents nerveux syphilitiques sont, comme la syphilis elle-même, plus fréquents chez l'homme que chez la femme;

7° La profession du malade ne parait pas avoir l'influence que lui attribue Lancereaux; la syphilis des nerfs est fréquente dans la basse classe;

8° La multiplicité des lésions: lorsque, par exemple, une paraplégie est accompagnée de paralysie d'un nerf crânien, sa nature syphilitique n'est guère douteuse;

9° La variabilité des symptômes: lorsque les symptômes nerveux varient beaucoup sans cause apparente, leur origine syphilitique peut être considérée comme probable;

10° Les types les plus fréquents de la syphilis cérébrale sont les suivants: *a*. Troubles psychiques avec épilepsie et paralysies incomplètes aboutissant graduellement à un état comateux ordinairement de courte durée. Ces symptômes sont dus, en général, à la présence d'une gomme à la convexité des hémisphères avec ramollissement du tissu cérébral adjacent, quelquefois aussi à une méningite gommeuse; *b*. Attaques apoplectiques suivies d'hémiplégie et de somnolence, se répétant

souvent à plusieurs reprises; signes d'irritation unilatérale avec paralysie de certains nerf crâniens. Ces symptômes sont dus, le plus souvent, à une artérite suivie d'obstruction et de ramollissement partiel du cerveau, surtout dans la région des ganglions de la base; on trouve fréquemment, en même temps, des gommes dans les méninges à la base du cerveau. Les paralysies oculaires sont fréquentes dans la syphilis, surtout celles des troisième et sixième paires; lorsqu'un seul muscle est atteint, c'est, en général, le droit interne. Au point de vue du diagnostic, c'est la paralysie nucléaire de la sixième paire avec déviation conjuguée du globe oculaire qui présente le plus d'importance. Il est essentiel de se rappeler que les lésions syphilitiques du nerf optique n'ont, par elles-mêmes, rien de caractéristique, rien qui puisse servir à les distinguer des lésions qui surviennent dans le cours des maladies non syphilitiques du cerveau et de la moelle;

11° Les affections syphilitiques du système nerveux central ne sont, en général, accompagnées d'aucune autre lésion viscérale.

D'après les observations nécroscopiques qu'il a pu faire, M. *Drummond* (de Newcastle-on-Tyne) divise les lésions cérébrales des syphilitiques en trois classes qui sont, par ordre de fréquence, la méningite, les lésions vasculaires et les gommes.

La méningite peut être plus ou moins aiguë et son siège varie; elle peut, en outre, être simple ou compliquée d'autres lésions. Les altérations vasculaires diverses sont surtout visibles à la base du cerveau et revêtent diverses formes : tantôt les artères sont épaissies, jaunâtres, noduleuses, tantôt on observe simplement un certain degré d'épaississement limité de la tunique interne; parfois l'artère est seulement comprimée par un gonflement de la pie-mère, surtout le long du sillon de l'artère sylvienne. La forme gommeuse est la plus facile à diagnostiquer, surtout quand elle est accompagnée de méningite, ce qui est presque toujours le cas. Les symptômes les plus typiques de la méningite syphilitique sont l'insomnie, la céphalée nocturne et l'irritabilité de caractère; tous cèdent rapidement au traitement spécifique. Il ne faut pas ajouter trop d'importance à la céphalalgie, au point de vue du diagnostic; elle n'est pas constante ou bien elle est transitoire ; je viens d'observer simultanément deux cas intéressants qui m'ont forcé à modifier les idées que j'avais à ce sujet : les deux malades présentaient des symptômes de lésions dans la partie supérieure de la moelle épinière; l'un avait de violents maux de tête et l'autre en était exempt; à l'autopsie on trouva chez ce dernier des signes non équivoques de lésions syphilitiques des membranes spinales, tandis que dans le premier cas il n'existait aucune trace de syphilis. On est souvent obligé de se laisser guider par l'impression générale que produit le malade, en l'absence de symptômes très caractéristiques. Lorsqu'une hémiplégie survient chez un jeune homme non atteint de maladie de cœur, la syphilis est probable; si l'hémiplégie a été précédée pendant quelques semaines d'une névralgie opiniâtre, la présomption de syphilis est plus forte encore.

M. *Ross* (de Manchester) distingue divers types de syphilis cérébrales selon le siège de la lésion :

1° Les lésions qui siègent dans la zone motrice, le long de la scissure de Sylvius, produisent des désordres moteurs, puis, au bout d'un temps variable, une attaque d'hémiplégie avec ou sans aphasie. J'ai observé un cas de spasmes de la nuque et du tronc dus à une lésion de la surface interne des hémisphères et je vous rappellerai à ce sujet les expériences de M. Horsley qui démontrent que les centres moteurs du tronc sont à la surface interne des hémisphères; 2° Lésions des lobes frontaux : les symptômes principaux sont la céphalalgie et la somnolence; 3° Lorsque la lésion siège à la partie postérieure et inférieure du cerveau, au point où les branches de l'artère sylvienne quittent ce tronc pour se rendre dans les ganglions de la base, on observe souvent l'hémiplégie et la somnolence; 4° Les lésions de la portion inférieure du pont de Varole produisent des paralysies dans le domaine des nerfs crâniens et des symptômes semblables à ceux de la paralysie glosso-labio-laryngée; 5° Les lésions de la moelle épinière présentent une distribution anatomique curieuse : la syphilis héréditaire produit fréquemment des lésions au niveau des deux premières vertèbres cervicales. Dans la syphilis acquise, les lésions siègent de préférence au bas de la moelle dorsale ou au haut de la portion lombaire; on peut constater d'un côté l'abolition et de l'autre l'exagération du réflexe patellaire. Un des symptômes les plus précoces de la syphilis médullaire est la perte de l'appétit sexuel, qui est en général définitive, tandis que la paralysie des sphincters est souvent transitoire.

M. *Robertson* est d'avis que le diagnostic des lésions syphilitiques du système nerveux ne diffère en rien de celui de la syphilis elle-même. Dans certains cas, la percussion du crâne fournit des données utiles et révèle des points douloureux dans des endroits où le malade ne ressent aucune douleur spontanée. Lorsque la lésion syphilitique a produit une dégénérescence des tissus, je ne crois pas que le traitement antisyphilitique puisse être utile et je n'ai vu aucun cas d'ataxie locomotrice typique dans lequel le mercure et l'iodure de potassium aient amené la guérison. On obtient parfois une amélioration marquée par l'emploi répété des vésicatoires sur les points du crâne douloureux à la percussion.

M. *Ziemssen* (de Wiesbaden) croit que le pronostic des lésions syphilitiques du système nerveux central n'est pas aussi mauvais qu'on le croit; il a vu des cas nombreux de guérison même après l'apparition des symptômes typiques de l'ataxie locomotrice. Dans ces cas-là, il faut user d'un traitement énergique, et le mieux est de soumettre le malade aux frictions mercurielles; il emploie jusqu'à 15 grammes par jour d'une pommade composée de deux parties de mercure pour une de vaseline. Il faut naturellement surveiller le malade de près et, en cas d'accident, ordonner un bain et un purgatif. Le traitement peut en général être recommencé au bout de deux ou trois jours.

Au cours de cette discussion, M. *Grainger Stewart* (d'Edimbourg) a montré une femme présentant des phénomènes extrêmement curieux qu'il a résumés comme il suit : Cette femme est âgée de cinquante-huit ans et sa maladie date de quinze ans; elle a été mariée deux fois ; peu après son premier mariage, elle a souffert de douleurs rhumatoïdes dans les jointures et de ptosis de la paupière supérieure droite, puis elle est devenue aveugle de l'œil droit; elle dit aussi avoir été sujette pendant plusieurs années à des paralysies incomplètes dans divers points du corps; on a constaté en outre de la polyurie, des maux de tête et des vertiges qui ont disparu maintenant; le sens du goût est normal, mais l'odorat fait absolument défaut; le champ visuel est restreint à gauche. L'esthésiomètre démontre l'existence de zones insensibles au pied et à la jambe gauches et le sens musculaire est diminué dans la jambe droite. On constate à l'ophtalmoscope un léger degré d'atrophie optique des deux côtés. Elle marche sans difficulté, répond bien aux questions qu'on lui fait et ne présente, à première vue, rien de très anormal, sauf une immobilité relative du globe oculaire droit. Si on lui dit de fermer brusquement les yeux, aussitôt la tête tombe sur l'épaule gauche et elle perd complètement connaissance ; si on écarte les paupières, on trouve les globes oculaires tournés en haut. Dans une demi-minute, la malade va reprendre connaissance; la respiration, d'abord stertoreuse, devient normale au bout de quelques secondes et tout indice de l'attaque a disparu. Ces attaques se renouvellent chaque fois que la malade ferme les yeux ou entre dans une chambre obscure; lorsqu'elle se couche et ferme les yeux, elle a tout d'abord une attaque, puis s'endort jusqu'au matin. Une obscurité relative suffit à produire les accidents; ainsi, pendant son voyage d'Edimbourg à Glasgow, la malade aurait eu une attaque dans chaque tunnel si on n'avait pas pris la précaution d'allumer une bougie. On n'a jamais observé d'attaque épileptiforme et les attaques d'insensibilité ne peuvent être produites que par l'occlusion des yeux. Il doit ici s'agir d'une lésion cicatricielle de l'écorce cérébrale, dont la syphilis a été la cause première ; les chances d'amélioration sont faibles, car il n'est pas probable que l'iodure ou le mercure puissent encore produire un effet salutaire.

Au point de vue du traitement, M. *Mac Call Anderson* déclare que toute affection nerveuse supposée syphilitique doit être attaquée de suite et traitée énergiquement par les remèdes spécifiques, même lorsque le diagnostic est incertain. On admet souvent à tort que le mercure est surtout utile au début de la syphilis et que, plus tard, c'est à l'iodure de potassium qu'on doit donner la préférence; or on arrive fréquemment à guérir, avec le mercure, des malades chez lesquels l'iodure n'a produit aucun résultat utile; cependant les doses héroïques d'iodure de potassium (jusqu'à 60 grammes par jour) produisent parfois des effets surprenants dans certains cas de psoriasis. Il faut com-

mencer, en général, par 2 grammes par jour et augmenter progressivement la dose jusqu'à effet ou intolérance. Quant au mercure, il faut l'administrer en frictions ou en injections; pour les frictions, l'oléate mercureux à 50 pour 100, recommandé par Shœmaker, est préférable; l'usage doit en être continué pendant plusieurs mois après la disparition complète des symptômes. L'injection sous-cutanée de sublimé produit parfois des indurations douloureuses ou des abcès, même en solution à 1 pour 100 dans l'eau distillée, injectée à la dose de 15 à 30 gouttes par jour; il est bon de faire auparavant une injection de morphine et de refroidir la peau avec le spray d'éther.

M. *Drummond* fait observer que le traitement par les iodures ne suffit pas toujours, même lorsqu'on en administre de très fortes doses; dans la plupart des cas, il faut aussi faire usage du mercure.

M. *Coghill* cite le fait suivant: il s'agissait d'un jeune homme de vingt-deux ans; deux ans après l'infection, il était déjà atteint de rupia, d'aphasie et de délire très analogue à celui des buveurs. Lorsqu'il vit le malade pour la première fois, on l'avertit qu'il ne supportait pas l'iodure de potassium; il se décida cependant à faire une nouvelle tentative et à administrer dès le début de très fortes doses; il arriva rapidement à 20 grammes par jour et constata bientôt une amélioration sensible, sans aucun signe d'intolérance; ce jeune homme, qui est actuellement en bonne santé, a pris, en tout, environ 1200 grammes d'iodure de potassium.

Plus radical, M. *Byram-Bromwell* est d'avis que lorsque le traitement le plus énergique des complications nerveuses de la syphilis est resté sans effet, il faut se demander s'il n'y aurait pas lieu d'essayer la trépanation, suivie d'excision des tissus malades.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE

De la valeur antiseptique du fluo-silicate de soude, par M. C. Berens. — Des expériences antérieures avaient démontré à M. Berens le pouvoir antiseptique d'une solution de ce sel, qui, à doses égales, était supérieur au chlorure de mercure et à l'acide phénique pour empêcher le développement des bactéries. De plus, il le considère comme un désodorisant puissant.

C'est pourquoi il en a fait usage contre la gonorrhée, dont il a vu l'écoulement se tarir dans l'espace de trois jours après les injections de fluo-silicate de soude à 1 et 2 pour 100. Même succès après quatre ou cinq dans vingt-deux cas de conjonctivite catarrhale, et plus rapidement encore dans deux cas d'ophthalmie purulente des nouveau-nés, au moyen de l'instillation successive entre les paupières de solutions à 5 et à 1 pour 100.

M. Berens recommande encore des solutions de ce sel pour tarir les catarrhes de l'oreille et la leucorrhée, au moyen de douches antiseptiques; pour les attouchements des ulcérations laryngées, le pansement de la balanite, et enfin contre la teigne, sous forme d'applications de compresses trempées dans une solution à 6 pour 100.

En résumé, ces recherches cliniques confirment l'opinion de ceux qui considèrent ce sel comme doué d'un pouvoir antiseptique et parasiticide supérieur à celui du bichlorure de mercure et de l'acide phénique, et qui, de plus, lui attribuent des avantages sur ces derniers pour le pansement des muqueuses enflammées. (*The Therapeutic Gazette*, p. 443, 16 juillet 1888.)

Des indications thérapeutiques dans la rougeole, par M. A. Montefresco. — Dans une communication sur la récente épidémie rubéolique de Naples, cet observateur fait les remarques suivantes, intéressantes au point de vue thérapeutique :

Il s'élève d'abord contre l'emploi des médications antipyrétiques, parce qu'elles sont inutiles dans la majorité des cas. On doit, écrit-il, les réserver seulement pour ceux où l'élévation thermique menace de conduire à la dégénérescence des tissus à la myocardite et à des troubles encéphaliques.

L'importance du régime est considérable. Il recommande surtout la glycérine, préférable à l'alcool et susceptible de maintenir les forces du malade en diminuant l'excrétion de l'urée et la température. Il la prescrit sous forme de limonade et à la dose quotidienne de 20 à 30 grammes.

La plus vulgaire et la plus grave des complications, la broncho-pneumonie, est justiciable de l'ipécacuanha en infusion. C'est un expectorant puissant dont on complète l'action en diminuant la toux par la teinture d'aconit. Dans la bronchite capillaire des rubéoliques, il conseille l'iodure de sodium à la dose d'un demi-gramme à titre d'eupnéique. Associé au bromure de même base, ce médicament régularise le rythme respiratoire, atténue l'encombrement bronchique et diminue la fréquence de la toux. Un remède ainsi préparé constitue donc à la fois un médicament respiratoire et un médicament sédatif. (*Arch. de path. infant.*, juillet 1888.)

Les résultats du traitement stibié de la pneumonie, par M. Arthur Jannson. — C'est le résultat d'une expérience de vingt années et de deux cent treize cas de pneumonie observée à tous les âges, que l'auteur expose dans ce travail. Dans cent cinquante-cinq cas, les malades furent suivis deux ans après la guérison de la maladie. A l'auscultation, la perméabilité pulmonaire et la disparition de toute lésion étaient absolues chez quatre-vingt-un d'entre eux; tandis que soixante-quatorze présentaient encore de la submatité et une atténuation de la perméabilité pulmonaire. Treize d'entre eux succombèrent à la phthisie. On sait que la persistance de ces lésions est favorable au développement ultérieur de la tuberculose.

M. Jaunson condamne l'expectation en raison de la toux, de l'absence d'expectoration et des troubles gastriques, auxquels elle ne remédie pas. Il redoute l'aconit, parce que cette substance augmente les dangers du collapsus; l'ammoniaque, dont les résultats ne sont pas supérieurs à ceux de l'expectative, et ne trouve à la quinine aucune autre utilité que celle d'être un antithermique.

Le traitement stibié est celui qui procure les succès les plus nombreux, mais à la condition de proscrire les doses excessives employées par les anciens auteurs et de s'en tenir aux doses réfractées et modérées.

Un vingtième de grain (deux milligrammes et demi) toutes les heures lui paraît suffire pour les enfants. Il élève la dose initiale chez les adultes, pour la diminuer après l'atténuation de la douleur, de la toux et de l'oppression.

On doit, en général, continuer ce médicament pendant une semaine, après le retour de la température à la normale, et au besoin jusqu'à la disparition des produits inflammatoires. Jamais, d'après M. Jannson, cette médication ainsi pratiquée n'a provoqué ni diarrhée, ni nausées. Il prévient d'abord la gastralgie par l'administration de la teinture de camphre. Enfin, autre avantage, cette médication aurait pour effet, de l'avis de ce même observateur, de diminuer les dangers de collapsus cardiaque. (*Brit. med. Journal*, 30 juin 1888.)

De l'antipyrine contre les tranchées utérines, par M. Rivière. — Dans ce mémoire, l'auteur fait valoir les avantages de l'antipyrine pour diminuer la douleur sans modifier les contractions utérines et, par conséquent, pour atténuer les tranchées utérines. A ce point de vue, elle posséderait une réelle supériorité sur l'opium, qui calme la douleur en supprimant la contraction.

M. Rivière a donc administré l'antipyrine par la voie stomacale à la dose de 1 gramme, et dans douze cas sur vingt-huit a pu ainsi calmer définitivement les tranchées. On peut, ajoute-t-il, élever la dose jusqu'à 2 grammes, mais c'est là un maximum que, vingt-sept fois sur vingt-huit, il est rarement nécessaire de dépasser. Dans ce cas, l'antipyrine est administrée en deux prises, séparées l'une de l'autre par un intervalle d'une heure.

Enfin, dans les cas moins favorables, quatre sur vingt-huit, l'antipyrine modère temporairement la douleur sans la supprimer, et M. Rivière attribuerait volontiers ces échecs à la rétention des débris de placenta dans l'utérus.

L'allaitement est-il une contre-indication à son emploi? Non, d'après M. Rivière, car cette substance ne s'élimine pas par le lait et ne peut exercer une action sensible sur le nouveau-né. (*Gazette des sciences méd. de Bordeaux*, 3 août 1888.)

Du traitement local de la pharyngite diphthéritique par la pyridine, par M. E. Rosenthal. — La pyridine, qui ne semble plus faire merveille contre l'asthme, obtiendrait-elle des succès plus durables contre la diphthérie du pharynx? M. Penzoldt l'a pensé en mettant ce médicament à l'essai chez des malades diphthéritiques de sa clinique.

A cet effet, d'après M. Rosenthal, il faudrait pratiquer des attouchements sur la région malade avec un tampon d'ouate imbibée d'une solution de pyridine au dixième. Immédiatement après le malade se gargariserait avec un collutoire contenant 3 grammes de chlorate de potasse pour 100 grammes de véhicule et inhalerait les vapeurs d'une solution phéniquée au deux-centième. On le voit, si un bénéfice thérapeutique revient à la pyridine, il ne lui appartient qu'en partie, puisque l'on associait son emploi à celui de ces deux médicaments. Sur trente-huit malades adultes, M. Rosenthal note trente-huit guérisons, et sur vingt-six enfants dix-neuf guérisons. Voilà donc une thérapeutique qui fait merveille, à moins que, circonstance bien connue de tous les cliniciens, il ne se soit agi d'une série heureuse. (*Therap. Monat.*, 1888, n° 5.)

Travaux à consulter.

Le thym dans la coqueluche, par M. Johnson. — Les propriétés antiseptiques de l'acide thymique sont depuis longtemps utilisées contre la coqueluche. Cet observateur espère retirer les mêmes profits de la décoction de thym à titre d'antispasmodique et de sédatif. A cet effet, il administre chaque jour la décoction de 30 grammes des sommités de cette plante dans un litre d'eau et obtient, affirme-t-il, la diminution du nombre, et de la violence des quintes. La décoction est ingérée à raison de deux à trois cuillerées à thé toutes les heures pendant la durée de la maladie; s'il existe de la bronchite, il complète cette médication par l'emploi de l'iodure de potassium et du chlorate de potasse. Voilà certes un traitement peu compliqué, mais dont l'efficacité ne semble pas être définitivement bien établie. (*Therap. Gaz.*, mai 1888.)

De l'antipyrine dans la coqueluche, par M. Griffith. — Les succès de la médication de Sonnenberger engagèrent cet observateur à prescrire l'antipyrine dans quinze cas de coqueluche. Sous l'influence de cette médication nervine, les améliorations furent rapides, et la guérison, d'après M. Griffith, fut obtenue dans l'espace de dix jours à un mois, en prescrivant quotidiennement 5 à 15 centigrammes du médicament, suivant l'âge du malade ou l'intensité des accidents.

Sous l'influence de l'antipyrine, le nombre et l'intensité des quintes s'atténuaient, de sorte que cette substance aurait paru rendre de réels services. Ajoutons que des résultats sinon équivalents, au moins fort semblables, ont été obtenus au moyen d'autres remèdes. (*Therapeutic Gaz.*, 15 février 1888.)

De l'antipyrine comme médicament modérateur de la sécrétion lactée, par M. Saleuri. — Les observations de l'auteur sont peu nombreuses, car il cite un cas seulement. Pour arrêter la sécrétion du lait d'une nouvelle accouchée, atteinte d'engorgements mammaires, il avait inutilement fait usage des moyens classiques: purgatifs, diète, alcalins, quand il prescrivit l'antipyrine à la dose quotidienne de 50 centigrammes. Dès le premier jour, écrit-il, la sécrétion mammaire diminua. Le troisième jour elle était disparue. C'est là, ajouterons-nous, une application des propriétés modificatrices des sécrétions, utilisées dernièrement par M. Huchard contre la polyurie et que l'antipyrine possède en raison de ses vertus vasculaires. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juin 1888.)

De l'emploi du veratrum viride contre l'éclampsie puerpérale, par M. Jewett. — C'est à titre de médicament vasomoteur et dépresseur de l'excitabilité médullaire que M. Jewett recommande l'extrait fluide du rhizome de ce végétal à la dose de vingt gouttes par jour. Il a constaté que par son action les convulsions étaient suspendues et que le nombre des pulsations cardiaques diminuait. Il en a fait usage dans trente-trois cas dont seize étaient ceux de primipares. Parfois seulement dans cette série, la mort fut la conséquence des convulsions.

Il est vrai que Jewett complète l'action de ce médicament par l'observation scrupuleuse de la part du malade d'un repos absolu. (*Archives of gyn.*, juin 1888.)

De la prétendue incompatibilité de l'iodure de potassium et du chlorate de potasse, par MM. Chuche et Desgrez. — Contrairement à l'opinion généralement admise sur l'incompatibilité pharmaceutique de ces deux sels, les deux auteurs ont par des essais chimiques essayé de démontrer qu'il ne se forme pas d'iodate de potasse quand on les met tous deux en présence. En traitant par l'acide acétique le mélange de leurs solutions, aucune trace d'iode n'était révélée. De plus, il fallait déterminer si l'action de la lumière ne contribuerait pas à réduire le sel potassique en présence de l'acide lactique. Ici encore les résultats expérimentaux ont été négatifs, de sorte que l'iode à l'état naissant signalé dans ces mélanges provient plutôt de l'impureté du médicament que de la formation d'un iodate se décomposant ensuite. (*Revue gén. de clinique et de thérap.*, 21 juin 1888.)

De l'emploi de la pilocarpine contre la diphthérie, par M. Valderrama. — Certe la question n'est pas nouvelle et on sait que ce traitement systématique a M. Guttman pour avocat convaincu.

M. Valderrama partage cet enthousiasme et parmi les avantages de l'administration de la pilocarpine aux diphthéritiques énumère les suivants: par la salivation qu'elle provoque elle atténue l'inflammation de la muqueuse buccale et pharyngienne et diminue l'amygdalite. De plus, s'il existe des fausses membranes à leur surface, elle facilite leur chute et leur expectoration. Toutefois l'emploi de la pilocarpine ne dispense pas, comme M. Valderrama l'observe, de l'administration des désinfectants locaux, de la nécessité d'alimenter énergiquement les malades et de l'usage des stimulants. (*Deut. med. Zeitung*, 1888, n° 30.)

De l'action de la saccharine pour prévenir la fermentation ammoniacale de l'urine, par M. J. Little. — Cette utilisation des propriétés antiseptiques de la saccharine a été essayée par l'auteur dans un cas de cystite purulente chronique datant de plusieurs années. La quinine et l'acide borique avaient bien, pour un temps, arrêté la fermentation ammoniacale de l'urine, mais en provoquant l'intolérance gastrique, inconvénient pour lequel on dut en suspendre l'emploi. Trois ou quatre jours après l'administration de la saccharine, l'urine cessait de présenter ces caractères. M. J. Little a obtenu les mêmes succès dans quatre cas de cystite chronique chez l'homme et conseille d'adopter ce médicament, soit contre la cystite purulente, soit après le cathétérisme, pour écarter les dangers de la stagnation de l'urine dans le cul-de-sac vésical. (*The Dublin Journal of med. Sc.*, juin 1888.)

Du traitement de la migraine par le salicylate de soude et la caféine, par M. James Little.— Ce traitement a donné de bons résultats à cet observateur depuis deux années qu'il en fait usage. Il consiste dans l'administration de 1 gramme de salicylate de soude en solution dans une verrée d'eau que l'on rend effervescente par l'addition d'une cuillerée à café de citrate de caféine

granulé. Ainsi préparée, la médication est plus agréable et possède une efficacité qui, d'après l'auteur, ne se serait démentie que dans un seul cas. (*Dublin Journal of med. Science*, juin 1888, p. 489.)

BIBLIOGRAPHIE

Études sur l'hystérie infantile, par M. Arthur CLOPATT, assistant de la Clinique d'accouchements d'Helsingfors.

A partir du moment où M. Charcot attacha tous ses soins à l'étude de l'hystérie dans les deux sexes, de nombreux travaux furent publiés en France et à l'étranger sur l'hystérie des enfants. Plusieurs thèses furent soutenues à la Faculté de Paris; des auteurs allemands malgré un mauvais vouloir évident furent amenés à reconnaître l'existence de cette névrose chez les enfants; enfin, grâce à l'impulsion de l'Ecole de la Salpêtrière, l'idée de l'hystérie infantile a fait son chemin.

M. Clopatt a étudié l'hystérie infantile ailleurs qu'à la Salpêtrière, et malgré cela son travail, très complet, montre la constance des phénomènes, l'utilité des jalons indicateurs signalés par M. Charcot, enfin prouve que les premiers observateurs ne s'étaient pas laissé induire en erreur comme il a plu à quelques auteurs autorisés en pathologie infantile de le soutenir. Après un historique des plus clairement établis, M. Clopatt, à propos de l'étiologie, prouve, comme Peugnez, que l'hérédité est à peu près le seul coupable, il montre l'importance réduite de l'âge, du sexe, de la position sociale, de la masturbation. Les causes déterminantes ont encore moins d'importance.

C'est sur le chiffre respectable de 272 observations que l'auteur établit sa description *par groupes* des troubles divers qui constituent l'hystérie infantile.

1° *Troubles psychiques.* — Ce qu'on a appelé le caractère hystérique est plus difficile à reconnaître chez l'enfant que chez l'adulte, car ce n'est en somme que l'exagération des dispositions capricieuses qui sont pour ainsi dire en germe dans l'esprit de chaque enfant.

Ces enfants sont faibles de volonté, ils ont une très grande instabilité mentale, des aberrations de nature morale, ils sont méchants, menteurs, voleurs, etc., ils tentent de se suicider.

Contrairement à ce qui a lieu pour l'épilepsie les troubles psychiques tendent vers la guérison et ne sont que passagers.

2° La *forme convulsive* constitue le deuxième groupe. — Depuis MM. Charcot et Richer on sait tout ce qu'il y a à savoir sur les convulsions de cette nature grâce à la conception des quatre périodes de l'attaque. Nous ne reviendrons pas non plus sur la description des périodes de l'hypnotisme, léthargie, catalepsie, etc., qui peuvent se produire spontanément.

3° Les *troubles de la sensibilité*, hyperesthésie, zones hystérogènes, ovairie, hyperesthésies sensorielles, arthralgies, les anesthésies, le rétrécissement du champ visuel nous sont bien connus, ainsi que la dyschromatopsie, etc.

4° Les *troubles de la motilité* consistent en spasmes et en contractures quand le pouvoir excito-moteur des centres nerveux est augmenté, en parésies ou paralysies complètes quand l'activité est diminuée ou abolie. Ces paralysies ou ces spasmes peuvent atteindre tous les appareils musculaires : glotte, estomac, vessie, etc. N'oublions pas de signaler ici les troubles vaso-moteurs d'où relèvent les hémorrhagies.

M. Clopatt fait ensuite le diagnostic avec l'hypocondrie, la neurasthénie cérébrale. Pour le diagnostic des symptômes communs à l'hystérie et à d'autres états morbides, l'auteur conseille d'étudier la marche des accidents, leur aspect, les troubles de la sensibilité presque caractéristiques, le groupement des symptômes. Enfin le bromure de potassium peut être employé, son inefficacité absolue trahit l'hystérie.

Le pronostic de l'hystérie infantile comme le pronostic de l'hystérie de l'adulte doit être très réservé. Il est relativement favorable. Au chapitre traitement, M. Clopatt passe en revue tout ce qui a été dit à ce sujet. Il insiste surtout sur l'isolement, l'hydrothérapie, l'électricité, l'hypnotisme, etc.

Le livre est suivi d'un appendice où l'on trouve le résumé et l'indication bibliographique de tous les cas connus d'hystérie infantile. Dans sa forme une peu sèche, le travail de M. Clopatt se recommande par la facilité de son exposition, la précision de ses descriptions. C'est là un travail d'ensemble qu'on serait heureux de voir faire pour beaucoup d'autres sujets de la neuropathologie.

Étude sur la narcolepsie, par M. Marcel DUFOSSÉ. (Thèse de Paris, 1888.)

L'auteur de cet intéressant travail s'efforce de prouver que la narcolepsie n'est pas, comme l'a prétendu M. Gélineau, une névrose, mais bien un simple symptôme commun à plusieurs névroses et même à un certain nombre de maladies organiques. La thèse de M. Dufossé réunit, je crois, toutes les observations les plus connues de narcolepsie. L'auteur nous fait, après deux chapitres sur le sommeil naturel et sur le sommeil hypnotique, un historique minutieux de la question. Vient ensuite une description à laquelle nous ne ferons qu'un reproche : *c'est d'être trop générale.* Nous voyons divisées là, dans une symptomatologie commune, toutes les narcolepsies les plus diverses. Ici c'est un cardiaque, là un diabétique, plus loin un dégénéré fils d'épileptique; plus loin encore, une hystérique. Est-il donc impossible de classer ces différentes *narcolepsies?* On peut toujours le tenter. M. Charcot l'a fait; et pour lui la narcolepsie hystérique doit être mise à part. L'attaque de sommeil chez l'hystérique est une succédanée de l'attaque convulsive. En regardant bien comment dort la narcoleptique, on voit qu'il y a chez elle un mélange de spasme au moins fort curieux. Ses paupières sont *convulsivement* fermées, elles battent. Parfois elle exécute dans le cours de son sommeil des mouvements qui rappellent l'arc de cercle, les salutations. M. Charcot a même montré à son cours une malade dont le sommeil était traversé d'hallucinations terrifiantes dont la ressemblance avec les hallucinations de la phase des attitudes passionnelles dans l'attaque classique n'échappera à personne.

Enfin la pression de l'ovaire réveille parfois les malades, il est vrai que parfois elle provoque le sommeil. Nous avons en ce moment dans le service de la clinique une jeune fille qui présente au suprême degré ce que M. Charcot appelle les attaques subintrantes de sommeil. Nous voudrions donc qu'on ne se bornât pas à la constatation *platonique du sommeil* et qu'on ne nous mît pas dans le même paragraphe le sommeil lourd du dyspeptique et la narcolepsie diabétique ; les deux causes sont trop différentes pour que le symptôme observé soit le même.

Maladies nerveuses fonctionnelles, leurs causes et leur traitement, par M. Georges STEVEN, professeur d'ophthalmologie et de physiologie au collège médical d'Albany. New-York, Appleton and Co, 1887.

On sent en lisant ce livre que M. Steven est un peu orfèvre comme M. Josse, c'est-à-dire que professeur d'ophthalmologie il a la conviction qu'une foule de maladies nerveuses fonctionnelles ont leur source dans un

trouble plus ou moins accusé de l'accommodation. Il accuse ainsi l'hypermétropie et l'insuffisance des muscles oculaires de produire les céphalées, les migraines, les névralgies faciales, etc. Cette partie du livre est originale, neuve et très intéressante. Malheureusement M. Steven dépasse la mesure : il veut que le lumbago et la sciatique soient produits aussi par des troubles oculaires. Là nous ne comprenons plus.

La chorée elle-même est, suivant ses propres expressions (p. 100), « une conséquence des troubles oculaires ».

L'aliénation, l'épilepsie comme toutes les affections nerveuses signalées plus haut peuvent être guéries quand on soigne le trouble oculaire qui leur a donné naissance. En faisant la part de l'exagération, ce livre nous paraît contenir une grosse part de vrai; il attire l'attention sur les résultats de la fatigue et du mauvais fonctionnement des yeux et sera lu avec intérêt par les neuro-pathologistes et les oculistes.

Formes cliniques et pathogénie de la fièvre hystérique, par M. Chauveau. Thèse de doctorat. Paris, 1888, chez Steinheil.

M. Chauveau a eu l'occasion d'observer dans le service de son maître, M. le professeur Proust, quelques cas fort intéressants de fièvre hystérique. Il fait de ce phénomène assez rare le sujet de sa thèse inaugurale. L'historique de l'affection est des mieux faits. M. Chauveau discute les classifications proposées par les auteurs qui, avant lui, ont traité le même sujet et il arrive, après avoir naturellement affirmé l'autonomie de la *fièvre hystérique*, à lui distinguer 3 formes :

1° Une forme lente;
2° Une forme intermittente;
3° Une forme courte.

Chacune de ces formes peut présenter trois types :

A. Le type typhoïde;
B. Le type pseudo-méningitique;
C. Le type franc.

Le caractère constant de ces différentes formes est leur bénignité toujours observée. Il ne se produit pas de troubles de la digestion. Les accès de fièvre hystérique sont dus à la *dynamogénie des centres calorigènes* dont M. Chauveau croit pouvoir affirmer l'existence. Il y aurait donc une hystérie *thermogène* comme il y a une hystérie convulsive vaso-motrice, etc.

Des contractures, par M. P. Blocq. Thèse de Paris, 1888. Aux bureaux du *Progrès médical*.

Depuis les travaux aujourd'hui classiques de Straus (thèse d'agrégation, 1875) et Brissaud (thèse de doctorat, 1880) il n'avait pas été publié de travail d'ensemble sur le grand syndrome : Contracture.

Cependant cette question si importante n'avait pas été négligée par les neuro-pathologistes. Des points nouveaux tels que les transformations fibreuses des tissus circumarticulaires dans les contractures hystériques; des leçons magistrales de M. Charcot sur la diathèse de contracture propre aux hystériques; l'étude minutieuse des fausses contractures après les paralysies alcooliques; les déformations survenues chez certains myopathiques.... tous ces points nouveaux auxquels nous ajouterons la contracture ischémique nécessitaient une étude nouvelle, un classement plus en rapport avec les idées actuelles.

M. Blocq s'est attaché, dans sa thèse, à étudier les contractures en général et à élucider certains points relatifs à quelques-unes d'entre elles.

Quoique simple syndrome difficilement isolable des autres signes dont l'ensemble constitue une entité morbide, la contracture a cependant une individualité propre, une autonomie remarquable, un aspect qui lui est particulier.

Dans la première partie de sa thèse M. Blocq nous montre qu'on a englobé sous le nom général de *contractures* une foule d'états morbides des muscles caractérisés par de la rigidité permanente et involontaire.

Or ces états peuvent se diviser, selon lui, en deux grandes catégories absolument distinctes: *au point de vue clinique*, suivant qu'il existe ou qu'il n'existe pas de phénomènes spasmodiques;

Au point de vue physiologique, selon que la contracture se produit avec ou sans l'intervention du système nerveux;

Au point de vue anatomique, selon qu'il se manifeste ou selon qu'il ne se manifeste pas d'altération musculaire appréciable.

La première variété de contracture s'appelle la *vraie contracture* ou *contracture spasmodique;* la seconde comprend toutes les pseudo-contractures.

La seconde partie du travail traite de la contracture spasmodique et de ses caractères. C'est là un sujet auquel il y avait peu à ajouter après la thèse de notre maître M. Brissaud. Signalons seulement ce fait nouveau : sous diverses influences nerveuses centrales ou périphériques la contracture disparaît et est parfois remplacée par des altérations des tissus périarticulaires qui la simulent en en maintenant les attitudes vicieuses. Les tendons se raccourcissent et une opération chirurgicale devient nécessaire. Cette rare incursion de la chirurgie dans l'hystérie mérite d'être signalée.

Quant aux pseudo-contractures étudiées dans la troisième partie du livre, elles ont pour caractère commun d'être dues soit à des traumatismes ou à des troubles circulatoires, ou inflammatoires, etc.; d'être irrégulièrement distribuées, de ne pas se généraliser, de ne pas s'accompagner de phénomènes spasmodiques, enfin de ne pas disparaître sous l'influence du sommeil chloroformique. M. Blocq consacre des chapitres particuliers aux pseudo-contractures ischémiques qui ne sont qu'une des premières étapes de la rigidité cadavérique, à la rigidité de la maladie de Parkinson, enfin aux pseudo-contractures des myopathies primitives. Ce dernier chapitre mérite d'être lu ; c'est une étude fort bien faite des lésions matérielles et des attitudes particulières aux myopathies progressives. Des photographies et des planches très belles illustrent le livre et facilitent singulièrement l'intelligence du texte.

Ueber paralysis agitans, par M. le docteur Von Anton Heimann. — August Hirschwald, 1888, Berlin.

Ce livre, à bien dire, ne contient rien de nouveau ni comme faits, ni comme idées originales; c'est cependant un travail utile qui donne une sorte de résumé de tout ce qu'on sait sur la paralysie agitante à laquelle l'auteur conserve du reste son nom assez impropre.

Ce mémoire s'appuie sur 21 observations prises à l'hôpital de la Charité de Berlin dans les services de Westphall et d'Oppenheim. Nous trouvons là des exemples de presque tous les aspects divers sous lesquels peut se présenter la maladie. Il y a un cas avec autopsie, mais on n'a pas examiné les muscles ni les nerfs périphériques. Les centres nerveux ont été trouvés indemnes de toute lésion. Nous pensons qu'on n'a pas assez cherché du côté des lésions périphériques, peut-être est-ce dans cette direction qu'il faut diriger les investigations. Nous rappelons à ce sujet la thèse de Blocq et ses coupes de muscles dans la maladie de Parkinson.

De la névralgie brachiale double, par M. NOURRIC. (Thèse de doctorat, Paris, 1888.)

On a beaucoup étudié la sciatique double : on a constaté qu'elle était presque toujours symptomatique d'une lésion quelconque de la moelle épinière ou de ses enveloppes. On s'est beaucoup moins, par contre, occupé de la névralgie brachiale double, au dire de M. Nourric, et c'est à l'étude d'une forme particulière de cette névralgie brachiale déshéritée, que l'auteur consacre sa thèse inaugurale.

Un malade est pris, après un surmenage intellectuel et physique, de douleurs vives dans tous les points des membres supérieurs, parfois de la ceinture scapulaire du cou et même du menton. La douleur est symétrique, égale des deux côtés; elle s'accompagne ou ne s'accompagne pas d'appareil fébrile. Cette douleur cesse par moments et disparaît complètement au bout de huit jours, sans être accompagnée un seul instant de troubles objectifs de la sensibilité ni de troubles de la motilité. Pas d'atrophie.

M. Nourric rapporte ces singuliers symptômes à une congestion simple des méninges de la moelle cervicale; une de ses observations paraît prouver que cette congestion peut s'étendre par continuité des méninges cérébrales aux méninges rachidiennes. On peut parfois accuser le rhumatisme. Au point de vue du pronostic, ces affections très bruyantes sont peu graves, etc.

Cette thèse attirera l'attention sur les congestions locales de la moelle et de ses enveloppes.

De l'étiologie héréditaire de la paralysie faciale dite a frigore, par M. Daniel JUNIN. — Thèse de Paris, 1888.

Jusqu'à l'année dernière, la paralysie faciale *a frigore* passait pour une des affections dont la pathogénie était le plus facile à comprendre. Aussi fut-on surpris de voir M. Neumann, dans un mémoire publié dans les *Archives de Neurologie* (juillet 1887), signaler le rôle que jouaient dans la paralysie faciale les prédispositions nerveuses tant héréditaires que personnelles. Le travail est basé sur dix-sept faits cliniques.

M. Junin établit un historique très complet de la question. Ensuite, il rappelle les différentes idées qui ont eu cours sur la pathogénie de la maladie. Enfin, il discute avec beaucoup de talent les faits cliniques.

De cette discussion il résulte que dans la plupart des faits où l'on invoquait l'influence du froid, une enquête minutieuse permet de reconnaître une tare arthritico-nerveuse dans les antécédents héréditaires ou personnels des sujets qui en sont atteints. Le refroidissement, quand son existence sera bien et dûment constatée, sera invoqué non plus comme cause première, mais bien comme cause occasionnelle déterminant la paralysie faciale chez un sujet mis en état de réceptivité morbide par ses antécédents.

Intoxications et hystérie, par M. C. HISCHMANN. — Thèse de doctorat, 1888.

Avant ces deux dernières années, les rapports intimes qui unissent l'hystérie et certaines intoxications n'étaient que fort imparfaitement connus; c'est à peine si de temps en temps un observateur s'avisait de remarquer la ressemblance de certains symptômes avec ceux de l'hystérie. Hischmann fait un historique très complet de la question; puis, prenant chacune de nos grandes intoxications en particulier, il les met en face de la névrose, n'attribuant à chacune d'elles que la part qui lui revient dans les symptômes observés.

Dans un chapitre d'étiologie très bien fait, l'auteur démontre l'influence prépondérante de l'hérédité. Preuves en main, il établit que les intoxiqués constituaient un terrain remarquablement prêt au développement de la névrose. L'influence du sexe, de la profession, est également mise en lumière. La plupart du temps, il est besoin d'une longue intoxication pour produire l'hystérie; quelquefois cependant un empoisonnement aigu a produit le même résultat (camphre, santonine, urémie).

Dans ses conclusions, Hischmann soutient que l'hystérie toxique n'a aucun caractère propre; rien ne la différencie de l'hystérie ordinaire, et cette dénomination n'a de valeur qu'au point de vue étiologique seulement; mais, quand il voit un saturnin devenu hystérique présenter une *paralysie des extenseurs, de nature fonctionnelle, transférable par l'aimant*, il se croit obligé de dire, et cela avec raison, que l'intoxication, si elle n'est pas la cause vraie de l'hystérie, imprime à cette dernière parfois un cachet tel qu'on peut au premier coup d'œil en reconnaître la provenance.

Un hystérique alcoolique a les hallucinations des alcooliques.

Un hystérique mercuriel aura un *tremblement hystérique* qui rappellera le tremblement hydrargyrique. Pour ce qui est de la pathogénie de l'hystérie éveillée par les intoxications, Hischmann invoque, d'après Pitres, la théorie de l'épuisement, de l'inertie fonctionnelle de certaines parties du système nerveux central, produites par l'action directe du métal sur ces mêmes parties.

En somme, la thèse de Hischmann, inspirée par les travaux de MM. Charcot et Potain, par les mémoires de MM. Letulle, Debove, Dreyfus, etc., fixe d'une manière durable, dans une forme bien précise, les rapports des intoxications et de l'hystérie.

Paul BERBEZ.

Traité de chirurgie clinique, par M. P. TILLAUX, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Tome I, 1er fascicule : *Affections chirurgicales de l'abdomen et des voies urinaires.* — Paris, Asselin et Houzeau, 1888.

Nous n'avons pas à revenir sur la conception générale du *Traité de chirurgie clinique*. Nous en avons parlé à propos des deux premiers fascicules. Le fascicule actuel s'occupe de la chirurgie de l'abdomen, de la vessie, de la prostate et de l'urèthre. Il se termine par les fistules urinaires. Ces vastes matières sont comprises en un très petit espace, parce que M. Tillaux n'en traite que les points importants. Nous signalerons l'étude clinique des tumeurs de l'abdomen; elle pourra faciliter la besogne aux débutants, car elle est d'une grande clarté, ce qu'elle doit à ce qu'elle est très schématisée. La clinique, sans doute, réserverait bien des surprises à ceux qui s'attendraient à trouver toujours réalisées ces divisions si nettes. Parmi les chapitres où l'on a intérêt à connaître l'avis personnel de M. Tillaux, nous citerons les contusions et plaies de l'abdomen, la cure radicale des hernies, l'occlusion intestinale. Mentionnons la théorie du frémissement hydatique qui se produirait lorsque la poche mère ne contiendrait pas de liquide, mais seulement des vésicules filles. Enfin, contrairement à M. Heurtaux, M. Tillaux pense que le phlegmon sous-ombilical est une affection sous-cutanée et non point sous-péritonéale.

A. BR.

Manuel d'anatomie humaine, par M. W. Krause, professeur à l'Université de Gœttingue, traduit sur la troisième édition allemande par M. Louis Dollo, aide-naturaliste du Muséum royal d'histoire naturelle de Belgique, à Bruxelles. Fascicule II : *Myologie*. — Bruxelles, A. Manceaux; Paris, G. Masson, 1888.

Il nous suffit d'annoncer ce fascicule par son titre. Nos lecteurs n'ont pas oublié, en effet, que cette année même nous les avons entretenus du premier fascicule, réservé à l'étude des os et des articulations. Nous leur avons dit, à ce propos, qu'ils trouveraient dans cet ouvrage des descriptions extrêmement concises de l'anatomie élémentaire, et qu'à côté de cela les anatomistes de profession s'instruiront à lire les considérations très succinctes, mais très suggestives, qui constituent les parties en petit texte.

A. Br.

VARIÉTÉS

Assurances entre médecins en cas de maladie. — M. le docteur Grange nous écrit pour demander l'insertion dans la *Gazette hebdomadaire* de la lettre qu'on va lire. Nous n'hésitons pas à la faire connaître, mais notre honorable confrère nous permettra d'exprimer le regret de voir une nouvelle œuvre se former en présence de celle qu'a fondée et que défend avec tant de ténacité et de courage M. le docteur Lagoguey. Nous craignons vraiment que le nombre des médecins du département de la Seine, désireux d'appartenir à une association mutuelle de ce genre ne soit pas assez considérable pour permettre à deux Sociétés analogues, sinon identiques, de prospérer ou même de vivre.

Quelques médecins s'occupent de la fondation d'une Société de secours mutuels entre médecins qui, pour une cotisation de 5 francs par mois, recevraient une indemnité de 10 francs par jour de maladie, minimum que puisse recevoir un médecin à notre avis. D'après les documents statistiques du ministère de l'intérieur, la chose est possible; en effet la moyenne du nombre des journées de maladies diminue dans les Sociétés de secours mutuels: en 1871, elle était de 5,95 par tête; en 1885, elle n'est plus que de 4,57 et elle diminue encore.

Nous comptons de ce chef sur une dépense moyenne de 45 francs par tête, avec une cotisation annuelle de 60 francs, la différence constituant un fond de réserve après prélèvement des frais divers de gestion qui, dans les Sociétés, ne dépassent pas 2 francs par tête.

La différence du taux des cotisations (60 à 120 francs) ne nous permet pas d'espérer, dès le début, la prospérité de l'association fondée par notre très honoré et très sympathique confrère, M. le docteur Lagoguey.

Son rapport à l'assemblée du 22 janvier dernier, donne la preuve indiscutable de ce que nous avançons, puisqu'au 31 décembre 1887, cette association possédait après une année d'existence, la somme de 6741 francs et n'avait pas eu un seul jour de maladie à payer.

M. Lagoguey propose la fondation d'un nouveau groupe à cotisation et à indemnité réduite à 5 francs. Créer deux groupes dans une même Société nous paraît difficile.

Soyons tous égaux et formons, ce qui est regrettable, j'en conviens, deux Sociétés de secours mutuels distinctes.

Une réunion générale aura lieu à très bref délai pour discuter les statuts de l'union confraternelle des médecins du département de la Seine (assurance entre médecins en cas de maladie), réunion à laquelle ceux de nos confrères qui voudront bien me prévenir de leur désir d'y assister seront convoqués.

Veuillez agréer, je vous prie, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Grange.

De son côté, M. le docteur Gallet Lagoguey propose d'apporter aux statuts de l'association qu'il dirige les modifications exposées dans la lettre suivante :

Le succès déjà obtenu par notre Association, la nécessité de permettre à nos confrères, même les moins favorisés par la fortune, de participer à ses avantages, et la sécurité absolue que démontrent les derniers documents que nous avons publiés (voy. le *Bulletin* du 9 septembre dernier), nous imposent le devoir de créer un *deuxième groupe* d'assurés avec réduction de la cotisation mensuelle à 5 francs, assurant une indemnité quotidienne de même somme. Les *statuts* de l'Association restent les mêmes, avec la seule modification qui précède.

Ainsi disparaîtra la seule objection valable qui pût encore nous être faite, et qui est basée sur le taux de la cotisation (10 francs par mois), trop élevé pour un certain nombre de confrères.

De plus, cette création permettra aux membres de l'Association actuelle d'augmenter, à leur gré, l'indemnité à laquelle ils ont droit.

Ainsi, en souscrivant à l'un ou à l'autre groupe, ou bien aux deux groupes réunis, nos confrères pourront, suivant leurs ressources et leurs besoins, s'assurer une indemnité de 5, 10 ou 15 francs par journée d'incapacité professionnelle, par suite de maladie ou d'accident.

Dr Gallet-Lagoguey.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 28 septembre, M. le docteur Démoulin maire de Landrecies (Nord) a été nommé chevalier.

Faculté de Bordeaux et École de Toulouse. — Par arrêtés du ministre de l'instruction publique des concours s'ouvriront:

1° Le 1er avril 1889, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse;

2° Le 15 avril 1889, à l'école de plein exercice de médecine et pharmacie de Toulouse, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

École de médecine de Rouen. — Par arrêté ministériel, en date du 26 septembre 1888, un concours s'ouvrira le 5 avril 1889, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Corps de santé militaire. — M. Aron, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé du 10e corps d'armée, est promu au grade de médecin inspecteur et nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée et de la division d'Alger.

M. le médecin inspecteur Weber, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, est nommé membre du comité technique de santé.

Comité consultatif d'hygiène. — Dans sa dernière séance, le comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé un rapport de M. Brouardel sur la déclaration obligatoire par le médecin traitant des maladies épidémiques, ainsi que sur la déclaration des causes de décès et les moyens de rendre cette déclaration compatible avec le secret professionnel.

Après avoir établi, d'après la tradition et par l'interprétation des arrêts les plus récents, les éléments constitutifs du secret médical, le rapporteur a montré que ces éléments ne se rencontrent pas pour l'immense majorité des maladies épidémiques, sauf dans certaines circonstances tout à fait spéciales.

Aussi, le comité a-t-il été d'avis, conformément aux conclusions du rapport, qu'il y a lieu de préparer un projet de loi qui rendrait obligatoire pour le médecin la déclaration d'un certain nombre de maladies, indiquées sur une liste nominative qui pourrait être modifiée par décret, suivant que les découvertes scientifiques rendraient des adjonctions utiles à la santé publique. Dès maintenant, cette liste pourrait comprendre les maladies suivantes: choléra, choléra infantile, coqueluche, diphthérie,

dysenterie, fièvre jaune, fièvre typhoïde, maladies infectieuses puerpérales, maladies septicémiques, peste, rougeole, scarlatine, suette, typhus exanthématique, variole.

En ce qui concerne la déclaration des causes de décès, le comité a, en outre, émis le vœu qu'une statistique de ces causes, basée sur les déclarations des médecins traitants, fût organisée dans toute la France avec le concours des conseils d'hygiène, d'après le système adopté pour les villes, et notamment pour la Ville de Paris, par l'Académie de médecine, et, pour les autres communes, par l'assemblée générale des médecins de France.

Les bénéfices de la vaccination. — On sait que les départements du Morbihan et du Finistère comptent parmi ceux où il est le plus difficile de propager l'habitude de la vaccination; aussi une épidémie de variole assez grave vient-elle de sévir dans ces départements, au cours de laquelle des faits d'incurie inconcevables, signalés par M. Fouquet, n'ont pas été pour peu dans la transmission de la maladie. Tantôt ce sont des varioleux qui se promènent en ville en pleine desquamation, c'est-à-dire à l'une des périodes les plus dangereuses pour la contagion; tantôt ce sont des amis qui pénètrent dans les chambres des malades pour prendre de leurs nouvelles; ici, c'est un ouvrier, le mari d'une malade, qui continue à aller travailler chez des clients; là c'est une sage-femme qui se fait sans nécessité garde-malade de varioleux et qui continue à pratiquer des accouchements.

A propos de cette épidémie, M. Proust a réuni les chiffres suivants, qui montrent le bénéfice et la nécessité des revaccinations.

L'Allemagne, grâce à l'obligation de la vaccination, a pu rayer la variole des causes de décès. Aussi, tandis que Paris, Saint-Pétersbourg, ont une mortalité par variole oscillant entre 136 et 101 pour 100000 habitants, Berlin, Breslau, Hambourg, Munich, Dresde ne perdent, au contraire, que 1,44 habitants sur 100000, depuis la loi de l'obligation de la vaccine, c'est-à-dire depuis 1875. Or ces mêmes villes en perdaient 92 pour 100000 avant la loi. Londres n'a plus que 0,6 décès par variole sur 100000 habitants, soit 24 par an pour une population de 4 millions d'habitants.

Comme contre-épreuve, on peut citer le canton de Zurich (Suisse) qui, depuis que la loi d'obligation de la vaccine a été retirée, c'est-à-dire depuis 1883, a vu la mortalité variolique annuelle s'élever de 8 à 85.

Dans l'armée française, depuis que les vaccinations et revaccinations sont sévèrement pratiquées, c'est-à-dire depuis 1872, le nombre des morts par variole n'a été, de 1872 à 1880, que de 514 sur 3622659 hommes ayant passé sous les drapeaux, soit 14,8 pour 100000 soldats. De 1880 à 1885, le nombre des décès par variole est progressivement tombé de 76 à 6 par an.

D'un autre côté, le *British med. Journal* a publié, il y a quelque temps, un fragment d'un discours prononcé par M. Ritchie, président du *Local government Board*, dans lequel l'auteur a montré, par le calcul suivant, le bénéfice extraordinaire de la vaccination. Il y a à Sheffield 95000 enfants (de moins de dix ans) qui sont vaccinés; il y en a 5000 qui ne l'ont pas été. Ces 95000 ont fourni 189 cas de variole avec 2 décès; les 5000 enfants non vaccinés ont fourni 172 cas de variole avec 70 décès. Si tous les enfants de Sheffield avaient été vaccinés, il y aurait donc eu 200 cas de variole et un peu plus de 2 décès. Au contraire, si aucun des enfants (au-dessous de dix ans) n'avait été vacciné, il y aurait eu 3377 cas de variole avec 1330 décès, soit une mortalité 600 fois plus grande. Au-dessus de dix ans, le bénéfice de la vaccination est moindre, parce que l'immunité commence à s'épuiser, et la revaccination devient nécessaire.

Le nombre des cicatrices vaccinales constatées chez 6000 sujets antérieurement vaccinés, admis au *London Small-Spon Hospital*, en vingt-cinq ans, a été relevé, il y a quelques années, par le docteur Marson, médecin en chef de cet hôpital. Il a constaté que la proportion des décès était en sens inverse du nombre des cicatrices vaccinales apparentes; chez les sujets vaccinés qui n'avaient plus de cicatrice appréciable, la mortalité par variole était de 21,7 pour 100; avec une cicatrice, de 7,5 pour 100; avec deux cicatrices, de 4,12 pour 100; avec trois cicatrices, de 1,7 pour 100; avec quatre et plus, de 0,7 pour 100. La mortalité était de 35,5 pour 100 chez ceux qui n'avaient pas été vaccinés.

(*Revue scientifique.*)

Récompenses accordées aux membres des conseils d'hygiène. — Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce et de l'industrie a décerné les récompenses suivantes aux médecins et pharmaciens ci-après désignés qui se sont distingués par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant les années 1884 et 1885 :

Année 1884. — *Médaille d'or.* M. le docteur Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille.

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Chartier, professeur à l'école de médecine et de pharmacie de Nantes; Bancel (Seine-et-Marne). MM. Audouard, pharmacien, professeur à l'école de médecine et de pharmacie de Nantes; Héhert, suppléant à l'école de médecine de Dijon.

Médailles d'argent. — M. Baillet, vétérinaire; M. Bardy, pharmacien; M. Brulé, pharmacien.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Pujos, médecin des épidémies; Grellet, à Menat (Puy-de-Dôme); Lécuyer, à Beaurieux (Aisne); Gounaud (Doubs); Lhuissier, professeur à l'école de médecine de Rennes; Larmet, vétérinaire.

Année 1885. — *Médaille d'or.* M. le docteur Gibert, du Havre.

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Paris (Seine-et-Oise); Rampal (Bouches-du-Rhône).

Médailles d'argent. — M. le docteur Jablonski, médecin des épidémies (rappel); M. Rabourdin, pharmacien (rappel); M. Barnsby, pharmacien (rappel); M. Gebbart, pharmacien (rappel); M. le docteur Bertin-Sans, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier; M. Abadie, vétérinaire; M. le docteur Liétard, (Vosges).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Marfan, de Castelnaudary (Aude); de Font-Réaulx, à Saint-Junien (Haute-Vienne).

Création d'un fonds d'encouragement pour les études sur la guérison de la tuberculose.

Vingt-deuxième liste.

Ville de Reims	500 fr.
M. Lucas	50
Commune de Pécy	49 40
— de Rengles	49
— de Preuilly	43 40
— de La Ferté sous-Jouarre	30
— de Neuilly-en-Thelle	29
— de Paillart	27
— d'Avesnes	25
— de Socx	25
— de Nogent-le-Rotrou	20
— de Charleville	20
— de Sainte-Geneviève-des-Bois	19 65
— de Sainte-Jeanne-sur-Sarthe	15
— de Vaucé	10
— de Maraye-en-Othe	8
— de Bercherès	5
M. d'Eichtal	10
Total	935 fr. 45
Montant des listes précédentes	60.924 fr. 95
Total général	61.860 40

Société médicale des hôpitaux. — La Société reprendra le cours de ses séances le vendredi 12 octobre. — *Ordre du jour:* M. Troisier: Relation d'un kyste hydatique du foie, guéri par la ponction simple. — Observation de pleurésie hémorrhagique terminée par guérison. — M. A. Chauffard: Note sur le traitement de la lithiase biliaire par l'ingestion d'huile d'olives à hautes doses.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

16333. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE D[r] L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 10 octobre 1888.

Académie de médecine : **Démographie de la France. Abcès inter-crâniens. — Néphrectomie.**

Les indications données avec une si grande précision et une érudition si parfaite par M. Lagneau sur la diminution et l'accroissement des familles en France commandent l'attention. Il n'est pas de problème plus grave à l'heure actuelle pour notre pays et pour notre race. Si notre population s'accroît encore annuellement quelque peu, d'environ 3 pour 1000 habitants, ce très minime accroissement tient, d'une part, à la natalité illégitime de 7 à 8 enfants naturels sur 100 enfants en général, et d'autre part à l'immigration, qui est de près de 3 étrangers par 100 habitants.

Les résultats statistiques du dénombrement de la France en 1886 qui viennent d'être publiés et ceux du mouvement de la population pour 1887 fournissent à cet égard des renseignements très intéressants. On a enregistré l'année dernière 278 056 mariages, 899 333 naissances et 842 797 décès, soit un accroissement de 56 536 individus. Bien que ce chiffre soit un peu supérieur à celui de l'accroissement pendant l'année précédente, il est cependant certain que la population tend à rester stationnaire; tandis que depuis sept ans les décès se maintiennent à un chiffre à peu près constant, les naissances suivent, au contraire, depuis 1884, un nombre continuellement descendant, qui présente, pour une période de sept ans, une diminution de près de 48 pour 100. Le nombre des mariages diminue également; le taux normal de leur fréquence était de 7,5 pour 1000 habitants en France, il n'est plus que de 7,3. Il a été célébré 1 mariage sur 42 habitants des deux sexes, si l'on compare le nombre des unions non plus au chiffre total de la population, mais au nombre des habitants adultes non mariés; encore cette proportion est-elle un peu différente pour chacun des deux sexes. C'est ainsi que la fréquence des mariages a été de 1 sur 19 garçons adultes, veufs et divorcés, pendant qu'elle n'a été que de 1 sur 23 filles adultes, veuves et divorcées, ce qui s'explique par la prédominance des filles et veuves sur celui des garçons et veufs.

Alors que le nombre des naissances légitimes diminue très sensiblement d'année en année, seules les naissances naturelles se maintiennent à un chiffre absolu, presque constant, ce qui fait que la proportion des naissances naturelles sur 1000 naissances totales ne fait que s'accroître. Cette proportion est actuellement de 8,20 pour 100; elle était de 7,48 en 1881. Les documents officiels signalent les variations de cette natalité dans les diverses parties de la France : on a compté 25 pour 100 de naissances naturelles en 1887 dans le département de la Seine et 2 pour 100 dans le Finistère. Au point de vue de la natalité générale, les différences ne sont pas moins grandes. L'expression moyenne se trouve être de 23,5 naissances pour 1000 habitants, alors qu'elle atteint 30 pour 1000 dans le nord de la France et 34 dans Finistère pour s'abaisser à 19 dans l'Eure et jusqu'à 15 dans le Gers. D'autre part, si l'on rapproche le nombre des naissances de celui des femmes adultes âgées de moins de cinquante ans, on trouve sur 100 femmes aptes par leur âge à la génération 9 naissances, soit une naissance sur 11 femmes. Si l'on considère la natalité légitime qui constitue les 92 centièmes de la natalité générale, il y a 16 naissances pour 100 femmes mariées de moins de cinquante ans, soit une naissance seulement pour 6 ménages dans la force de l'âge.

D'autre part, sur 1000 habitants il a été enregistré en moyenne pendant l'année 1887, 22 décès; ce chiffre résultant des 87 moyennes particulières des départements, a varié entre 30 pour 1000 dans le Finistère et 17 pour 1000 dans la Creuse. En général, et à part quelques exceptions, le classement des départements suivant le taux de la mortalité est à peu près le même que le classement qui les dispose d'après l'ordre de leur natalité, en raison du tribut que paye le premier âge à la mort.

Ces renseignements rapprochés de ceux qu'a donnés M. Lagneau et qu'on trouvera plus loin sur les périodes pendant lesquelles les familles disparaissent, joints à l'accroisse-

ment progressif de l'immigration étrangère sur notre territoire, expliquent pourquoi l'on constate un nombre de plus en plus grand en France de noms de famille à consonnances étrangères. Le dénombrement de 1886 a accusé la présence en France de 1126531 étrangers de toutes nationalités, soit une proportion de 3 pour 100 par rapport à la population française; c'est un chiffre élevé et qui progresse sans cesse; car depuis trente-cinq ans il a triplé et l'augmentation moyenne est de 21000 étrangers par an. Sur ce nombre d'étrangers 431423 sont nés en France et 695100 sont nés au dehors. Les mesures de police qui viennent d'être édictées il y a quelques jours auront assurément pour effet de diminuer cette invasion, au moins en ce qui concerne les vagabonds et les gens sans profession avouée ni avouable. Il n'en reste pas moins que la population française ne se maintient, depuis quelques années, à son taux à peu près habituel que par l'afflux de l'immigration étrangère; les moyens d'accroître la natalité sont peu efficaces lorsque sa diminution constante tient aux mœurs publiques elles-mêmes et surtout à la restriction volontaire de plus en plus en honneur; il y a donc lieu d'agir énergiquement pour diminuer la mortalité. L'exemple de l'Angleterre qui, grâce à ses travaux généraux d'assainissement urbain et rural et à la constitution graduelle de son administration sanitaire, est systématiquement et peu à peu parvenue à abaisser sa mortalité jusqu'au taux de 19 pour 1000, ceux de maints autres pays tels que l'Italie, l'Allemagne, etc., qui ont obtenu des résultats analogues par les mêmes moyens, doivent inspirer nos pouvoirs publics. Y a-t-il, comme le disait Jean-Jacques Rousseau, de pire disette pour un pays que celle des hommes?

— M. Chauvel a communiqué un important mémoire sur les abcès intra-crâniens consécutifs à des otites moyennes suppurées; nous le publierons prochainement *in extenso*. L'Académie a aussi entendu la lecture d'une nouvelle et remarquable observation de néphrectomie abdominale que M. Terrillon a pratiquée avec plein succès pour un rein ectopié tuberculeux.

L'anémie et les anémiques.

(Deuxième article.)

Nous avons vu, dans notre précédent article, que, si l'on s'en tenait exclusivement, pour caractériser l'anémie, aux renseignements fournis par les études hématologiques, on arriverait à cette conclusion que la diminution persistante de l'oxyhémoglobine est le seul signe *positif et constant* de l'état anémique. Si, en effet, les belles recherches de MM. Hayem et Malassez nous ont appris le rôle physiologique des globules sanguins, l'évolution vitale des hématoblastes et les caractères histologiques de tous les éléments que peut contenir le sang; si les procédés de numération des globules, de dosage de l'hémoglobine ou de mensuration de l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine ont été perfectionnés, il faut reconnaître cependant qu'au point de vue pratique, nous n'avons aucun caractère précis permettant de distinguer les vraies et les fausses anémies, c'est-à-dire celles qui sont primitives ou essentielles et celles qui ne sont que symptomatiques d'un état organique ancien. De son côté, l'analyse des symptômes présentés par les anémiques ne rend pas ce diagnostic différentiel plus facile. La pâleur des téguments, la faiblesse générale, les troubles nerveux les plus divers, les palpitations, voire même les souffles vasculaires qui ne caractérisent que l'hydrémie s'observent aussi bien chez les inanitiés que chez les paludéens et les cancéreux. Il y a plus : les symptômes ordinaires de l'état anémique sont souvent plus marqués dans les anémies symptomatiques, où se trouvent parfois réunies toutes les causes qui déterminent tout à la fois l'oligaimie, l'hydrémie et la désalbuminémie.

Prenons comme exemple les anémies dues à l'impaludisme et celles qui sont la conséquence fatale du développement d'un cancer utérin. Dans le premier cas, la diminution du nombre des hématies est considérable, puisque chaque accès peut, comme l'ont si bien montré les travaux de Kelsch, abaisser de plusieurs centaines de mille le chiffre des hématies contenues dans un millimètre cube de sang. La destruction globulaire, qui s'opère alors dans le sang lui-même et qui détermine la formation du pigment mélanémique caractéristique de l'impaludisme, s'accompagne, il faut le reconnaître, de lésions globulaires spéciales (macrocythémie) que l'on aurait pu invoquer pour affirmer dans les cas douteux un diagnostic différentiel précis s'il ne résultait pas des recherches de M. Hayem que les globules géants peuvent se voir dans toutes les anémies quelles qu'elles soient. Il en résulte donc que le symptôme dominant, dans l'impaludisme, est après la mélanémie, la diminution du nombre des globules et de l'hémoglobine.

Dans le cancer, les altérations hématologiques peuvent être attribuées à deux causes différentes : à la dystrophie créée par la maladie initiale d'abord, puis aux hémorrhagies multiples et souvent profuses que celle-ci entraîne à sa suite. N'est-elle point comparable aux anémies que déterminent les saignées répétées ou les flux menstruels trop abondants, cette pseudo-anémie cancéreuse qui survient à la suite des hémorrhagies qui en sont la conséquence?

Pathogéniquement et symptomatiquement, il reste donc très difficile d'établir une ligne de démarcation bien nette entre les diverses anémies et de les distinguer en anémies vraies et en pseudo-anémies.

Il y a plus. La pathogénie des accidents déterminés par les altérations du sang montre que des effets identiques peuvent être dus aux causes les plus variées et que, par conséquent, la caractéristique de l'anémie, c'est-à-dire la diminution notable et persistante de l'oxyhémoglobine, peut être masquée par d'autres accidents, alors même que cliniquement, c'est-à-dire symptomatiquement, l'état anémique sera constitué. On sait, en effet, que les poisons du sang qui forment avec l'hémoglobine des composés plus stables que l'oxyhémoglobine, ou encore ceux qui attirent l'oxygène avec une si grande puissance que l'hémoglobine ne peut plus s'en charger, empêchent ou entravent singulièrement le rôle que doivent remplir les globules sanguins et ralentissent, dans des proportions notables, la nutrition interstitielle. C'est ainsi que l'anémie des blanchisseuses, de certains mineurs, celle des ouvriers qui respirent les vapeurs d'aniline (et que M. J. Bergeron a si bien étudiée), celle des saturnins et même des syphilitiques se caractérise bien plutôt par l'arrêt du fonctionnement globulaire que par la diminution du nombre des globules sanguins. Mais n'est-ce point ce que l'on voit aussi dans la chlorose, considérée cependant comme le type d'une anémie vraie? M. Malassez n'a-t-il pas montré que, si l'on observe le sang de deux malades également

anémiques, au point de vue clinique, mais dont l'une sera chlorotique et l'autre saturnine, le sang de la première sera plus riche en globules que le sang de la seconde, bien que ce sang chlorotique soit plus pâle et moins apte aux échanges interstitiels? Et M. Hayem n'a-t-il pas fait voir que, dans les anémies, il y a toujours défaut de concordance entre le nombre des globules et le pouvoir colorant du sang?

Hâtons-nous de faire remarquer que, dans les deux cas, la proportion d'hémoglobine sera moindre qu'à l'état normal et que dès lors, chez les saturnins et les cancéreux, aussi bien que chez les chlorotiques, l'anémie, telle que nous la montre l'état anatomique du sang, sera constituée. Elle sera même plus marquée dans les cas de cancer grave que dans la chlorose. M. Malassez a, en effet, démontré que le diamètre des globules et leur richesse en hémoglobine étant pris pour unité chez un sujet sain, on trouvera, chez les cancéreux et les chlorotiques, les chiffres suivants :

	Diamètre relatif des globules.	Richesse relative en hémoglobine.
Cancéreux........ ..	0,87	0,43
Chlorotiques........	1,09	0,75

Il ne nous semble point nécessaire d'insister davantage. Si nous nous sommes bien fait comprendre, on devra admettre, avec nous, que ni les caractères tirés de l'analyse histo-chimique du sang, ni les symptômes présentés par les anémiques ne peuvent permettre de spécifier nettement, au point de vue pathogénique, c'est-à-dire au point de vue le plus important en médecine, celui qui nous dicte les indications thérapeutiques, la forme d'anémie à laquelle nous pouvons avoir affaire.

Seule dès lors la notion étiologique s'impose au médecin; seule l'étude des conditions hygiéniques ou pathologiques qui ont pu déterminer l'état anémique pourra préciser le diagnostic et indiquer le traitement. C'est à ce point de vue essentiellement pratique que s'est placé M. G. Sée, en désignant sous le nom de pseudo-anémies toutes les anémies symptomatiques. Ce ne sont pas les méthodes d'investigation nouvelles qui l'ont amené à cette nouvelle conception des états anémiques, c'est bien plutôt, nous pouvons l'affirmer, son expérience clinique et thérapeutique. En constatant à maintes reprises l'insuccès de la médication ferrugineuse dans les cas où, cependant, il y avait dans le sang diminution notable de la quantité d'oxyhémoglobine et même du nombre des hématies; en voyant que, dans bien des circonstances, l'administration du fer n'agissait *très momentanément* que pour soutenir l'édifice hémoglobique, pour masquer la maladie primitive et parfois en accélérer la marche et en aggraver les conséquences, M. G. Sée en est arrivé à cette conclusion que l'état anémique, sauf peut-être en ce qui concerne les chlorotiques, était toujours secondaire et qu'il était parfois dangereux de *ferruginer* les inanitiés, les énervés ou les intoxiqués, non moins anémiques cependant que les malades qui succombent à la suite d'hémorrhagies profuses et souvent répétées. Et c'est pour combattre les abus de la médication ferrugineuse qu'il a désigné sous le nom de *pseudo-anémies* toutes les anémies symptomatiques. En se plaçant, à sa suite, sur le terrain exclusivement clinique et thérapeutique, on ne peut que s'associer à cette manière d'envisager ce qu'il faut entendre par *état anémique*, sauf, il est vrai, à faire quelques réserves au point de vue de l'efficacité de la médication ferrugineuse.

Déjà, en effet, dans un article consacré à l'étude de cette question si intéressante (*Gaz. hebd.*, 1881, p. 65), nous avons essayé de préciser les indications et les effets de la médication ferrugineuse en nous inspirant alors des nouvelles recherches physiologiques récemment publiées par M. Hayem. Nous voudrions aujourd'hui, en revenant sur le même sujet, examiner si les idées défendues par M. G. Sée doivent modifier nos précédentes conclusions. « C'est une grande erreur, écrivaient en 1878, dans un remarquable article du *Dictionnaire encyclopédique* (art. Sang, p. 589), MM. Gubler et Renaut, c'est une grande erreur de croire que toute affection caractérisée par la diminution des globules doive être traitée nécessairement et d'emblée par les agents de la médication reconstituante, et spécialement par les ferrugineux. En face de ce qu'on appelle une anémie, le médecin, avant de prendre un parti, doit toujours s'efforcer d'établir nettement les conditions pathogéniques de la maladie. Pour la combattre efficacement et aussi sûrement que possible, il est indispensable qu'il en connaisse parfaitement les origines : *principiis obsta.* » Ces paroles devaient être rappelées au moment où, dix années plus tard, on en est malheureusement encore à hésiter souvent entre les diverses médications que paraît nécessiter l'état anémique. Voyons donc si les conditions étiologiques qui le déterminent ne pourraient pas toujours éclairer tout à la fois et le pronostic et le traitement.

Parmi les anémies dites vraies ou essentielles, M. G. Sée classe en première ligne les anémies par hémorrhagie. Celles-ci, lorsqu'elles se produisent à la suite d'un traumatisme ou d'une saignée, réalisent en effet, avec tous ses caractères hématologiques et symptomatiques, le type de l'aglobulie avec hydrémie, justiciable *au point de vue théorique* de l'administration des ferrugineux. Mais, ainsi que M. G. Sée le faisait justement remarquer en 1866, « les saignées les plus considérables, les hémorrhagies les plus profuses, celles qui font perdre au sang un ou plusieurs kilogrammes, c'est-à-dire jusqu'à la dixième partie de la totalité, ne déterminent pas une anémie vraie qui puisse persister; le sang ne tarde pas à se reconstituer partiellement... » (*Le sang et les anémies*, p. 40). Il faut, pour que le sang soit atteint dans ses éléments plasmiques, pour que l'anémie vraie s'établisse, qu'il survienne des hémorrhagies considérables et souvent répétées; encore celles-ci ont-elles rarement pour effet « une désalbuminose persistante du sang; elles n'entraînent qu'une partie restreinte de ce principe; il se sépare facilement ». Chaque fois, au contraire, que l'albumine se perd d'une façon continue par une voie quelconque, le sang finit par n'avoir plus sa constitution normale. Ainsi donc, alors même qu'à la suite d'hémorrhagies graves et répétées un état anémique sera survenu, il suffira d'arrêter les hémorrhagies pour permettre au sang de revenir à sa constitution normale. Si les hémorrhagies sont rebelles, si elles résistent longtemps aux moyens employés pour les tarir et surtout si elles sont symptomatiques d'un état constitutionnel (ulcère de l'estomac, cancer, etc.), l'anémie qui en résultera sera évidemment symptomatique et non essentielle. La médication ferrugineuse est donc très exceptionnellement indiquée pour restaurer les globules dans les cas d'anémie par hémorrhagies.

Examinons maintenant le cas où il s'agit des *inanitiés*. Les désordres provoqués par l'inanition relative, résultant

d'une alimentation défectueuse au point de vue de sa qualité, ou de rations insuffisantes d'une alimentation normalement proportionnée dans ses éléments, sont tous deux caractérisés tout à la fois par des troubles digestifs et par « une hypoglobulie habituellement accompagnée de petits globules et d'hydrémie, et caractérisée, comme l'a démontré Panum, par un ralentissement dans la production des hématies ». On retrouve donc, dans ces cas, ce que nous persistons à considérer comme la caractéristique de l'anémie au point de vue hématologique, à savoir la diminution notable de la proportion d'oxyhémoglobine et même l'hydrémie caractérisée cliniquement par les souffles dits anémiques. Mais cette altération du sang est indirecte et relative. Le sang est atteint comme les autres tissus, et parallèlement à eux, de sorte que les modifications qu'il subit ne suffisent pas pour expliquer tous les désordres fonctionnels que l'on observe. Si donc l'état anémique consécutif à une alimentation, longtemps insuffisante comme quantité ou mauvaise comme qualité, s'observe alors que les fonctions digestives restent à peu près normales, alors qu'il n'y a point dyspepsie au sens générique du mot, la médication ferrugineuse pourra assez avantageusement encore être associée à un régime diététique convenable. Sans doute, chez les anémiques par alimentation insuffisante, aussi bien que chez les anémiques par déperdition sanguine, la suppression de la cause qui a amené à sa suite un état pathologique accidentel, suffira le plus souvent à amener la guérison. Nous l'avons dit, en étudiant les indications de la médication ferrugineuse, un régime bien compris pourra, dans ces conditions, fournir à l'organisme tout le fer dont il a besoin pour la restauration des globules. D'autre part, le fer sera non seulement inutile, mais même dangereux s'il y a dyspepsie, c'est-à-dire si son assimilation est rendue difficile ou impossible. Chez les inanitiés, il conviendra donc avant tout et surtout d'instituer un régime convenable et de combattre avec la plus grande sollicitude les troubles digestifs. C'est pourquoi, chez la plupart des anémiques, il convient d'examiner avec attention l'état de l'estomac et de l'intestin. Souvent dès lors, un examen méthodique démontrera l'existence d'une dilatation de l'estomac, c'est-à-dire d'une atonie persistante de cet organe, qui ne se rétracte plus lorsqu'il est vide, et, dès lors, il faudra, ainsi que M. Bouchard l'a si souvent expliqué, conclure de cette constatation que les symptômes observés sont sous la dépendance d'un vice de nutrition, et qu'un régime approprié, joint à quelques médicaments amers et toniques, suffira presque toujours à guérir l'anémie. Il n'en est pas moins vrai que certaines préparations ferrugineuses, le pyrophosphate de fer, le lactate de fer et le tartrate ferrico-potassique, ou encore les eaux minérales ferrugineuses, pourront, même dans les pseudo-anémies d'origine alimentaire, rendre parfois, ne fût-ce que momentanément, des services signalés.

Chez les *inanitiés d'air* ou *apnéiques*, les conditions sont différentes. Nous n'irons pas jusqu'à soutenir, avec Gubler, que l'anémie globulaire rend plus facile la privation d'air respirable, « qu'elle suppose peu de besoins; que l'économie peut se contenter d'une petite ration d'oxygène, et que l'air confiné est alors non seulement sans inconvénient immédiat, mais qu'il devient la condition *sine quâ non* d'une vie relativement normale ». Nous croyons, au contraire, comme M. G. Sée, que l'anémie qui s'observe chez les sujets qui vivent habituellement dans une atmosphère trop pauvre en oxygène ou infectée par des gaz toxiques est des plus fréquentes et des plus importantes à combattre. De nouvelles recherches entreprises par divers médecins, et en particulier par M. Brown-Séquard, ont prouvé la toxicité de l'air expiré par certains malades, surtout par les tuberculeux. Il paraît démontré que, dans un grand nombre de cas, l'état anémique résulte, comme nous l'avons déjà dit, de la pénétration dans le sang de gaz ou peut-être de microbes qui empêchent l'hémoglobine de prendre à son passage dans le poumon l'oxygène destiné à la respiration interstitielle. Dans tous ces cas, aussi bien que lorsqu'il s'agit de gaz toxiques, ce n'est point évidemment par l'absorption du fer que l'on arrivera à guérir les malades. La déchéance respiratoire de l'hémoglobine, que l'on observe chez ces pseudo-anémiques, est « curable par le simple rétablissement d'une aération conforme aux lois physiologiques », ou, chez les intoxiqués, par une hygiène mieux entendue et le séjour à la campagne.

Il en est de même, il en est surtout ainsi chez les *épuisés*. Comme M. G. Sée le fait remarquer, en apportant à l'appui de la thèse qu'il soutient les arguments les plus scientifiques et les plus convaincants, les fatigués musculaires ou cardiaques, aussi bien que les épuisés nerveux ou *énervés*, sont rarement anémiques au vrai sens du mot. Quels que soient les symptômes observés, la médication ferrugineuse est très rarement utile, aussi bien chez les surmenés au point de vue musculaire que chez les épuisés au point de vue nerveux. M. Potain a souvent rappelé que les beaux souffles vasculaires promettent de beaux succès à la médication ferrugineuse, tandis que le silence des vaisseaux lui est de mauvais augure. Chez les malades fatigués à la suite d'une série de travaux musculaires exagérés ou chez les surmenés par épuisement nerveux, les souffles vasculaires caractéristiques de l'hydrémie sont rares. A ces malades ce n'est point le fer, ce sont les phosphates et en particulier les phosphates de potasse et de soude qui conviennent surtout. Ce ne sont plus, en effet, des anémiques, voire même des pseudo-anémiques. Ni l'hématologie, ni même l'examen physique ne permettent de les confondre avec ceux auxquels convient presque toujours la médication martiale.

Nous avons déjà parlé des analogies qui existent entre les anémiques par hémorrhagies répétées et les anémiques épuisés à la suite des déperditions qu'occasionnent les sécrétions ou les pertes de matières albuminoïdes. L'anémie qui s'observe à la suite de la lactation est relativement fréquente lorsque toutes les précautions nécessaires ne sont point prises pour éviter, chez les nourrices, une fatigue exagérée. Cette pseudo-anémie ressortit parfois à la médication ferrugineuse. Il en est de même de celles qui sont provoquées par les diarrhées chroniques ou les suppurations profuses et prolongées. Nous avons vu parfois certaines préparations ferrugineuses, et en particulier le lactate de fer, le pyrophosphate de fer, le protochlorure de fer ou encore les eaux minérales ferrugineuses réussir dans la convalescence des maladies de ce genre. Sans doute, dans tous ces cas encore, la médication martiale ne sera qu'accessoire. Elle ne deviendra utile que si, par un traitement déduit de l'étiologie des accidents observés, on est arrivé à enrayer ceux-ci. Il n'en est pas moins vrai que, si les fonctions digestives sont restées bonnes, ce qui est toujours une condition nécessaire à l'efficacité de la médication ferrugi-

neuse, on arrivera *plus vite* à un résultat favorable si l'on parvient à restaurer le tissu sanguin.

Ce que nous venons de dire des états anémiques qui dépendent des maladies chroniques s'applique également à certaines maladies virulentes. Nous avons déjà fait remarquer que si l'évolution de la tuberculose semble presque toujours contre-indiquer l'emploi de la médication martiale, il est des cas cependant où celle-ci peut être associée non sans avantages aux médicaments plus spécialement destinés à combattre la maladie elle-même. « Très souvent, disions-nous en 1881 (*Gaz. hebd.*, p. 83), sous le masque de l'anémie se dissimulent les états les plus complexes, ceux qui contre-indiquent presque toujours l'administration des préparations ferrugineuses. C'est ainsi que trop fréquemment on cherche à combattre par la médication martiale un état de débilité progressive que l'on désigne vaguement sous le nom d'appauvrissement du sang... Sans doute au début, on peut voir les forces renaître avec l'appétit, les joues se colorer, l'oppression et les palpitations devenir moins pénibles. Cette amélioration apparente est de bien courte durée... » Ces quelques lignes montrent bien que nous sommes d'accord avec M. G. Sée et avec M. Dujardin-Beaumetz, que l'on cite trop souvent comme un adversaire de la médication martiale alors qu'il n'a voulu protester que contre ses abus. Dans ses *Leçons de clinique thérapeutique* M. Dujardin-Beaumetz s'est, en effet, très nettement expliqué à cet égard (p. 385). Si, en se plaçant sur le terrain exclusivement clinique, notre savant confrère a protesté en 1876 contre les abus de la médication ferrugineuse, les nouvelles recherches hématologiques l'ont cependant converti jusqu'à un certain point. Il admet que « le fer est le plus actif des médicaments pour la rénovation du sang », mais il insiste pour faire remarquer qu'il est un certain nombre de malades chez lesquels les préparations martiales sont impuissantes à amener la guérison, alors cependant que celle-ci s'obtient sous l'influence d'une médication purement hygiénique ou qui s'adresse directement à la cause du mal.

Ces malades auxquels le fer ne convient pas sont surtout les pseudo-anémiques d'origine virulente ou spécifique ; chez eux, comme le dit fort bien M. G. Sée, le sang n'est qu'une minime fraction du tout pathologique ; il participe comme les autres tissus aux désorganisations produites par la maladie primitive. Chercher à le reconstituer par l'administration du fer serait s'illusionner sur les résultats momentanés que pourrait produire cette réviviscence de l'élément globulaire.

Avec M. G. Sée nous reconnaissons donc que les états anémiques devraient être divisés en deux classes distinctes, d'une part ceux qui ressortissent à la médication ferrugineuse et qui ne guérissent que par elle ; d'autre part ceux dans lesquels la médication martiale est inutile, voire même dangereuse. Nous admettons que, dans la première classe, il faut ranger la *chlorose*, quelle que soit la conception pathogénique que l'on se fasse de cette maladie. Avec M. Hayem nous pensons que l'anémie chlorotique est le type des anémies spontanées, qu'elle est même peut-être la seule anémie vraiment essentielle et que toujours elle exige l'administration des préparations ferrugineuses. Nous croyons même que, chez les chlorotiques, il faut toujours prescrire le fer à assez hautes doses et se préoccuper de le rendre assimilable en surveillant attentivement et en cherchant à rendre aussi parfaites que possible les fonctions digestives.

Mais, à côté de la chlorose, nous ne voyons guère d'autre anémie vraie que celle qui est momentanément provoquée par une hémorrhagie accidentelle. Les anémies dues aux pertes de sang multiples et abondantes qui s'observent dans le cas où une maladie hémorrhagique grave a déjà altéré la constitution et par conséquent les fonctions hématopoiétiques, ou bien alors qu'il existe depuis longtemps une maladie organique dont l'un des symptômes essentiels est l'hémorrhagie profuse, ces anémies sont tout aussi bien que celles de la tuberculose, de la syphilis ou du rhumatisme des anémies secondaires ou fausses anémies. Or, dans les hémorrhagies accidentelles qu'un traitement chirurgical arrêtera aisément, la médication ferrugineuse sera presque toujours superflue. La réparation hématique se fera spontanément au bout d'un temps plus ou moins long, et le fer qui est nécessaire à la rénovation du sang sera emprunté à l'alimentation. Seules, les anémies dues à des hémorrhagies symptomatiques, c'est-à-dire les *fausses anémies* du cancer, du scorbut, de l'hémophylie, du purpura, etc., pourront nécessiter l'administration des préparations martiales.

Le fer ne sera pas non plus nécessaire, mais il pourra le devenir dans les pseudo-anémies des convalescents, des individus mal nourris ou mal aérés, des intoxiqués par divers poisons organiques ou minéraux. Chez tous ces malades, le traitement de l'état anémique sera toujours secondaire comme l'est d'ailleurs le symptôme auquel il prétendra remédier. Les préparations martiales ne sauraient, en effet, avoir pour effet que de soutenir les forces défaillantes du sang appauvri par la maladie préexistante. Mais si, grâce à elles, on peut augmenter la proportion d'hémoglobine contenue dans les hématies qui conservent leur vitalité, on rendra plus facile la défense de l'organisme contre les atteintes du mal.

Le devoir du médecin sera donc de rechercher avec soin si, dans le traitement exclusivement symptomatique qu'il a le droit d'instituer, l'administration du fer n'est contre-indiquée ni par l'état des voies digestives, ni par un éréthisme nerveux exagéré qui provoquent l'intolérance.

Ce sont là, en effet, les deux seules contre-indications absolues à l'administration des préparations ferrugineuses. Dans les cas où celles-ci sont bien supportées, c'est-à-dire où elles ne déterminent ni fièvre, ni constipation opiniâtre, ni inappétence, elles ne sont presque jamais nuisibles ; elles sont, au contraire, assez fréquemment utiles. N'avons-nous point d'ailleurs, aujourd'hui que les procédés de recherche hematospectroscopique se sont multipliés et perfectionnés, une méthode qui permet de prouver l'augmentation rapide de l'oxyhémoglobine sous l'influence de la médication ferrugineuse lorsque celle-ci est vraiment indiquée? Et, de plus, les observations de M. Hénocque ne lui ont-elles pas fait voir que les variations dans l'activité de la réduction, bien plus rapides et plus nettes que le dosage de l'oxyhémoglobine, pouvaient aussi servir de guide pour la thérapeutique et donner naissance à des indications spéciales? En suivant, soit quotidiennement, comme l'ont fait MM. Hénocque et Baudoin dans la fièvre typhoïde, soit à des périodes assez rapprochées les unes des autres, les résultats fournis par l'étude hématoscopique, on peut donc arriver à préciser encore les indications de la médication des anémies par le fer et conserver ainsi à l'un des médicaments les plus utiles la place qu'il doit garder en thérapeutique.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Climatologie.

La journée médicale sur le littoral méditerranéen, par le M. docteur Onimus.

Les variations de la température diurne ont une telle importance pour les personnes qui fuient les mois froids de l'hiver, que l'on a appelé « journée médicale » le moment pendant lequel les malades peuvent sortir, sans craindre de refroidissement. La « journée médicale » varie évidemment selon les saisons et les climats, mais elle n'a nulle part une importance aussi grande que pour les stations hivernales, et il serait désirable qu'elle fût nettement précisée dans chaque région, ainsi que nous l'avons fait pour la région de Nice à Monaco.

Bien des observations ont été faites, il est vrai, mais elles ne s'accordent pas toujours et, dans tous les cas, elles ont la plupart le grand tort de ne tenir compte que de moyennes, et celles-ci n'indiquent absolument rien.

Pour que nos observations soient en dehors de toutes les erreurs, nous nous sommes servi des thermomètres enregistreurs de MM. Richard frères, placés non seulement au nord et à l'ombre, mais loin d'habitations et sous l'abri Renou.

Les observations avec les appareils enregistreurs ont ce grand avantage que, mieux que tout autre moyen, elles rendent compte des variations qui ont lieu d'un moment à l'autre, et que, s'il peut y avoir de légères erreurs sur la valeur absolue de la température, les tracés obtenus permettent d'analyser nettement l'ensemble des phénomènes.

Nous devons ajouter tout de suite que nos observations ont été prises à partir du mois de janvier 1888, dans une région située à 600 mètres en avant de la principauté de Monaco, appelée Cap d'Aglio, à 65 mètres au-dessus du niveau de la mer, près de l'hôtel Sanitas des Caps-Fleuris. En ce point, il n'y a pas de vallées, ni de cours d'eau et, immédiatement derrière, s'élève une énorme masse de montagnes dont la première, presque à pic, atteint 700 mètres au-dessus du niveau de la mer, et forme comme une sorte d'amphithéâtre exposé au soleil.

En examinant les différents tracés que nous avons obtenus, on constate facilement, ce qui d'ailleurs est connu depuis longtemps, que c'est toujours au moment du lever du soleil que la température est le plus basse.

Le minimum varie donc suivant le mois, mais aussi selon l'état du ciel. Par un beau temps l'abaissement est beaucoup plus prononcée que lorsque le ciel est couvert. Dans ce dernier cas, il n'y a même plus de changement de température, tandis qu'avec un ciel pur la baisse est quelquefois de 1 degré et demi en une demi-heure, et que la ligne du tracé forme comme un crochet M et M' (fig. 1 A). Nous avons choisi, avec intention, un tracé dans lequel on peut constater ces différences, car dans la journée intermédiaire le ciel était complètement couvert, tandis que le ciel était d'une pureté parfaite la veille et le lendemain.

Le minimum, au lever du soleil, est de moins en moins accentué à mesure que la saison avance ou, du moins, on ne retrouve plus un crochet aussi marqué dans les mois de mars et d'avril, comme on peut s'en rendre compte en examinant les tracés des figures 3 et 4.

Si l'on compare ces tracés avec ceux pris à Paris exactement les mêmes jours (fig. 3, ligne inférieure B), on voit que des phénomènes analogues se présentent. Le premier jour, avec un soleil caché par des nuages, le minimum au lever du soleil n'a pas lieu, tandis que le lendemain ce minimum est très marqué, mais aussi la courbe s'élève, et de —11 degrés le thermomètre monte à —5 degrés. Cette journée est presque la seule du mois de janvier et du commencement de février, pour l'hiver dernier au moins, où le tracé a quelque analogie avec ceux que nous avons obtenus, car dans presque tous les jours d'hiver, à Paris, le tracé forme une ligne peu accentuée, et ce n'est guère qu'à la fin de février et aux mois de mars et d'avril que les variations diurnes prennent le

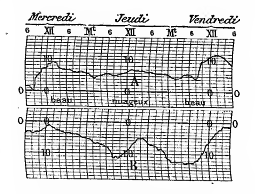


Fig. 1. — (Sur toutes les figures la ligne A indique les tracés pris aux Caps-Fleuris et la ligne B les tracés pris à Paris).

même caractère et ont des minima et des maxima à des heures régulières.

Nous ferons en même temps remarquer, ce qui d'ailleurs arrive presque toujours, que les journées ensoleillées de Paris correspondent à des temps couverts dans le Midi, et réciproquement.

Dans tous les cas, la baisse rapide du thermomètre au moment du lever du soleil, aussi bien à Paris que dans le Midi, n'a lieu que lorsque celui-ci se lève dans un ciel non couvert. Cette baisse est même d'autant plus accentuée que le ciel est plus pur et que la saison est moins avancée. Dans

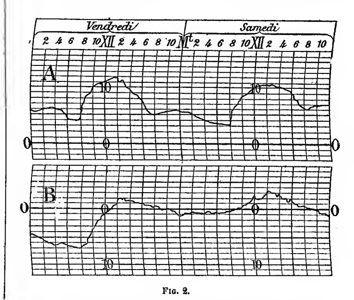


Fig. 2.

tous les cas, elle est toujours plus marquée sur les tracés obtenus dans le Midi que dans ceux recueillis à Paris.

Nous avons donné avec intention le tracé de la figure 1, car c'est la seule fois de tout l'hiver où le thermomètre soit descendu, à notre observatoire des Caps-Fleuris, à zéro, mais cela n'a duré qu'un instant et, ce qu'il y a de curieux, c'est que, pendant toute la nuit, le thermomètre était resté au-dessus de zéro.

D'ailleurs, et c'est là un phénomène qui n'a guère lieu sous le climat de Paris, presque toutes les nuits il y a une

élévation relative de la température. Ainsi, en comparant les tracés de la figure 2 du 24 et du 25 février et ceux des 5 et 6 mai (fig. 5), on voit nettement que pendant la nuit il y a presque toujours, vers minuit, une augmentation de température pour les tracés pris à notre observatoire des Caps-Fleuris, tandis qu'il n'en est pas de même pour ceux que l'on a enregistrés à Paris. Il est rare, dans le Midi, que cette élévation de température ne survienne pas à un

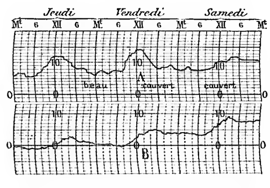


Fig. 3.

moment donné pendant la nuit, mais l'heure n'est pas régulière. Le plus souvent c'est vers minuit ou vers deux heures du matin.

Disons tout de suite que cette élévation de température pendant la nuit montre bien combien il est peu dangereux de laisser entrer de l'air dans les chambres à coucher pendant la nuit, et que cette pratique, qui effraye bien des personnes, n'a rien de dangereux. Cette recommandation est si avantageuse pour toutes les personnes malades ou non, que nous sommes heureux d'en montrer le peu d'inconvénients au point de vue de la température. Il suffit de jeter les yeux sur une série de tracés pris pendant les mois les plus froids pour s'assurer que la nuit offre une température assez constante et assez tempérée pour qu'en respirant l'air on ne fasse absolument aucune imprudence.

Un fait caractéristique des modifications de la température diurne est l'élévation rapide de la température dès que le soleil est levé. La ligne du tracé s'élève verticalement, et cela aussi bien au mois de janvier qu'au mois de mai. Sous le climat de Paris, même par les belles journées du mois de mai et par les jours ensoleillés, l'augmentation de chaleur est moins brusque, car toujours la ligne est plus oblique. Cette élévation rapide de la température, au point de vue de la « journée médicale », a une grande importance, car elle démontre d'une façon certaine que les malades peuvent sortir dès que le soleil est levé. Il y a, d'un autre côté, à ce moment de la journée, moins de vent et pas d'humidité. Aussi nous n'avons jamais vu personne se refroidir le matin, alors même qu'on sortait peu vêtu, tandis qu'avec une température même relativement plus élevée dans l'après-midi on risque souvent de prendre froid.

Presque tous les météorologistes de Nice, de Cannes, de Menton, et cela est presque une opinion classique, font commencer la « journée médicale », c'est-à-dire l'heure à laquelle les malades peuvent sortir, de dix à onze heures du matin, et nous croyons que c'est là une grande erreur, car la promenade du matin est toujours la plus salutaire. Il est vrai que dans la région où nous avons fait nos observations, l'élévation de la température a lieu plus rapidement dès les premières heures du jour à cause des conditions topographiques, car la chaîne des montagnes forme comme une espèce d'entonnoir, et elle reflète énergiquement les rayons solaires.

Malgré cela, les remarques que nous avons pu faire sur nous-même dans les différentes stations que nous venons de nommer, nous confirment que l'heure de sortie pouvait être avancée partout.

Le début de la « journée médicale » varie évidemment selon la saison, et l'étude des tracés, mieux que toute autre observation, nous en fixe les bases. On peut, sans crainte d'exposer les malades, la placer une heure après le lever du soleil. Aux mois de décembre et de janvier, au moins

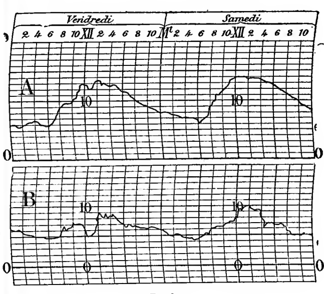


Fig. 4.

dans la région entre Nice et Monaco, on peut déjà sortir à huit heures et demie; au mois de février, à huit heures; au mois de mars, à sept heures et demie, et ainsi de suite.

Par excès de prudence, on peut reculer d'une demi-heure, mettre neuf heures au lieu de huit heures et demie, huit heures et demie au lieu de huit heures et ainsi de suite, mais il serait préjudiciable de ne faire commencer la « journée médicale » qu'après dix heures.

Le minimum de température est facile à déterminer, on n'a qu'à se rappeler selon l'époque de l'année le moment du lever du soleil. Il n'est pas aussi facile de connaître le maximum. Voici un tableau comparatif des résultats obtenus à notre observatoire des Caps-Fleuris et des tracés recueillis à Paris.

MAXIMUM DE LA TEMPÉRATURE DIURNE.

Paris.	Caps-Fleuris (près Monaco).
Janvier. — De quatre à six heures de l'après-midi (très variable).	*Janvier.* — De deux à trois heures (fig. 1).
Février. — De deux à quatre heures.	*Février.* — D'une heure à trois heures (fig. 2).
Mars. — De deux à trois heures.	*Mars.* — De midi à trois heures (fig. 3).
Avril. — D'une heure à trois heures.	*Avril.* — De onze heures et demie à trois heures (fig. 4).
Mai. — D'une heure à quatre heures et même six heures.	*Mai.* — De dix heures à cinq heures (fig. 5).

L'absence ou la présence de nuages ont, il n'est pas besoin de le faire remarquer, une influence considérable, et c'est pour bien le démontrer que nous avons choisi le tracé de la figure 1 et celui de la figure 3. Pour ce dernier (19, 20 et 21 mars), le temps est beau le 19 mars et l'influence du soleil fait monter le thermomètre, même avant midi, il en est de même le 20, mais ce jour-là, même à

partir d'une heure et demie, le soleil est caché par des nuages et l'on obtient alors un tracé dans lequel pour le 22 mars la température reste à peu près constante et le maximum n'arrive qu'après quatre heures. Dans le tracé figure 1, A ces modifications sont encore plus marquées.

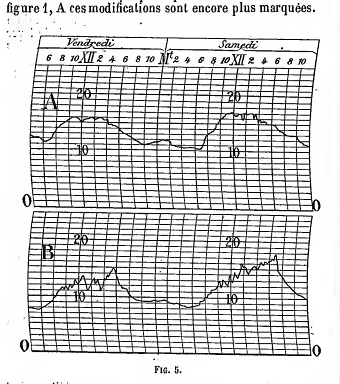


Fig. 5.

Dans tous les cas, on constate facilement par ce tableau et par les tracés que le maximum varie suivant les mois au point qu'avec un ensemble de quatre à cinq tracés on peut reconnaître le mois pendant lequel ils ont été pris. Les tracés que nous donnons sont typiques sous ce rapport.

Les observations faites au moyen des thermomètres enregistreurs nous servent utilement pour constater le minimum et le maximum de la température et ils nous fournissent le moyen le plus pratique de connaître le commencement de « la journée médicale ». En même temps, selon l'obliquité de la ligne d'élévation, ils nous montrent une plus ou moins grande rapidité dans l'augmentation de la température. Mais là s'arrête leur rôle et rien ne serait plus dangereux que de se fier à leurs indications pour le moment où « la journée médicale » doit se terminer. Tous les instruments physiques sous ce rapport donnent également des indications qu'il faut négliger et qui forment d'ailleurs comme une sorte de *paradoxe météorologique*.

C'est en effet un des phénomènes les plus curieux que la disproportion considérable qu'il y a au moment du coucher du soleil, entre la température réelle et celle qu'accusent nos impressions. Et ce qui est à peine croyable, il fait à peu de chose près la même température de quatre à cinq heures du soir que de dix heures à midi et cependant le matin il fait chaud, tandis qu'à quatre heures il fait froid ou du moins on a froid.

Sur les tracés figure 1 A, nous voyons la température être même supérieure à quatre heures qu'à dix heures; au mois de février elle est exactement la même vers quatre heures et demie qu'à onze heures et même le lendemain elle est plus élevée le soir et ce n'est qu'à six heures qu'elle est la même qu'à onze heures du matin.

Tous les autres tracés donnent à peu de chose près les mêmes indications, et aucun ne donne même une descente brusque. Ce n'est guère que dans le tracé pris à Paris le 5 mai (fig. 3, ligne inférieure B) qu'on a au moment du coucher du soleil une descente excessivement rapide.

Ces tracés donnent la température exacte, car le fait nous a paru tellement extraordinaire, qu'à plusieurs reprises nous avons vérifié les indications du thermomètre enregistreur par les thermomètres ordinaires. Il n'y a donc aucune erreur, le thermomètre indique au moment du coucher du soleil une température au moins égale à celle de dix heures du matin et cependant l'impression que tout le monde éprouve est tellement froide, qu'il est admis universellement qu'à ce moment de la journée il fait le plus froid. Cette impression de froid est tellement marquée que plusieurs auteurs ont cru que c'était le minimum de température dans les vingt-quatre heures. Le docteur H. Bennet lui-même dans son ouvrage d'une exactitude si remarquable s'exprime ainsi : « La température tombe toujours quelque temps, au moins une demi-heure, avant le coucher du soleil, et souvent elle arrive au minimum des vingt-quatre heures au moment même de son déclin. »

Cette baisse est loin d'être un minimum, car la température à ce moment de la journée est dans tous les cas supérieure à ce qu'elle sera deux ou trois heures après, et où cependant une fois le soleil couché l'impression de froid devient moindre et il nous *semble* alors que le thermomètre a dû monter de quelques degrés.

Donc il n'y a aucun rapport entre la température réelle et le froid ou la chaleur qu'éprouve notre organisme.

A quoi tient ce phénomène qui paraît être un paradoxe météorologique? A l'absence de soleil? Non, puisque lorsque le soleil a disparu depuis quelque temps, cette même impression n'existe plus et que d'un autre côté, lorsque le ciel est couvert, elle n'existe même point. Plus la journée a été belle, plus cette sensation de froid devient considérable.

Les principales causes de cette sensation de froid sont une humidité plus considérable, l'agitation de l'air et surtout la radiation.

Le matin et jusqu'à ce que la température ait atteint son maximum, le pouvoir hygrométrique de l'air augmente et c'est précisément au moment où la température faiblit que la vapeur d'eau se condense. Plus l'air est saturé de vapeur d'eau, plus le corps humain peut céder de son calorique, surtout si en même temps il y a plus ou moins de vent. C'est précisément ce qui arrive vers les quatre heures et il est rare qu'à ce moment l'air ne soit pas agité.

En premier lieu cette sensation de froid ne se produit que dans les belles journées, le soleil en est donc la cause essentielle. Pendant la journée il a augmenté le pouvoir hygrométrique de l'air, et au moment où la chaleur diminue il laisse la vapeur d'eau se condenser. Plus l'air est saturé de vapeur d'eau, plus le refroidissement du corps humain est considérable, surtout si en même temps, comme cela a lieu presque tous les jours, il s'élève à ce moment une brise plus ou moins forte.

Le matin la vapeur d'eau ne se condense jamais, car au contraire l'air peut en contenir de plus en plus à mesure que le soleil s'élève. D'un autre côté, il est très rare qu'il y ait du vent le matin.

N'y aurait-il que ces deux conditions différentes entre les matinées et l'après-midi, que l'on comprendrait déjà combien l'organisme humain est plus sensible aux variations de température vers le soir et combien même avec une différence de température en plus, l'impression n'est plus la même dans la matinée.

Mais il faut de plus tenir compte de la *radiation*. Dès que le milieu ambiant est plus froid qu'un corps quelconque, celui-ci rayonne sa chaleur. Aussi la terre, qui a été échauffée par le soleil de l'après-midi, rend, dès que les rayons solaires sont moins forts, la chaleur qu'elle a reçue. C'est une restitution qui se fait d'autant plus rapidement

que la masse calorifique a été plus considérable. Les indications thermométriques ne peuvent guère apprécier ce rayonnement vers l'espace, car, tandis que le thermomètre est suspendu en l'air, son pouvoir propre comme corps rayonnant entre en jeu. Aussi, selon que des thermomètres très semblables sont placés sur le sol, sur une plaque métallique ou suspendus dans l'air, ils peuvent, comme l'a constaté le docteur Wells, donner des différences considérables. Ce savant a trouvé en effet que quand il plaçait son thermomètre sur l'herbe dans une nuit claire, il s'abaissait quelquefois de 14 degrés au-dessous d'un thermomètre suspendu à l'air libre à $1^m,50$ au-dessus de l'herbe.

Le refroidissement par rayonnement explique comment des plantes sont détruites par la gelée, alors même que l'air ambiant est à quelques degrés au-dessus de zéro. Le seul fait de la présence d'un nuage ou d'un léger abri, tel qu'une toile ou un paillasson, suffit pour protéger les plantes délicates de tout dommage. Une simple toile d'araignée est souvent un écran suffisant.

Le corps humain a son pouvoir rayonnant et ce pouvoir est d'autant plus considérable que nous nous trouvons dans un milieu où l'air est plus pur et plus sec. Le refroidissement du corps aura donc lieu chaque fois que ces conditions seront remplies.

Ces conditions de refroidissement par le rayonnement de chaleur propre existent non seulement lorsque le soleil se couche, mais encore en plein jour, et surtout l'après-midi lorsqu'on passe du soleil à l'ombre et dans tous ces cas nous nous refroidissons d'une plus grande quantité et plus rapidement qu'un simple thermomètre.

On voit donc que même pour les effets des variations de température sur l'organisme, les indications thermométriques sont insuffisantes et rien ne le démontre mieux que ces impressions tellement nettes que l'on a admis universellement que la baisse de la température était considérable, alors qu'elle est à vrai dire fort peu marquée en proportion de celle qu'éprouve l'organisme.

Si les observations météorologiques peuvent nous tromper dans ces conditions, elles ont néanmoins cet avantage que nous indiquant la raison d'être des phénomènes, elles nous permettent de mieux nous préserver des inconvénients qui en résultent.

En effet, de ce que notre refroidissement est dû moins à une grande diminution de la température atmosphérique qu'à la radiation de notre corps, nous pouvons, nous devons nous en préserver en empêchant surtout cette radiation. Il nous suffit d'imiter les jardiniers et de nous rappeler qu'un simple abri préserve autant que de gros murs. A vrai dire, c'est un écran qu'il faut et nous en avons fait l'expérience, un grand parapluie ouvert agit quelquefois comme un vêtement et préserve quelque peu du refroidissement. Nous citons ce fait, uniquement parce qu'il est saisissant par sa bizarrerie et parce qu'il indique bien les éléments du problème.

Ainsi s'explique ce fait que l'on peut facilement constater dans ces belles journées d'hiver, qu'un vêtement très léger, mais plus ou moins imperméable, empêche le refroidissement et remplace avantageusement les fourrures. Celles-ci, si utiles et si agréables dans les pays du Nord, n'ont que des inconvénients dans les stations hivernales. Elles échauffent le corps, amènent de la transpiration et fatiguent par leur poids. Les tissus de laine sont avantageux directement sur la peau, mais pour les vêtements supplémentaires un simple pardessus en toile serrée, ce qu'on appelle un cache-poussière par exemple, donnera presque aussi chaud que des tissus épais. Sous ce rapport, la valeur calorifique des vêtements n'est pas la même dans tous les climats, et un tissu qui ne garantit nullement du froid dans un climat où le ciel est brumeux, peut acquérir des qualités calorifiques considérables dans des régions où la radiation est la principale cause du refroidissement.

En résumé, grâce aux tracés obtenus par le thermomètre enregistreur, nous pouvons affirmer que le minimum de température existe toujours au moment du lever du soleil, que ce minimum est d'autant plus marqué que la journée sera plus belle, qu'aussitôt le soleil levé la température monte d'une façon uniforme et constante jusqu'à un maximum qui varie selon les mois. Plus la saison est avancée, plus rapidement arrive ce maximum et plus longue est sa durée.

La « journée médicale » varie donc selon les mois et aussi selon les stations hivernales. Sur certains points du littoral bien encaissés par les montagnes, comme Monaco par exemple, la température est tout de suite plus élevée dans la matinée et ce n'est qu'à partir de midi que la température est à peu près la même partout; à ce moment de la journée ce sont les ombres portées et l'exposition aux vents qui déterminent les climats beaux.

Au moment où le soleil se couche, il y a une baisse de la température, mais celle-ci est très faible comparativement à l'impression de froid que nous éprouvons.

Presque toujours cet abaissement de température n'est que de 2 à 3 degrés et correspond à peu de chose près à la température de dix à onze heures du matin. Même avec une température inférieure dans la matinée, l'impression est très différente et l'on a plus chaud le matin alors même que le thermomètre marque 3 à 4 degrés de moins qu'à quatre heures.

Ce phénomène n'est paradoxal qu'en apparence, car notre organisme éprouve l'influence du refroidissement par plusieurs causes qui agissent moins nettement sur les instruments physiques.

Les principales de ces causes sont une humidité plus grande vers le soir et surtout la radiation.

Lorsque le ciel est couvert ou lorsqu'il pleut, cette impression du froid au moment du coucher du soleil n'existe pas. Elle existe par contre en plein jour lorsqu'on passe à l'ombre.

Le moyen le plus pratique pour obvier aux inconvénients de ces refroidissements est de faire usage de vêtements qui mettent obstacle à la radiation, c'est-à-dire de tissus serrés et plus ou moins imperméables.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DES CLOIZEAUX.

Aucune communication de médecine ou de chirurgie n'a été faite dans cette séance.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

MM. les docteurs *Pinard* et *Ribemont-Dessaignes* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'accouchements.

M. le docteur *Millard* (de New-York) demande à être admis au titre de correspondant étranger dans la division de médecine.

M. le docteur *Neis* envoie un mémoire manuscrit sur *le typhus qui a régné à Pont-Croix (Finistère) en* 1887-1888 et un *Rapport* sur *les vaccinations* et *revaccinations* qu'il a pratiquées en 1888.

M. le docteur *Guézenec* adresse un mémoire manuscrit sur une *épidémie de variole qui a régné en* 1888 *à Tréguier*.

M. le docteur *Pasquet-Labrouer* envoie la relation manuscrite d'une *épidémie de fièvre typhoïde à Charroux (Vienne) en* 1882-1883.

M. *Brouardel* présente : 1° un manuel de bactériologie, par M. le docteur

Maeé (de Nancy); 2° un mémoire de MM. les docteurs *Pampoukis* et *Chomatianos* (d'Athènes) sur *l'hémosphérinurie quinique.*

M. *Rochard* dépose un mémoire de M. le docteur *Aubert*, médecin-major de 1re classe au 23e d'infanterie, sur une *épidémie d'oreillons.*

M. *Le Roy de Méricourt* présente un discours de M. le docteur *Jose Arango* (de la Havane) sur *la séquestration des lépreux.*

M. *Maurice Perrin* dépose un mémoire de M. le docteur *Chauvel*, professeur au Val-de-Grâce, sur *les rapports de la myopie avec l'astigmatisme.*

M. *Larrey* présente un travail de MM. les docteurs *Berger* (de Gratz) et *Tyrman*, médecin-colonel de l'armée autrichienne, sur *les maladies du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales et sur leurs relations avec l'organe de la vue.*

M. *Ollivier* fait hommage de la seconde série de ses Études d'hygiène publique.

Paludisme et glycosurie. — A propos des observations de M. le docteur Mossé, communiquées à la dernière séance, M. *Verneuil* estime qu'il y a lieu d'attendre avant de se prononcer sur les rapports qu'il a cherché à établir entre le paludisme et la glycosurie. Si MM. Mossé et Sorel ont apporté des faits bien observés qui plaident contre l'existence de ces rapports, il a été à même de reconnaître qu'il n'en est pas de même dans certaines parties du globe, si bien qu'il faut réserver toute opinion définitive à cet égard jusqu'au jour où l'on aura accumulé un grand nombre d'observations faites dans divers pays. C'est ainsi qu'à Panama la glycosurie à la suite du paludisme paraît être extrêmement commune; de même à Bombay; ce qui tendrait à prouver que l'hépatisme endémique de ces climats précède, provoque ou accompagne la présence du sucre dans les urines. Ailleurs, comme en Tunisie, c'est l'oxalurie qui serait fréquente à la suite du paludisme.

Abcès intracraniens. — M. le docteur *Chauvel*, professeur au Val-de-Grâce, lit un mémoire sur les abcès intracrâniens consécutifs aux suppurations de l'oreille et leur traitement. (*Sera publié.*)—(Le mémoire de M. Chauvel est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Legouest*, *Lannelongue* et *Tillaux*.)

Néphrectomie. — M. le docteur *Terrillon* communique une observation de néphrectomie abdominale pour un rein ectopié tuberculeux chez une femme de trente ans. Depuis huit mois et demi que l'opération a été faite, la guérison est complète.

Chirurgie d'armée. — Lecture est faite par M. *Maurice Perrin* du rapport sur deux cas d'extraction tardive de projectiles enclavés dans les os de la face, que M. le docteur *Chauvel* a antérieurement communiqués à l'Académie (*Gaz. hebd.*, 1887, p. 647). M. Maurice Perrin conclut de ces observations que le chirurgien doit toujours, quel que soit le volume du projectile ou du corps étranger, faire tous ses efforts pour en opérer l'extraction immédiate ; il n'y a d'exception que pour les plaies pénétrantes du crâne, de la poitrine ou de l'abdomen.

Démographie. — M. *Lagneau*, étudiant la diminution et l'accroissement des familles, rappelle que d'après Duvaud, Doubleday, Al. de Candolle, Benoiston de Châteauneuf, Hippolyte Passy, Littré, la plupart des familles notables ou bourgeoises disparaissent promptement et cessent de se perpétuer après quelques siècles d'existence. Lainé en 1846 n'aurait trouvé que 12 descendants de 314 familles du douzième siècle. 380 familles nobles, selon Benoiston de Châteauneuf, avaient eu une durée moyenne de 300 ans. Dans une petite commune d'environ 800 âmes, rapprochant les noms portés sur un terrier de 1555, puis sur un autre de 1749, enfin sur les listes électorales actuelles, M. Lagneau trouve que des 127 noms de famille de 1555, après 333 ans, il n'en subsiste plus que 14, soit 11 sur 100.

D'une part, constatant cette diminution de familles d'ouvriers, comme de celles de bourgeois ou de nobles; d'autre part sachant qu'au commencement de ce siècle on comptait en France 4 enfants par mariage (4,14) et qu'actuellement en n'en compte pas 3 (2,97), M. Lagneau cherche à évaluer l'accroissement ou la diminution des familles, suivant qu'elles ont une moyenne de 4 ou de 3 enfants. Dans ce but, il tient compte successivement de la durée moyenne d'une génération, depuis la naissance du père jusqu'à celle du fils, soit environ 31 ans; — de la fréquence des mariages stériles par rapport aux mariages en général, soit au minimum 13 sur 100; — de la proportion des sexes des enfants, soit 105 garçons pour 100 filles; — de la mortalité des garçons de la naissance à 28 ans, âge moyen lors du mariage, soit environ 40 décédés sur 100; — enfin de la proportion des garçons de plus de 28 ans, morts sans s'être mariés, soit 6,43 décédés sur 100 nés. Il constate ainsi que 100 familles ayant 400 enfants, soit 4 par ménage, aux huitième, douzième et quinzième générations, après 217, 341 et 434 ans, ont deux fois, près de trois et quatre fois plus de garçons contractant mariage, soit 201, 285 et 392 garçons mariés au lieu de 100 à la première génération. Contrairement, pour les familles n'ayant que 3 enfants par ménage, il constate combien est rapide la décroissance de la descendance masculine. Il voit ainsi que sur 100 familles ayant 300 enfants, à la cinquième génération, après 124 ans, plus de la moitié n'ont plus de descendance masculine, 49 garçons seulement contractant mariage. A la septième génération, après 186 ans, près des deux tiers de ces 100 familles n'ont plus de descendance masculine, 34 garçons seulement contractent mariage. A la neuvième génération, après 248 ans, les descendants mâles transmettant le nom paternel ne représentent plus que le quart, 25 sur 100 des familles primitives. Enfin à la quinzième génération, après 434 ans, les neuf dixièmes de ces 100 familles n'ont plus de descendance masculine.

Telle est la rapide diminution des familles ayant en moyenne 3 enfants par ménage, proportion actuelle de la natalité légitime en France.

Donc, si notre population s'accroît annuellement encore quelque peu, d'environ 3 pour 1000 habitants, ce minime accroissement tient d'une part à la natalité illégitime, de 7 à 8 enfants naturels sur 100 enfants en général; d'autre part, à l'émigration, de près de 3 étrangers sur 100 habitants.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Hayem* sur le concours pour le Prix Desportes en 1888.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Ostéotomie pour fracture bimalléolaire consolidée vicieusement : M. Charot (M. Chauvel, rapporteur. Discussion : M. Terrillon). — Suture à distance : M. Després (Discussion : MM. Th. Anger, Berger). — Taille hypogastrique avec emploi du ballon de Petersen, rupture du rectum : M. Nicaise (Discussion : MM. Routier, Le Dentu, Th. Anger, Després, M. Sée). — Pseudo-étranglement herniaire : M. Picqué.

M. *Chauvel* lit un rapport sur une observation de M. *Charot : Fracture bimalléolaire avec consolidation vicieuse et déviation du pied en dehors ; ostéotomie du péroné; résection de 5 centimètres du tibia; reconstitution de la mortaise tibio-tarsienne.* L'opération avait pour sujet un Arabe de trente-cinq ans, soigné par un compatriote d'abord et venu au bout de plusieurs mois se confier à M. Charot. Le résultat acquis, suivi pendant dix-huit mois, est fort bon. Mais M. Chauvel, sur un homme de cet âge, doute de la régénération osseuse de la malléole interne. Au reste, il est généralement inutile de la réséquer. M. Charot en a eu besoin et a eu raison de faire le nécessaire pour obtenir la réduction, mais il semble vouloir ériger sa conduite en

règle générale, et en cela il a tort. Les faits publiés par M. Polaillon prouvent que l'on peut souvent réduire après une simple ostéotomie de la malléole péronière. Si cela ne suffit pas, on réséquera plus ou moins de tibia, et le plus souvent on pourra conserver la malléole interne, qui sera d'un grand secours.

M. *Terrillon* rappelle qu'il a présenté à la Société une observation confirmant celles de M. Polaillon. Cette fois, il avait dû réséquer le tibia, mais avait pu conserver le plateau. Depuis il a réuni, ce à quoi il ne s'attendait guère, avec une simple ostéotomie du péroné.

— M. *Després* fait une communication sur une nouveau mode de *suture à distance*. Il a déjà publié un procédé de cet ordre en 1877, à la Société, pour une fistule trachéale, déjà suturée en vain deux fois et qu'il a pu combler après avivement circulaire à distance, en rapprochant deux plis cutanés pris sur chaque extrémité du diamètre transversal. Il a employé un autre procédé pour une fistule pénienne, qui avait infligé quatre échecs à divers chirurgiens; il a fait un avivement circulaire restant distant de 1 centimètre du bord de la fistule; en deux opérations il a obtenu la guérison presque complète : il reste une fistulette par laquelle il passe de temps à autre une goutte d'urine. Le résultat opératoire a encore été bon pour une fistule vésico-vaginale soumise déjà à une série d'opérations.

M. *Berger* n'aimerait pas à rebrousser ainsi vers le conduit muqueux une surface épidermisée. L'urine stagne forcément dans cet entonnoir et cela semble devoir prédisposer à la récidive. M. Berger préfère aviver à peu près comme M. Després, puis à partir du cercle interne disséquer autant que possible la collerette jusqu'à l'orifice fistuleux.

— M. *Nicaise* relate un cas de *rupture du rectum causée par le ballon de Petersen* sur un homme de soixante-quinze ans qui avait subi la taille hypogastrique pour une cystite calculeuse ancienne. Il y a deux ans, on l'avait soumis pour la première fois à la lithotritie, et depuis, sept à huit tentatives n'ayant pu le débarrasser, on l'avait évacué, comme atteint de maladie chronique, sur l'hôpital Laennec. La taille avait pour but de parer surtout aux douleurs intenses. La vessie reçut 280 grammes de liquide; le ballon en reçut 340. Tout alla bien d'abord, mais au seizième jour le malade mourut d'affaiblissement sans qu'une lésion pût bien expliquer la mort. A l'autopsie on trouva que la paroi postérieure du rectum était incomplètement rompue et une plaque indurée, escharifiée, existait entre elle et la vessie : elle se fût surement éliminée au bout de quelques jours. Cette eschare est évidemment due à la compression par le ballon de Petersen. C'est une complication rare, sans doute, mais qu'on doit avoir présente à la mémoire, de façon à ne jamais faire la distension de l'ampoule rectale. Il est vrai qu'on n'a pas de données bien précises sur le diamètre, probablement variable d'ailleurs, de cette ampoule. Au demeurant, M. Nicaise reste absolument partisan du ballon rectal.

M. *Routier* a communiqué un fait analogue, au cours d'une taille pour cystite tuberculeuse. Le malade mourut au douzième jour d'une péritonite suraiguë, due à une perforation rectale au niveau du cul-de-sac recto-vésical.

M. *Th. Anger* constate qu'on a déjà publié à la Société cinq ou six accidents dus au ballon de Petersen. Or le cathéter se déployant dans la vessie que M. Anger a imaginé le remplace avec avantage.

M. *Després* profite de l'occasion pour combattre une fois de plus l'emploi du ballon rectal. On arrive sûrement à la vessie quand on sait l'anatomie, si on se guide sur l'interstice des pyramidaux et plus loin sur le cordon fibreux de l'ouraque. Le ballon de Petersen est sans doute un « guide-âne », mais un guide-âne dangereux. D'autre part la vessie contient toujours assez d'urine pour qu'on puisse éviter même une injection intra-vésicale.

M. *Segond* proteste contre cette dernière assertion : les vessies douloureuses (et c'est souvent celles-là qu'il faut ouvrir) sont toujours à peu près à sec. En outre, en son nom personnel et en celui de la grande majorité des chirurgiens, de M. Guyon en particulier, il constate que le « guide-âne » guide un nombre d'ânes considérable puisqu'il est absolument prouvé que la taille hypogastrique ne s'est vulgarisée que depuis l'emploi du ballon rectal : auparavant on ouvrait le péritoine avec une fréquence telle qu'on n'osait plus aborder cette opération.

M. *Le Dentu* admet qu'un chirurgien très exercé peut se passer de ballon. Mais ce n'est pas un motif pour se priver d'un aide précieux, surtout étant donné le nombre considérable de vessies irritables parmi celles qu'on incise. Le ballon expose à quelques rares accidents : son absence expose à bien plus. Et si on le manie avec prudence, en observant son degré de distension avec autant de soin que celui de la vessie, on évitera presque toujours ces complications. En général, il est inutile d'injecter plus de 300 grammes.

M. *Marc Sée* pense que l'instrument de M. Th. Anger n'atteint pas le même but que le ballon de Petersen combiné à la distension vésicale. Ce manuel opératoire a pour avantage de relever le cul-de-sac péritonéal, fait incontesté, n'était une démonstration inverse qu'il serait inutile de réfuter si elle ne provenait d'un livre d'anatomie quasi officiel. Or la sonde de M. Anger applique bien la paroi vésicale contre la paroi abdominale, mais avec elle il applique le cul-de-sac péritonéal.

— M. *Picqué* lit une observation de *pseudo-étranglement herniaire*.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Résistance du virus rabique à la dessiccation et à la putréfaction : M. Galtier. — Sur le développement du placenta chez les rongeurs : M. Mathias-Duval. — Du rôle de l'oxygène pour l'entretien de la vie : M. Brown-Séquard. — D'un mode d'éclairage pour les engins de pêche dans la mer : M. Regnard. — Inégal développement des muscles chez les animaux adultes : M. Aswadourof. — Rapports de l'urobilinurie avec l'ictère : MM. Engel et Kiener. — Présentation d'ouvrage : M. Laborde.

M. *Chauveau* présente une note de M. *Galtier* dans laquelle l'auteur relate les résultats de ses expériences sur la résistance du virus rabique à la dessiccation et à la putréfaction. Cette résistance est assez variable et, en général, assez grande. Ainsi M. Galtier a constaté la persistance de la virulence chez des animaux enfouis en pleine putréfaction cadavérique, au bout de quarante jours et plus. Il a observé des faits aussi démonstratifs en ce qui concerne la résistance du virus à la dessiccation.

— M. *Mathias-Duval* rappelle les résultats essentiels de ses recherches sur le développement du placenta des rongeurs, résultats qu'il a communiqués à la Société, dans ces dernières années. Or les faits caractéristiques qu'il avait constatés viennent d'être retrouvés en Allemagne, par Frommel (d'Erlangen), sur le placenta de la chauve-souris, chose importante, si l'on réfléchit combien la chauve-souris est voisine des primates. Seulement Frommel n'a pas eu connaissance des travaux de M. Duval sur le placenta des rongeurs (lapin, cobaye).

— M. *Brown-Séquard* désire attirer l'attention sur ce point de physiologie générale, à savoir que l'oxygène est beaucoup moins nécessaire qu'on ne le croit à l'entretien de la vie. On sait pourtant très bien que le cœur peut continuer à fonctionner chez certains animaux, presque complètement privés de sang oxygéné. Il en est de même pour le cerveau, et M. Brown-Séquard rappelle à cet égard ce qui se passe chez les cholériques, chez lesquels l'activité cérébrale persiste très longtemps, alors que leur sang ne contient presque plus d'oxygène. D'autre part, des expériences récentes de Kronecker ont montré qu'on peut, sur un animal, remplacer une grande quantité de sang par une égale quantité d'eau salée, sans que cet animal meure. De tous ces faits on doit conclure que les accidents de l'asphyxie ne sont pas uniquement dus à l'absence d'oxygène. Cependant, d'un autre côté, l'acide carbonique peut être introduit dans le sang en grande quantité sans qu'il survienne d'accidents graves. Dans des expériences qui sont encore en voie d'exécution, M. Brown-Séquard a vu qu'on peut faire respirer très longtemps à des animaux un mélange d'air atmosphérique et d'acide carbonique, contenant jusqu'à 30, 40 et 50 pour 100 de ce dernier, et cela sans aucun inconvénient. Mais au contraire l'acide carbonique mélangé à l'oxygène seul est mortel à une bien plus faible dose; dans ce cas, l'oxyhémoglobine disparaît toujours. Il semble donc résulter de ces considérations et de ces recherches que l'azote joue un rôle des plus utiles et indispensable dans la fonction respiratoire.

— M. *Gley* présente une note de M. *Regnard* décrivant des tubes lumineux destinés à être plongés dans les profondeurs de la mer pour éclairer les engins de pêche.

— M. *Gley* présente une note de M. *Aswadouroff* sur la comparaison du développement des muscles chez l'embryon humain et chez les animaux à l'état adulte. L'auteur a constaté sur le lapin des faits analogues à ceux qui ont été observés par MM. Babinski et Ouanoff sur l'embryon humain et relatifs à l'inégal développement de certains groupes de muscles.

— M. *Straus* présente une note de MM. *Engel* et *Kiener* (de Montpellier) sur les rapports de l'urobilinurie avec l'ictère. L'urobiline ne provient pas de l'exagération d'une sécrétion normale du foie, comme l'a soutenu M. Hayem; on ne trouve pas d'urobiline dans la bile de l'homme, du chien ni du bœuf, à l'état normal; celle-ci n'est donc qu'un des produits de la transformation de la valérubine dans les tissus. Cependant il n'y a pas de rapports entre l'intensité de l'ictère et l'urobilinurie: c'est encore un fait qui ressort des recherches de MM. Engel et Kiener.

— M. *Laborde* offre à la Société un travail qu'il a fait en collaboration avec M. *Riche* sur l'action physiologique des sels de nickel: localisation du nickel dans les divers organes, action générale de ses sels, leur action sur le cœur et sur les vaisseaux, leur innocuité, quand on les introduit par l'estomac, etc.

REVUE DES CONGRÈS

(Suite. — Voyez le n° 40.)

Au Congrès de Glasgow, M. *Cavarhill* (d'Édimbourg) a présenté un enfant qui, deux ans auparavant, avait eu plusieurs attaques à la suite de frayeurs. Depuis cette époque, dès qu'on lui touche légèrement et à l'improviste une partie quelconque de la tête, il tombe à terre comme foudroyé, que ce soit pendant le sommeil ou lorsqu'il est éveillé; de plus, il présente des spasmes toniques dans diverses parties du corps. M. *Hughlings Jackson* regarde ces symptômes comme dus à une lésion de la moelle allongée; M. *Horsley* y voit une lésion corticale et M. *Ross* un mélange d'épilepsie et d'hystérie.

Les centres des sens du tact et de la douleur sont-ils situés dans le gyrus formicatus et l'hippocampe ou dans la convexité de l'écorce? M. *Dana* (de New-York) a rassemblé 133 cas, avec autopsies, dans lesquels ont été observés, dans les sensations cutanées, des troubles d'origine cérébrale. Il en tire les conclusions suivantes: 1° Il est évident, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, que, chez l'homme, les centres moteurs et les centres sensitifs sont absolument identiques, contrairement à l'opinion de Ferrier; 2° les centres sensitifs sont un peu plus diffus que les centres moteurs; 3° il faut une lésion plus grande et plus profonde pour détruire le centre sensitif que pour détruire le centre moteur; 4° une anesthésie étendue passagère peut, cependant, être causée par une petite lésion corticale; 5° la compensation des lésions, qui causent l'anesthésie, est facilement opérée; ceci explique l'absence fréquente d'anesthésie par suite de lésions corticales; 6° l'anesthésie totale de certaines parties du corps (face ou bras) pourrait être produite par des lésions corticales en foyer, mais l'hémi-anesthésie totale ne pourrait pas être produite par une lésion corticale. L'hémianesthésie est l'indice d'une autre lésion située plus bas.

M. *Sachs* (de New-York) est d'avis que, parmi les atrophies musculaires progressives, le type Aran-Duchenne se distingue comme ayant une origine spinale distincte; de plus, il est possible que le type péronéal ait une relation intime avec le précédent; toutes les autres formes d'atrophie musculaire sont évidemment primitives et ont des relations étroites les unes avec les autres; elles ne devraient pas être séparées les unes des autres, malgré leur différence dans la distribution anatomique des muscles atrophiés ou pseudo-hypertrophiés. Enfin, il existe des cas qui montrent que les caractères particuliers à différentes formes peuvent être observés chez un même malade.

Pour M. *Fletcher Beach*, les affections organiques du cerveau sont moins fréquentes, chez les imbéciles, que les anomalies dans la disposition des circonvolutions; ces dernières sont souvent très larges et leur disposition est simplifiée d'autant. Lorsque le volume de la tête est augmenté, on trouve ou bien de l'hydrocéphalie ou bien une hypertrophie du cerveau. L'hydrocéphalie peut exister à la naissance ou survenir plus tard. L'hypertrophie du cerveau est relativement rare et ses causes obscures; il ne s'agit pas seulement d'une augmentation simple de volume, mais aussi d'une modification dans la nature et l'activité de la substance cérébrale; on trouve une augmentation de la substance granuleuse intermédiaire, qui indique probablement une infiltration albuminoïde des tissus. Les symptômes principaux sont: la céphalalgie avec exacerbations ou attaques de coma, un affaiblissement de l'intelligence, la difficulté de la marche et les convulsions. L'atrophie du cerveau est due tantôt à un développement incomplet, tantôt à une atrophie véritable de l'organe; chez les imbéciles microcéphales, il y a simplement arrêt de développement; on trouve, dans ces cas-là, les nerfs crâniens bien formés; les ganglions de la base et la moelle épinière sont normaux ou à peu près; le cervelet est relativement beaucoup plus développé que le cerveau. La seconde forme d'atrophie peut revêtir diverses variétés; parfois on trouve une atrophie unilatérale avec atrophie de la moitié opposée du corps; l'imbécillité n'est pas un résultat constant de cette anomalie, car les fonctions intellectuelles peuvent se localiser dans l'hémisphère sain; en général, c'est la moitié gauche du cerveau qui est atrophiée; la cause de cette affection est probablement une méningite intra-utérine suivie, le plus souvent, d'épaississement du crâne et d'épanchement séreux dans un des ventricules latéraux et dans l'espace sous-arachnoïdien.

M. *Meynert* (de Vienne) croit qu'il existe une relation étroite entre la forme du système nerveux et la sociabilité des animaux. Le système nerveux diffus, disposé en cercle, prouve un être non sociable. Mais, dès que le cerveau se développe, dès que le système nerveux se systématise en se disposant en série longitudinale (cerveau, moelle, ganglions nerveux), la sociabilité apparaît. Les abeilles et les fourmis sont les hommes des invertébrés; leur cerveau fortement développé, leur système ganglionnaire régulièrement échelonné le prouveraient au besoin, si les observations directes n'existaient pas. L'étoile de mer à l'état de larve est un être sociable; elle a un système ganglionnaire longitudinalement échelonné; l'animal parfait n'est plus sociable; son système nerveux devient circulaire, diffus.

Passons aux communications traitant de sujets de pathologie interne proprement dite. M. *Pavy* (de Londres) considère les complications nerveuses du diabète comme rares; il les regardait autrefois comme dues à des lésions spinales, mais il est plutôt disposé maintenant à admettre l'existence d'une névrite périphérique. On les observe surtout chez les adultes ou après la période moyenne de la vie. Leur intensité n'est pas en rapport avec la quantité de sucre contenue dans l'urine. Les lésions ne dépendent pas directement du diabète, mais elles se développent par l'action des mêmes causes; si l'on trouve souvent un excès d'acide urique dans l'urine, il ne tient pas à ce qu'un élément goutteux est venu se joindre au diabète, mais bien plutôt au régime auquel le malade est soumis. Le médicament qui calme le mieux les douleurs est l'iodure de potassium et, dans les cas rebelles, le courant constant.

Ayant découvert, à l'autopsie d'un lépreux, un anévrysme de l'aorte complètement oblitéré et guéri par la formation de caillots concentriques laminés très résistants, M. *Beaven-Rake* a entrepris quelques recherches, à l'hôpital de la Trinidad, sur le sang des lépreux et, en particulier, sur son contenu en fibrine. Il mentionne en passant que les lépreux se guérissent remarquablement vite après les opérations et la cicatrisation paraît se faire, chez eux, plus promptement que chez les sujets sains; le sang qui s'écoule pendant l'opération se coagule très rapidment et quelquefois il tombe en grumeaux dans le bassin. Les analyses ont montré que la proportion de fibrine variait de 0,12 à 1,87 pour 100; la moyenne a été de 0,76, tandis que dans le sang normal elle est de 0,2.

L'emploi des inhalations dans les maladies des bronches et des poumons, qu'il s'agisse de gaz, de vapeurs sèches, de vapeurs humides chaudes, de liquides pulvérisés par quelque procédé que ce soit, a été, à Glasgow, à la suite d'une communication de M. *Th. Williams* (de Londres), suivie d'une discussion animée, considéré comme n'étant guère utile que dans certaines maladies du larynx et des bronches. Si dans la tuberculose elles paraissent quelquefois exercer une influence favorable, c'est parce qu'elles forcent le malade à faire une sorte de gymnastique pulmonaire.

M. *Illingworth* divise les maladies aiguës des organes respiratoires en deux grandes classes: les affections fébriles et celles qui, telles que l'asthme, sont apyrétiques. Il attribue cette dernière à une congestion veineuse qu'il cherche à combattre par des médicaments qui stimulent le cœur, diminuent les congestions et dilatent les vaisseaux périphériques. Dans la bronchite et le croup, il prescrit les sels ammoniacaux et l'ipéca, souvent aussi le calomel et les vésicatoires. Il traite la pneumonie lobaire par le salicylate de soude, le carbonate d'ammoniaque et la digitale; dans la broncho-pneumonie, il vaut mieux s'abstenir des salicylates. En cas d'embarras considérable dans les bronches, il a recours au fer et aux inhalations d'oxygène. Dans la pleurésie enfin, il prescrit l'iodure de potassium et le sublimé à l'intérieur et les vésicatoires à l'extérieur pendant la période d'absorption de l'épanchement.

En ce qui concerne la tuberculose, elle a donné lieu, au Congrès de Barcelone, à une discussion qui n'a été qu'un reflet des débuts du Congrès spécial qui venait d'avoir lieu à Paris. A Glasgow, M. *Crookshank* a annoncé qu'il avait examiné avec soin, au Royal Veterinary College de Londres, le lait d'une vache manifestement tuberculeuse. En laissant reposer le lait pendant un certain temps, on donne aux bacilles le temps de tomber au fond du vase et on les découvre facilement par les méthodes ordinaires; le lait de cette vache contenait des bacilles tuberculeux en abondance. On l'a fait ingérer à des lapins qui ont péri de tuberculose au bout de deux mois.

M. *O. Jones* a signalé le *Cactus grandiflorus*, qui croît à la Jamaïque et au Mexique, comme constituant un tonique énergique du muscle cardiaque.

Chirurgie. — M. *Mac Ewen* (de Glasgow) a fait une brillante conférence sur la chirurgie du cerveau et de la moelle épinière. C'est en 1879 qu'il enleva, pour la première fois, une tumeur de la dure-mère chez une malade présentant des symptômes qui permettaient de diagnostiquer l'existence d'une tumeur dans la région motrice de l'hémisphère gauche; les symptômes disparurent après l'opération et la malade survécut huit années; elle succomba à une affection de rein. Pour lui, le diagnostic des affections intracrâniennes peut être fait d'une manière suffisamment exacte pour justifier une opération, lorsque la lésion siège dans la zone motrice des hémisphères; chaque cas doit être étudié avec grand soin et il faut tenir compte non seulement des symptômes frappants et évidents, mais aussi de ceux qui échappent facilement; toutes les fois que la chose est possible, il faut non seulement constater les symptômes, mais aussi en mesurer l'intensité avec des instruments appropriés.

On peut dès maintenant affirmer que l'excision d'une portion considérable du cerveau, et spécialement de la région motrice, produit, pendant le processus de cicatrisation, un tiraillement des portions voisines et, plus tard, une fixation du cerveau à la boîte crânienne. Lorsqu'il s'agit d'un abcès aigu du cerveau, l'hésitation n'est pas possible; il faut opérer au plus tôt, mais lorsqu'on a affaire à un cas d'épilepsie, la question se complique; on se décidera sans doute à s'abstenir d'opérer quand les crises convulsives seront peu violentes; et, même dans le cas contraire, beaucoup de malades refuseront l'opération lorsqu'on leur expliquera que la cessation des crises ne pourrait être obtenue qu'au prix d'une hémiplégie complète et incurable. Dans un cas où l'excision d'une tumeur de grand volume aurait occasionné une paralysie très étendue, il s'est contenté de lier les artères qui se rendaient au néoplasme et il a ainsi obtenu un succès partiel.

Lorsque le cerveau est fixé au crâne par des adhérences cicatricielles résultant d'un traumatisme ou d'une opération, il ne peut plus se dilater ou se contracter librement selon l'état de la circulation; on observe alors certains symptômes qu'il est bon de connaître: le vertige est l'un des plus fréquents; le malade ne peut pas se lever brusquement ou faire un mouvement rapide sans voir les objets tourner autour de lui; parfois, il perd momentanément sa connaissance et tombe. La substance grise qui avoisine le point fixé se trouve soumise à des tiraillements fréquents qui peuvent amener des convulsions épileptiformes; dans d'autres cas encore, on observe des symptômes d'encéphalite chronique avec exacerbations aiguës. La hernie cérébrale qui survient parfois après la trépanation ou les plaies du crâne, a été diversement interprétée: on a prétendu qu'elle ne se formait que dans les cas où l'asepsie était incomplète, mais il est certain du contraire; il a vu une fois la hernie se former au moment de la trépanation et il est évident que dans ce cas elle était simplement due à l'inflammation et au ramollissement de la substance cérébrale.

Quant aux suites de l'opération, voici comment il cherche à combler la perte de substance de la paroi osseuse. Depuis 1873, il désinfecte soigneusement les morceaux d'os enlevés, les divise en menus fragments et les réimplante dans la plaie; lorsqu'on réussit à éviter la suppuration, les morceaux d'os conservent leur vitalité et forment, avec le temps, une rondelle très solide. Voici le résultat des opérations sur le cerveau pratiquées par M. Mac Ewen: sur 23 cas, autres que fractures du crâne ou conséquences immédiates des traumatismes, il a eu 18 guérisons et 3 morts; ces trois derniers cas ont tous été opérés *in extremis*, deux pour des abcès du cerveau, avec complication chez l'un d'eux de perforation dans le ventricule, et chez l'autre d'une thrombose du sinus latéral, accompagné de pyohémie et de pneumonie septique. Le troisième cas, suivi de mort, est celui d'un malade atteint de kyste cérébral avec ramollissement de l'hémisphère opposé et œdème du cerveau. Des 18 opérés guéris, 16 sont actuellement en bonne santé; un est mort du mal de Bright huit ans après l'opération et un second a succombé, au bout de quarante-cinq jours, à une tuberculose aiguë de l'intestin.

En ce qui concerne les opérations sur la moelle épinière, il déclare qu'on peut aujourd'hui, sans trop de danger, l'exciser, enlever les tumeurs qui la compriment, en un mot la traiter par des moyens chirurgicaux comme toute autre partie du corps. La première fois qu'il a entrepris une opération de ce genre (en 1883), il s'agissait d'une paraplégie par compression de la moelle au niveau d'une courbure angulaire de la colonne vertébrale. Le petit malade, âgé de neuf ans, était paraplégique depuis deux ans et souffrait en outre d'incontinence des matières fécales et de l'urine; les symptômes indiquaient une compression de la moelle au niveau de la sixième vertèbre dorsale. Le traitement ordinaire ayant échoué, on se décida à tenter une opération. Le 9 mai 1883 il enleva la portion postérieure des cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales et disséqua avec soin un nodule fibreux qui entourait et comprimait la moelle épinière; aussitôt après, il vit des pulsations très nettes dans la moelle

qui, jusqu'alors, n'en présentait aucune trace; le lendemain, la sensibilité avait reparu dans la plante des pieds et les extrémités inférieures étaient moins froides, moins livides; au bout de huit jours, réapparition graduelle des mouvements dans les jambes, puis disparition de l'incontinence; au bout de six mois, le malade marchait sans soutien, et cinq ans plus tard, il fit près de 5 kilomètres pour venir rendre visite à son médecin. Actuellement il est en bonne santé et joue à la paume avec ses camarades. Dans un second cas, plus grave en apparence et où tout faisait croire à une lésion organique secondaire de la moelle, il a obtenu également un succès frappant; de même, enfin, dans un troisième cas. Par contre, deux malades ont succombé, l'un une semaine après l'opération, l'autre quelques mois plus tard; tous deux étaient tuberculeux et avaient de la fièvre lors de l'opération. Il mentionne aussi en passant un cas de compression de la moelle par suite de fracture des apophyses épineuses des vertèbres dorsales inférieures; l'élévation des fragments et l'incision d'un nodule de tissu fibrineux cicatriciel, pratiquées quelques mois après l'accident, ont été suivies d'une guérison complète. Récemment M. Horsley a excisé avec succès, cette année, une tumeur de la moelle épinière.

M. *Edmund Owen* (de Londres) a communiqué un cas d'hémorrhagie intracrânienne, traitée avec succès par la trépanation.

Pour les opérations sur le thorax, la chirurgie devient aussi plus hardie, si ce n'est plus audacieuse, au fur et à mesure que l'antisepsie lui donne de nouvelles méthodes efficaces de pansements. M. *Pridgin Teale* a pratiqué quatre fois le traitement chirurgical de l'empyème et de l'abcès pulmonaire. Les résultats obtenus lui permettent de penser qu'il est préférable d'attaquer les abcès de la région diaphragmatique par le thorax plutôt que par l'abdomen. Il conseille de n'employer les irrigations antiseptiques que lorsque le pus est fétide; il faut réserver l'excision d'une portion de la paroi thoracique pour certains cas exceptionnels.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE

Des propriétés antiseptiques du tribromo-phénol, par M. F. Grimm: — Préparé en mélangeant des solutions aqueuses de brome et d'acide phénique, ce sel a la forme de cristaux fusibles à 95 degrés centigrades. Ingéré par la bouche, il n'irrite pas le pharynx. Appliqué en poudre fine sur les plaies, il provoque une sensation douloureuse de cuisson, les cautérise superficiellement et modifie leur surface en excitant leurs granulations. C'est de plus un désinfectant puissant des ulcérations gangreneuses.

Une solution ammoniacale au centième de tribromo-phénol détruit les microbes de la putréfaction dans l'espace d'une demi-heure et sa solution au trois-millième empêche leur développement sur la gélatine. Enfin, expérience témoignant de ses propriétés désinfectantes, M. Grimm a plongé dans l'urine, le sérum sanguin et l'infusion de viande en putréfaction, un fragment de gaze au tribromo-phénol, puis comparativement un autre fragment de gaze ordinaire et a constaté que la première ne dégageait aucune odeur le lendemain, tandis que la seconde était encore odorante trois jours plus tard.

Le tribromo-phénol peut donc être recommandé comme topique désinfectant et germicide, à la dose d'un, deux ou trois centièmes, et plus spécialement pour l'imprégnation des pièces de pansement. (*Deut. med. Zeitung*, 1888, n° 32.)

Quels sont les médicaments que l'on peut prescrire sans danger pendant l'allaitement, par M. P. Fehling. — Parmi les substances expérimentées par l'auteur, il faut noter les suivantes :

1° Le salicylate de soude : administré aux nourrices à la dose quotidienne de 2gr,50; à celle de 3 grammes il devient dangereux pour le nourrisson ;

2° Les iodiques qui, on le sait depuis longtemps, s'éliminent par la glande mammaire, doivent être prescrits avec modération. M. Fehling rappelle que l'on trouve la réaction de l'iode dans l'urine des enfants dont la nourrice est soumise au pansement iodoformé; 20 centigrammes d'iodure de potassium peuvent être administrés sans inconvénient;

3° Parmi les opiacés, l'auteur autorise l'ingestion quotidienne de vingt à vingt-cinq gouttes de teinture d'opium de la pharmacopée allemande et de 1 à 2 centigrammes de morphine.

4° La dose maxima de chloral serait de 1 à 3 grammes.

Par contre, il n'admet pas le passage des sels mercuriels dans le lait et proscrit l'usage de l'atropine. (*The N. Y. med. Record*, juillet 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

The results of laparotomy for acute intestinal obstruction, by B. Farquhar Curtis, M. D. attending surgeon to Saint-Luke's hospital, assistant surgeon to the New-York cancer hospital. — New-York, 1888.

Les recherches dé M. Farquhar Curtis sur la *laparotomie dans l'occlusion intestinale* attirent l'attention du lecteur par le nombre de cas que ce chirurgien a pu réunir et par les déductions statistiques qu'il a pu en tirer. M. F. Curtis ne comprend dans son étude que les cas d'occlusion intestinale se manifestant par des *symptômes aigus*, tels que vomissements opiniâtres, collapsus rapide, etc...

Ce médecin a pu rassembler 328 observations, dont la première remonte à l'année 1873. Il s'est servi de la statistique donnée par Schramm en 1884, mais n'y a emprunté que 77 cas sur 190, ayant limité son étude, comme nous venons de le dire, à l'occlusion intestinale aiguë (*acute*). Avec Schramm, il a remarqué que la mortalité allait en diminuant de plus en plus et que cette amélioration coïncidait avec la généralisation et la perfection des méthodes antiseptiques, si bien qu'en l'année 1873 et auparavant, la mortalité était de 75 pour 100, tandis qu'à partir de cette époque on la voit tomber à 63 pour 100.

Sur les 328 laparotomies pour occlusion intestinale, on compte 71 invaginations, donnant 76 pour 100 de mortalité, 45 volvulus, mortalité 82,2 pour 100, 33 adhérences, mortalité 66,6 pour 100, 97 brides et diverticules, mortalité 59,8 pour 100, 28 étranglements internes, mortalité 60,7 pour 100, 11 cas non classés, mortalité 90,9 pour 100, 35 rétrécissements, mortalité 73,3 pour 100, 14 corps étrangers, mortalité 71,4 pour 100, 9 cas indéterminés, mortalité 55 pour 100.

Le total de ces observations donne 68,9 pour 100 de mortalité, moyenne égale à celle donnée par Schramm dans sa statistique complète, mais plus élevée que la moyenne des cas aigus signalés par cet auteur (sur 77 cas aigus, la moyenne de la mortalité dans la statistique de Schramm est de 63 pour 100). Cette augmentation dans la moyenne de la mortalité tient à ce que la laparotomie est de plus en plus pratiquée et souvent pour des cas désespérés.

L'auteur examine ensuite la cause des décès postopératoires et la moyenne de la mortalité, suivant qu'on a pu supprimer facilement l'étranglement ou qu'on a été obligé d'en arriver à un traitement plus radical. C'est ainsi que dans 186 cas où l'intervention a fait disparaître l'occlusion par des manœuvres simples et faciles, on n'enregistre que 56,4 pour 100 de mortalité. Dans 15 cas on a été obligé de faire un anus contre nature, et la mortalité devient de 66,6 pour 100. Dans 6 cas on a dû réséquer et suturer l'intestin et les morts sont plus nombreux, 86,6 pour 100. Enfin chez les sujets où les lésions découvertes étaient trop

avancées et où on n'a pas cru devoir intervenir, la mortalité est de 100 pour 100.

Dans un autre tableau, M. Curtis calcule les moyennes d'après le nombre de jours écoulés depuis les premiers symptômes jusqu'à l'opération. Il n'arrive pas à des résultats aussi frappants que ceux consignés dans le travail de Schramm, ce qui ne l'empêche pas cependant d'en tirer les mêmes conclusions. Pour ces deux auteurs, en effet, la mortalité de la laparotomie, pratiquée pour des symptômes d'occlusion intestinale, est certainement élevée; mais cette forte proportion est due aux mauvaises conditions dans lesquelles se trouve le patient qu'on opère toujours trop tard. Par une opération hâtive, on doit arriver à de meilleurs résultats, car le sujet ne sera pas dans le collapsus; les chances de péritonite et de gangrène de l'intestin seront écartées, ainsi que les difficultés considérables qu'on a à trouver l'intestin et qui proviennent du tympanisme secondaire.

Sur la conjonctivite épidémique qui a sévi à Jassy dans le courant de l'année 1887, par MM. G. Otremba, G. Socor et V. Negel. *Publication de la Société des médecins et naturalistes de Jassy.* — Jassy, 1888.

Une *épidémie de conjonctivite* a sévi à Jassy pendant l'année 1887 et a été le point de départ du travail de MM. G. Otremba, G. Socor et V. Negel.

Du 1er août 1887 au 12 février 1888, 404 cas de conjonctivite ont été traités tant à l'infirmerie centrale de la capitale de la Moldavie que dans les hôpitaux militaires. Cette affection, qui n'était autre que la *conjonctivite d'Egypte* appelée encore *trachoma* ou *conjonctivite granuleuse*, a présenté absolument les mêmes symptômes que ceux qui ont été déjà décrits et n'a été enrayée que par les nombreuses précautions hygiéniques prises dès le début de l'épidémie et le traitement immédiatement institué dès les premières atteintes de la maladie. Sans discuter ici si cette conjonctivite est folliculaire comme le veut Jacobson, de nature blennorrhagique comme le prétendent Arlt et Stellwag, ou glandulaire comme le pensent d'autres anatomo-pathologistes, nous en arriverons immédiatement à la partie intéressante du travail que nous analysons, c'est-à-dire à l'étude de son origine microbienne. C'est Sattler qui signala le premier la présence des micrococci dans la conjonctivite granuleuse. Après lui, Michel, se trouvant en présence d'une épidémie de *trachoma* dans l'orphelinat d'Aschaffenbourg, reprit les recherches de Sattler et trouva de nombreux cocci dans les sécrétions provenant des yeux malades.

MM. Otremba, Socor et Negel ont repris ces recherches et sont arrivés aux mêmes résultats. Sur un seul malade, ils ont trouvé des bacilles; sur tous les autres ils n'ont rencontré que des *cocci*. Ils ont cultivé les produits des sécrétions conjonctivales sur la gélatine et sur l'agar et ont facilement reproduit ces micro-organismes. Avec la culture des tubes ils ont ensuite inoculé des lapins qui, au bout de cinq jours, présentèrent tous les symptômes de la conjonctivite granuleuse. Ces lapins servirent à ensemencer de nouveaux tubes, qui reproduisirent à nouveau le *trachomacoccus*. La nature microbienne de la conjonctivite granuleuse nous paraît donc désormais démontrée.

De las fracturas del craneo y de la trepanacion, estudio clinico, par el doctor Enrique de Areilza, director del hospital minero de Triano (Vizcaya). — Barcelona, 1887.

Le docteur Enrique de Areilza, étant donnée sa situation de médecin de l'hôpital des mines de Triano, se trouvait à même, à cause des nombreux traumatismes qu'il avait à traiter, d'étudier les fractures du crâne.

Dans sa brochure extraite de la *Revue des sciences médicales de Barcelone*, il nous donne l'exposé de 27 observations, suivies de considérations sur les localisations cérébrales et l'opération du trépan. Il se place d'abord au point de vue de la physiologie et recherche si les lésions qu'il a pu localiser, donnent les manifestations motrices signalées par Charcot, Ferrier, Carville et Duret. Puis il étudie les indications du trépan, qui pour lui sont les suivantes :

1° Dans la première période, au moment du traumatisme ou dans les deux ou trois jours qui le suivent, quand il n'y a pas de phénomènes de compression, il faut pourtant trépaner s'il y a enfoncement. S'il y a des symptômes de compression locale, le trépan est toujours indiqué. Si les symptômes se manifestent par des troubles généraux, opérer encore quand on a reconnu une fracture et même sans fracture si on soupçonne une hémorrhagie interne. Ce sont bien là à peu près les indications tracées par nos maîtres français, mais la question devient plus délicate en face du malade quand il s'agit de démêler ce qui appartient à la compression, à l'épanchement de ce qui est le fait de la commotion ou de la contusion cérébrale.

2° Dans la seconde période dite inflammatoire, quand l'inflammation n'est pas circonscrite, ne trépaner que s'il y a fracture, avec enfoncement; quand il y a des abcès, appliquer une couronne sur le point supposé siège du foyer purulent.

3° Enfin, dans la troisième période tardive ou irritative, opérer s'il y a des troubles permanents et fixes du côté de l'appareil moteur.

Sur les 27 cas du docteur de Areilza, la trépanation a été pratiquée 12 fois pour des traumatismes. Elle a toujours été immédiate et a procuré 9 fois la guérison. Dans 5 observations, l'autopsie a reconnu des abcès du cerveau; une seule fois la trépanation a été faite et a été suivie de succès.

Ces résultats sont encourageants, montrent les services que peut rendre la trépanation et sont d'accord avec l'opinion exprimée par la Société de chirurgie à propos de la dernière communication du docteur Lucas-Championnière.

Manuel d'anatomie humaine, par M. W. Krause, professeur à l'Université de Göttingue. Traduction française de L. Dollo, aide naturaliste au Musée royal d'histoire naturelle de Belgique. 2e fascicule : *Myologie.* — Bruxelles, Manceaux; Paris, G. Masson, 1888.

Le 2e fascicule du *Manuel d'anatomie humaine*, de Krause, traduit par L. Dollo, comprend l'étude de toute la myologie. C'est un résumé en 120 pages et en petits caractères de toutes les connaissances sur la forme, les attaches et les mouvements des muscles. 94 planches ornent le texte et ont pour but de rendre la compréhension du texte plus facile.

L'anatomie de Krause, qui est aujourd'hui à sa troisième édition en Allemagne, est trop connue pour que nous en entreprenions une analyse détaillée. On pourrait croire du reste que l'anatomie est la même dans tous les pays; il existe cependant de nombreuses différences dans la façon de la comprendre, comme il est facile de s'en convaincre en parcourant l'ouvrage du professeur de Göttingue.

Dans la première partie, intitulée *Myologie générale*, l'auteur étudie les différentes formes des muscles, *monoplastiques*, *polyplastiques*, *monomères*, *polymères*, et consacre une longue page aux muscles *articulaires*, qui ne sont autres que ceux qui s'opposent au pincement de la capsule.

La classification adoptée pour l'étude des muscles en particulier est à peu près celle suivie par nos anatomistes; les feuillets aponévrotiques sont étudiés dans leur région et de nombreuses notes accompagnent le texte.

Les muscles quadriceps ou quadrijumeaux paraissent séduire principalement l'auteur allemand, qui transforme

le sterno-mastoïdien, le biceps en muscles à quatre faisceaux, ainsi que le triceps crural.

Nous aurions beaucoup de choses à dire sur la description des aponévroses du cou, sur celles de l'abdomen, sur la façon dont se termine le fascia transversalis pour former le septum crurale; mais ces discussions nous entraîneraient trop loin.

A côté d'excellentes descriptions, on rencontre parfois des aperçus, qui sembleraient mieux placés dans un traité *in extenso* que dans un manuel; citons par exemple, entre autres, ces considérations dans lesquelles la ligne blanche représenterait *un sternum abdominal* et *le grand droit de l'abdomen se prolongerait jusqu'à l'os hyoïde par les muscles sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien et thyro-hyoïdien.* Ne retrouve-t-on pas là ces vues particulières, si chères à Gœthe, Oken, Carus, etc...? Dr E. R.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Exercices de dissection*, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du chef de matériel, de midi à quatre heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 15 octobre.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du jeudi 8 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les prosecteurs chef de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et troisième année: les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets. Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant: 1° élèves obligés, deuxième et troisième année, suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique; 2° élèves non obligés et docteurs, suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique.

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter: 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétaire de la Faculté; 2° la quittance constatant le payement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

— *Travaux pratiques d'histologie*, sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux. — Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine) sera ouvert tous les jours, à partir du mardi 23 octobre 1888, de une heure à trois heures de l'après-midi.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de troisième année. Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

— *Travaux pratiques d'anatomie pathologique*, sous la direction de M. le docteur Brault, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 22 octobre 1888.

MM. les étudiants, pourvus de douze inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (laboratoire d'anatomie pathologique), pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, tous les jours à partir du lundi 8 octobre 1888 jusqu'au samedi 24 novembre inclus, et de deux heures à trois heures de l'après-midi.

Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— *Cours de médecine opératoire.* — M. le docteur Broca, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 16 octobre 1888, une série de démonstrations opératoires, suivies d'exercices pratiques. Ce cours ne pourra comprendre plus de quarante-huit élèves. Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter le plus tôt possible, à partir du mercredi 10 octobre, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, de une heure à quatre heures, au bureau du chef de matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury du concours de l'internat des hôpitaux de Paris est provisoirement fixé comme suit: MM. d'Heilly, Du Castel, Labrie, Le Dentu, Peyrot, Auvard et Félizet.

CONCOURS DE L'INTERNAT DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours sera ouvert, le 10 décembre prochain, à l'asile Sainte-Anne, pour la nomination à huit places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le dépôt des aliénés près la préfecture de police). — Se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, du 8 au 24 novembre 1888.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. le docteur Lesguillons est adjoint à la mission dont MM. les docteurs Huchard et Schwartz ont été chargés, à l'effet d'étudier l'installation des laboratoires et des hôpitaux et les progrès de la thérapeutique en Allemagne, en Autriche et en Russie.

BOURSES DE DOCTORAT. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 6 octobre 1888, est et demeure rapporté l'arrêté en date du 17 septembre 1888, fixant au 25 octobre suivant l'ouverture du concours pour l'obtention de bourses de doctorat en médecine.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés:

Commandeur: M. le docteur Gailleton, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

Chevalier: MM. Tripier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Rebatel, ancien chef de clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Eugène Guieysse, médecin du chemin de fer du Nord, qui vient de succomber aux suites d'une maladie du cœur. M. le docteur Guieysse était le gendre de notre très honorable confrère le docteur Frère, ancien conseiller municipal, de M. le docteur H. Collin, médecin-major; de M. le docteur Ponnet, de Neuville-sur-Saône; de M. le docteur A. Phélippeaux, ancien médecin de la marine, et de M. le docteur G. Decaisne, ancien interne des hôpitaux et chef de clinique adjoint de la Faculté qui vient de succomber à peine âgé de trente-six ans.

MORTALITÉ A PARIS (38e semaine, du 16 au 22 septembre 1888. — Population: 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 4. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 12. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs: cancéreuses, 37; autres, 2. — Méningite, 35. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 37. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 43. — Bronchite aiguë, 9. — Bronchite chronique, 23. — Broncho-pneumonie, 22. — Pneumonie, 27. — Gastro-entérite: sein, 26; biberon, 101; autres, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 36. — Suicides, 20. — Autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 119. — Causes inconnues, 8. — Total: 838.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

16426. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 17 octobre 1888.

Académie de médecine : **Les méthodes de recherche en physiologie et en thérapeutique.**

Une discussion des plus intéressantes et sur laquelle nous aurons certainement à revenir vient d'être soulevée devant l'Académie de médecine. Il s'agit, en effet, non seulement des effets toxiques que peut provoquer l'introduction dans l'organisme des alcools de diverses provenances, mais bien des méthodes scientifiques qui permettent de juger le mode d'action des médicaments et des poisons. Aussi les divergences d'opinion qui ont paru se manifester entre MM. Bouchard et Laborde, d'une part, et M. Dujardin-Beaumetz, d'autre part, nous paraissent-elles reposer sur un simple malentendu.

Après avoir entendu M. Bouchard exposer en termes si précis l'utilité, au point de vue des recherches *physiologiques* et *toxicologiques*, de la méthode des injections intraveineuses, tous les médecins seront convaincus tout à la fois et de la rigueur de la méthode et des services qu'elle est appelée à rendre. Il est évident que lorsqu'il s'agit, au point de vue expérimental, de déterminer avec précision à quelle dose un médicament, lorsqu'il est *absorbé*, lorsqu'il agit sur le système nerveux, peut déterminer un effet toxique ou même physiologique, l'injection intraveineuse pourra seule donner des résultats bien nets et montrer le degré variable de toxicité des produits employés. Comme l'a dit M. Bouchard, si l'on emploie la voie stomacale pour étudier une substance déterminée, on ne sait ni ce qui agit dans cette substance ni même quelle quantité agit. Une partie de la substance est bien réellement absorbée, mais une autre partie est arrêtée par le foie et une troisième est éliminée par divers émonctoires. Seule donc, l'injection intraveineuse peut donner la certitude au point de vue expérimental; seule elle affirme les effets produits par une certaine dose de poison *absorbé* et agissant sur le système nerveux ou par son intermédiaire.

Mais peut-on conclure de ces effets toxiques à l'action thérapeutique qu'exercent les mêmes produits alors qu'ils sont introduits par la voie stomacale? Peut-on étendre à tous les médicaments cette méthode de recherches si précise et qui, entre les mains de MM. Laborde et Magnan, vient encore de donner de si bons résultats? Nous ne le pensons pas, et c'est à ce point de vue que nous comprenons les objections de M. Dujardin-Beaumetz. Il faut remarquer tout d'abord, en effet, qu'un certain nombre de substances ne peuvent pas être étudiées par la méthode des injections intraveineuses, parce qu'en agissant directement sur le sang elles produisent des effets toxiques exclusivement imputables au procédé opératoire. Mais, sans parler des agents pharmaceutiques qui coagulent le sang ou en modifient la constitution, n'est-il pas un grand nombre de médicaments dont l'action thérapeutique n'est point en rapports directs et précis avec leur action physiologique? M. Dujardin-Beaumetz a cité les sels de potasse. La potasse, dit M. Bouchard, reste toujours potasse et toujours toxique. L'acide qui lui sera uni fera seul varier la dose toxique. Mais n'est-il pas vrai, répond M. Dujardin-Beaumetz, que l'iodure de potassium peut être administré à des doses considérables et pendant un temps très long sans déterminer aucun effet toxique? N'est-il point vrai que le phosphate *de potasse* est un excellent reconstituant, infiniment plus actif et mieux toléré que le phosphate de soude et le phosphate de chaux? N'en doit-on point conclure que certains sels de potassium, modifiés lorsqu'ils sont introduits dans l'organisme par la voie stomacale, agissent encore, mais en déterminant d'autres effets que ceux qui sont produits après l'injection intraveineuse.

Nous pourrions citer de même les préparations ferrugineuses. Un sel de fer soluble, injecté dans le sang, déterminera des effets rapidement toxiques. Ingéré par la voie stomacale, il provoquera la régénération des globules sanguins et sera très utile chez les chlorotiques.

Nous savons bien que, dans toutes les observations cliniques, le problème est complexe. En ce qui concerne les iodures de potassium et de sodium, il paraît certain que la rapidité de l'élimination du médicament modifie singulièrement son absorption définitive et ses effets sur l'orga-

nisme. Il paraît évident que, chez certains sujets, de très petites doses d'iodure de potassium ou de sodium provoquent des accidents d'iodisme alors que de fortes doses semblent mieux tolérées, et il est très probable que, dans ce cas, c'est à la diurèse provoquée par le médicament qu'il faut attribuer la tolérance apparente du sujet.

Mais, quoi qu'il en soit de ces interprétations, on ne saurait nier que les modifications subies par un médicament, depuis son introduction dans l'estomac jusqu'au moment où il arrive à être absorbé et à impressionner les centres nerveux, sont très multiples, très complexes et de nature à modifier l'action thérapeutique, but essentiel à atteindre.

Est-ce à dire, pour cela, que, lorsqu'il s'agit d'un médicament qui ne modifie en rien la constitution du sang, les données fournies par l'expérimentation physiologique ne soient pas, non seulement plus précises, mais encore plus exactes que les autres? Les recherches de MM. Laborde et Magnan nous paraissent avoir répondu à cette question, puisque tous les effets toxiques qu'ils ont observés peuvent se produire, quel que soit le mode d'introduction de l'alcool dans l'organisme. Dans ce cas particulier, l'injection intraveineuse paraît donx avoir donné, au point de vue toxicologique, des résultats plus précis que tout autre procédé d'expérimentation.

— Dans la dernière séance de l'Académie de médecine (voy. *Bulletin*, p. 490) M. Brouardel a présenté un mémoire de MM. Pampoukis et Chamatianos (d'Athènes) relatif aux recherches faites par ces médecins sur l'*hémosphérinurie* et la fièvre bilieuse *hémosphérinurique*. Ces expressions nouvelles, conformes à l'étymologie, ne désignent point autre chose que les affections morbides couramment appelées *hémoglobinurie*. Nous avions été seuls, il y a quelques années, à protester contre ces mots barbares, *hémoglobine* (de αἷμα, sang, et *globe*), *hémoglobinurique*, etc. Dans le *Dictionnaire usuel des sciences médicales* nous avions même fait remarquer que *hémosphérinurie* vaudrait beaucoup mieux que *hémoglobinurie*. Voici, en effet, que les médecins grecs, ne pouvant traduire en leur langue nos néologismes barbares, les écrivent conformément aux saines analogies du langage et nous renvoient, traduits en français, des mots qui contrastent avec ceux dont nous avons l'habitude. N'est-ce point une preuve nouvelle de l'utilité que pourrait présenter sinon une correction aujourd'hui devenue impossible des mots que l'usage a consacrés, du moins un peu plus d'attention et de respect des notions étymologiques alors qu'il s'agit de former des néologismes?

Une question du même genre a été soulevée avant-hier, devant l'Académie des sciences, par M. Pasteur. L'illustre secrétaire perpétuel de la savante compagnie a protesté contre le terme de *bactériologie*, qui ne désigne, en effet, que très incomplètement l'ensemble des études nouvelles relatives aux divers micro-organismes dont le nombre augmente chaque jour et qui, grâce aux immortels travaux de M. Pasteur prennent chaque jour en pathologie une place plus prépondérante. A ce mot trop peu compréhensif, on propose, nous dit-on, de substituer le terme de *microbie*. Nous nous bornerons à faire remarquer que le mot *microbiologie* existe et que le mot *microbie* sera considéré par tous les Hellènes et par tous ceux qui chercheront à l'expliquer au point de vue étymologique comme synonyme de *microbe*.

— Nous avons cru devoir, au moment où, après la mort de l'empereur Frédéric III, venaient de paraître les rapports officiels de ses médecins allemands, analyser ici-même avec détails un document qui pouvait, au point de vue scientifique, présenter quelque intérêt. Nous avions cependant, alors déjà, fait toutes nos réserves au sujet de l'opportunité d'une semblable publication et protesté, au nom de la déontologie médicale, contre certains passages de ces rapports qui mettaient trop brutalement en relief les dissentiments qui s'étaient élevés entre M. Morell-Mackenzie et les médecins allemands.

Mais en quels termes devrions-nous aujourd'hui caractériser la conduite du spécialiste anglais! S'il est vrai qu'il ait employé pour *lancer* sa réponse tous les procédés de réclame que lui prête la presse politique des deux mondes; s'il est exact qu'il ait vendu le droit de reproduction et de traduction de son libelle et menacé de procès tous ceux qui en feraient des extraits; s'il ne nie point avoir déjà touché les quelques mille livres qu'on prétend lui avoir versées pour acquérir le droit exclusif de publier *in extenso* un pamphlet extra-médical, M. Morell-Mackenzie ne s'étonnera pas que les médecins qui ont encore quelque souci de la dignité professionnelle ne s'intéressent pas à ses disputes avec le professeur Bergmann et éprouvent quelque pudeur à relever les accusations si graves qu'il a formulées contre ce chirurgien. Il ne sera pas surpris de constater qu'en France on est unanime à protester contre des scandales de ce genre et à plaindre le malheureux Frédéric III d'avoir eu à servir de victime à des manipulations aussi antiscientifiques que brutales qui ont certainement hâté sa fin.

THÉRAPEUTIQUE

Les indications générales du traitement de la diphthérie.

L'avènement et les succès de l'antisepsie médicale imposent — ne le répète-t-on pas bien souvent? — d'impérieux devoirs au clinicien appelé à combattre cette affection. Chacun le pense tout bas, la plupart le disent tout haut, mais, en fait beaucoup hésitent plus ou moins, éprouvant l'embarras de choisir dans un arsenal thérapeutique dont l'encombrement augmente chaque année par l'essai de remèdes nouveaux s'ajoutant aux médicaments depuis longtemps employés. Il est vrai que les traitements les plus récents sont systématiquement germicides ou antiseptiques. C'est justice, d'ailleurs, mais, en les adoptant, on se demande s'ils doivent faire proscrire des médications plus anciennes. La question mérite examen.

I

A l'heure actuelle — inutile de le rappeler — les bactériologistes ne peuvent encore s'entendre sur l'identité et la morphologie du bacille de la diphthérie. En vérité, c'est fâcheux, puisque ce désaccord entretient l'hésitation dans les esprits désireux de s'inspirer des données de la théorie parasitaire.

Ce bacille existe-t-il? Oui, sans doute; mais il n'est pas unique, et, comme M. Jacobi le faisait observer à ses collègues du dernier Congrès de l'Association médicale britannique à Glasgow, la provocation des lésions diphthéritiques n'est pas, jusqu'à présent, le monopole d'une seule espèce

bacillaire, mais bien la propriété commune de microbes différents.

A côté de la lésion diphthéritique, il y a l'intoxication diphthéritique. Il y a aussi des modalités différentes dans les manifestations de l'affection. Où faut-il en chercher les causes? D'abord dans la résistance variable des tissus contre l'agression de l'agent morbigène ensuite, dans la tolérance plus ou moins grande de l'organisme à l'action toxique des ptomaïnes, dont la production dépend de la présence et de la vitalité de ces mêmes agents microbiques. En d'autres termes, la question du terrain possède, au point de vue de la thérapeutique, une importance suffisante pour légitimer ici une excursion sur le domaine pathogénique de la diphthérie.

L'observation clinique démontre, en effet, que la puissance pathogène des bacilles, dont les fausses membranes diphthéritiques sont l'habitat, s'épuise localement; le rôle de ces agents animés est tout superficiel. Il faut donc chercher ailleurs la cause de l'intoxication de l'organisme. M. Jacobi l'attribue avec une légitime vraisemblance aux ptomaïnes absorbées par les tissus, puis véhiculées à travers tout l'organisme. Est-ce là une simple vue de l'esprit? Non, car on sait — ce seul exemple suffit — que dans l'infection diphthéritique on trouve des altérations manifestes de reins dont, cependant, le parenchyme paraît exempt de tout microbe à l'examen histologique le plus minutieux.

Que conclure? Sinon que dans l'intoxication diphthéritique, les microbes pathogènes étant le moyen, la ptomaïne est la cause et que la diversité des modalités cliniques dépend de la résistance locale des tissus de l'organisme à l'auto-infection.

On s'explique encore, d'après ces faits, la nécessité de formuler deux indications thérapeutiques générales, à savoir : 1° la nécessité d'une *médication locale parasiticide*: 2° l'urgence d'une *médication générale antiseptique*.

Ce n'est pas tout : la doctrine de la spontanéité de la diphthérie a fait son temps, comme celles du choléra et de la fièvre typhoïde. Les hypothèses de l'infection par le méphitisme et les émanations des égouts ne sont plus valables. Une théorie justifiée par les faits les remplace : celle de la contagiosité et la *médication préventive* de la diphthérie consiste à mettre l'organisme à l'abri de la transmission à l'homme de la diphthérie des animaux : mammifères ou oiseaux; de la contagion de l'homme à l'homme; de la véhiculation de la maladie par les aliments : lait, substances animales ou même végétales; enfin, de toute contamination par des milieux infectés : habitations, écoles, casernes, voire même navires, voitures publiques et wagons de chemins de fer. Prévenir ces périls, c'est donc réaliser la *prophylaxie de l'organisme*.

II

Les efforts du clinicien doivent tendre aussi à un autre but : assurer la *prophylaxie de l'organe*, en mettant obstacle à la pénétration de ces germes. En vérité, cette tâche est moins malaisée, en tenant compte des données cliniques actuelles. Sans doute, comme on le sait, la diphthérie peut, à l'instar de l'érysipèle, envahir la peau ou les muqueuses dont l'intégrité est, en apparence, absolue; mais c'est là l'exception. On sait que l'effraction de l'épithélium ou les solutions de continuité de l'épiderme les plus minimes sont une porte d'entrée suffisante pour l'agent pathogène : virus ou microbe. On sait encore que le clinicien bien avisé doit se tenir en garde contre les érosions buccales, les simples brûlures des gencives ou du larynx par des aliments trop chauds (Jacobi), les stomatites de l'enfance, la gingivite tabagique des adultes, une plaie par amputation amygdalienne, ou bien contre une modeste solution de continuité de la peau, contre une écorchure ou toute autre destruction épidermique par un cautère ou un vésicatoire. Puis, on n'oublie pas que, malgré leur situation profonde, les muqueuses viscérales n'échappent pas à l'agression diphthéritique; à preuve la diphthérie bronchique, pharyngienne, vaginale ou vésicale; à preuve le rôle possible, autrefois considéré comme prépondérant, du refroidissement; à preuve — fait qui donne en partie raison de la fréquence de la diphthérie infantile — la fragilité des muqueuses dans les premières années de la vie, à preuve encore ces cas d'intoxication diphthéritique foudroyante, naguère inexpliqués, et dans lesquels le virus « pénètre d'emblée dans la circulation ».

On le voit donc, malgré notre ignorance du bacille spécifique, la thérapeutique est appelée à profiter des notions déjà acquises sur la contagiosité et la transmissibilité de la diphthérie. En vérité, mais seulement en l'interprétant dans ce sens, on peut opportunément répéter la boutade de M. Virchow et dire : « La connaissance du bacille, nécessaire à la compréhension intégrale de l'étiologie, n'en éclaire en rien le processus, tant que l'on n'a pas fait la lumière sur le mystérieux combat de la cellule contre le bacille. »

Revenons au *traitement de la diphthérie déclarée*. On insistera en premier lieu sur les moyens hygiéniques : c'est un conseil de raison et non d'absolue nouveauté.

M. Jacobi réalise l'*isolement du malade* en le plaçant dans une chambre reculée et, autant que possible, à l'étage supérieur de l'habitation, et en assurant la ventilation de cette chambre par l'ouverture permanente des fenêtres, si la saison le permet. Puis — conseil plus pratique qu'original — il prescrit d'en réduire l'ameublement au strict nécessaire. Il plaide aussi la cause de l'*isolement hospitalier*; il sollicite l'éloignement hors de l'école, des frères et des sœurs du diphthéritique dans les cas d'épidémies urbaines, et, de plus, la *surveillance du personnel domestique* des familles non encore contaminées : serviteurs, nourrices, cuisiniers, journaliers; les barbiers eux-mêmes n'échappent pas à cette sévérité prophylactique!

Il recommande encore la *désinfection* de l'*habitation* pendant la maladie et après la terminaison de cette dernière, que cette terminaison, cela va sans dire, soit favorable ou non. Suivre ces prescriptions, c'est faire œuvre de *prophylaxie sociale*.

La *prophylaxie individuelle* complète cette œuvre. Elle consiste — précepte sur lequel les auteurs modernes s'attardent assez longuement — à prévenir, pendant les épidémies, avec un soin plus attentif qu'en d'autres temps, toutes les affections buccales, nasales ou pharyngées, à les combattre énergiquement, si elles se manifestent; en outre — scrupule chirurgical, formulé par M. Jacobi — à proscrire l'usage du bistouri pour les opérations chirurgicales sur la face et le cou, et à pratiquer l'amygdalotomie avec le thermocautère au lieu de l'instrument tranchant. Bref, il faut éviter à tout prix d'ouvrir une porte d'entrée à la diphthérie et, si elle est ouverte, la lui fermer. C'est réaliser encore la prophylaxie de l'organe.

Inutile d'insister sur l'importance d'empêcher l'ense-

mencement du germe morbigène sur des surfaces, où, l'observation clinique l'a prouvé depuis longtemps, il s'implante si volontiers. Voici que les mesures préventives ont été impuissantes.

III

Mais, voici que la contamination se produit, malgré l'observation de ces règles sévères. Voici donc que des foyers virulents se développent; les fausses membranes les dénoncent. C'est l'heure d'une intervention active qui, en bonne raison, doit se traduire par la désinfection de ces foyers et la destruction de ces fausses membranes, habitat préféré des agents de virulence. Comment les détruire?

Mettons de côté toute considération théorique, et pratiquement catégorisons les procédés de *destruction des fausses membranes*. Quels sont-ils? La *solubilisation* de ces dernières par la réaction chimique des alcalins, des acides lactique, chlorhydrique et autres; leur *désagrégation mécanique* par des agents physiques : inhalations de vapeurs d'eau, salivation provoquée par les mercuriaux et la pilocarpine, ou plus simplement les badigeonnages énergiques allant presque jusqu'au raclage; enfin, leur *digestion* par des ferments: trypsine, papaïne ou autres.

Le choix de l'un ou de l'autre de ces procédés n'est pas indifférent; et, comme on l'a dit, doit être déterminé par l'aspect, la forme et la ténacité de ces fausses membranes. Sont-elles rares, ponctuées, peu épaisses et accompagnées d'une sécrétion abondante? On est en présence d'une forme de diphthérie catarrhale : l'hypérémie domine; l'adhérence des pseudo-membranes à la muqueuse est moyennement tenace, et l'emploi des moyens de solubilisation suffit habituellement à les détacher.

Sont-elles flottantes, comme dans la diphthérie dite croupale? Il y a indications à employer les procédés de désagrégation mécanique pour les détacher et pour les entraîner au dehors.

Par contre, dans la forme que l'on a nommée diphthéritique vraie, ces fausses membranes adhèrent énergiquement à la muqueuse et s'incrustent en quelque sorte à sa surface. Ici, les agents de la digestion artificielle permettent alors d'en modifier la ténacité, d'en diminuer la consistance et de préparer en quelque sorte leur expulsion par l'emploi ultérieur des moyens de désagrégation mécanique.

Nonobstant ces différences morphologiques, et que l'on peut à l'envi multiplier, la diphthérie n'en est pas moins une et les dangers d'infection n'en existent pas moins, même dans les cas en apparence bénins : aussi toute tentative pour déterger la muqueuse des fausses membranes qui la recouvrent, doit être accompagnée et suivie de la *désinfection* de cette même muqueuse. Or la destruction préalable des fausses membranes, étendues sur la muqueuse, à la manière d'un vernis, prépare en quelque sorte la voie à l'agent parasiticide et antiseptique; ce nettoyage de la muqueuse doit donc précéder l'assainissement du foyer infectieux.

La plupart des désinfectants ont été mis à l'essai contre cette maladie : l'eau oxygénée, les acides phénique, salicylique, borique, fluorhydrique, la créosote, le benzoate de soude, enfin les sels de mercure et, parmi eux, le sublimé et le calomel, dont j'ai déjà, à cette même place, apprécié la valeur thérapeutique dans un article sur les *mercuriaux dans la diphthérie* (*Gazette hebdomadaire*, 1887).

L'emploi interne des mercuriaux permettrait d'obtenir l'*antisepsie du milieu intérieur* que tous les cliniciens réclament à bon droit et que, très malheureusement, les ressources de la thérapeutique antiseptique ne permettent pas encore d'obtenir.

IV

Je passe sans m'attarder sur le régime du diphthéritique dont l'entraînement est une si puissante ressource thérapeutique et j'en arrive aux deux grands dangers qui, en dehors de l'intoxication, menacent le plus directement les malades : l'asphyxie, dont la prophylaxie classique est la trachéotomie et l'intubation; le collapsus cardiaque, dont la thérapeutique est encore en discussion.

Le collapsus cardiaque des diphthéritiques dépend, comme dans toutes les maladies infectieuses, de l'altération du myocarde et de troubles nerveux. La pathogénie en est, somme toute, assez obscure, et les conditions dans lesquelles il se produit sont assez mal déterminées, puisque son apparition peut survenir tardivement, inopinément et même dans des cas d'apparence bénigne.

L'absence de toute émotion, le séjour au lit, l'usage d'aliments liquides et aisément digestibles, et l'absence de constipation, tels sont, d'après M. Jacobi, les règles d'hygiène prophylactique à observer. Puis, insistant de nouveau sur la nécessité d'un repos absolu, cet observateur ajoute : il n'existe aucune autre maladie, sinon la pneumonie, dans laquelle le changement de posture ou un seul mouvement soit plus à redouter.

Les alcooliques et la digitale sont indiqués comme toniques cardiaques; ici cependant leur puissance thérapeutique est inférieure à celle du café, et surtout aux injections sous-cutanées de benzoate ou de salicylate de caféine. Cependant quelques médecins américains leur préfèrent encore les injections hypodermiques de camphre émulsionné par l'huile d'amandes douces, et, comme moyen préventif, l'usage quotidien de la strychnine.

En résumé, trois grands dangers menacent le diphthéritique : l'infection, l'asphyxie et le collapsus. Il est bien, sans doute, de prévenir par l'antisepsie générale et locale le premier de ces périls, il est bien aussi d'éviter les deux autres qui d'ailleurs ne sont pas les seuls à redouter dans ces affections mais il est mieux encore, n'est-ce pas, d'associer la médication antiseptique et hygiénique aux ressources les mieux éprouvées de la thérapeutique classique. Celles-ci sont les auxiliaires de celle-là.

L'affirmer, c'est rejeter toute médication systématique; c'est encore protester contre la thérapeutique d'expectation, qui est une erreur; c'est condamner le nihilisme thérapeutique, qui est un crime. Enfin, c'est répéter cette profession de foi de Jacobi, s'adressant aux congressistes anglais à Glascow : « *I believe in the action of medecines and the responsability of the physician.* Je crois à l'action des médicaments et à la responsabilité des médecins. »

Ch. Éloy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Des abcès intra-craniens consécutifs aux suppurations de l'oreille et de leur traitement, par M. le docteur J. Chauvel, professeur à l'École du Val-de-Grâce (Mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 9 octobre 1888).

En signalant, dans son *Traité de chirurgie clinique*

(I, p. 126), les abcès intra-crâniens, sus ou sous-méningiens, qui compliquent parfois les suppurations prolongées de l'oreille, M. Tillaux termine ainsi son rapide exposé : « La thérapeutique étant impuissante contre ces divers accidents, je n'y insiste pas davantage. »

Il y a quelques années, cette désespérante conviction était partagée par les chirurgiens de tous pays, et, comme notre excellent maître, en présence de ces lésions, les spécialistes mêmes n'osaient conseiller une intervention dont il leur était impossible d'édicter les règles, aussi bien que de prévoir les résultats. Cependant les progrès récents de la physiologie de l'encéphale, et, plus encore, peut-être, l'innocuité démontrée de l'ouverture du crâne, de la mise à nu et même de l'exploration du cerveau avec l'aide d'une antisepsie absolue, ont conduit à des tentatives hardies plusieurs fois suivies de succès.

Macewen, Greenfield, Schede, James Black, Barr, pour ne citer que quelques noms, ont trépané, atteint l'abcès du cerveau et guéri leurs malades. Au récent congrès d'otologie de Bruxelles, ce dernier a pu présenter sept cas d'opérations de cette nature, dont cinq suivies d'un résultat heureux. Aussi ne pouvons-nous nous étonner que MM. Broca et Sébilleau, dans leur très intéressante revue sur l'intervention chirurgicale dans les maladies cérébrales (*Gaz. des hôpitaux*, 1888, p. 869 et suivantes), se montrent partisans d'une pratique hardie dans les abcès intra-crâniens d'origine auriculaire.

Un seul point reste difficile à résoudre, et ce n'est pas le moins important. Comment reconnaître qu'il existe une suppuration à l'intérieur du crâne? Par quels signes fixer le siège précis ou du moins probable de la collection purulente? Les faits seuls peuvent répondre. Comme ils ne sont pas communs, nous croyons utile de résumer ici les deux seules observations que nous ayons recueillies, en quatre ans, dans un service qui reçoit au moins, chaque année, une cinquantaine d'otites moyennes suppurées.

Obs. I. — L..., vingt-trois ans, soldat au 65e de ligne, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 21 janvier 1884. De constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, il a été atteint, dans son enfance, de blépharite rebelle et d'eczéma du cuir chevelu. Le 15 janvier, bourdonnements et douleurs dans l'oreille gauche; le 16, écoulement séreux qui, le 19, devient purulent et fétide. Dès son entrée à l'hôpital, au sixième jour, on constate une perforation du tympan à sa partie antéro-inférieure; la trompe d'Eustache est libre. Malgré des injections détersives et des instillations astringentes, combinées avec les douches d'air, l'otorrhée persiste à un faible degré, l'état général reste satisfaisant. Au commencement de mars, bien que l'examen ne montre pas de modifications de l'état local, L... commence à se plaindre de douleurs vagues dans les régions temporale et mastoïdienne. Le 15 mars, la céphalalgie est plus vive, temporo-frontale; anorexie, faiblesse, quelques vomissements alimentaires. Malgré les révulsifs, les lavages antiseptiques, les douleurs deviennent plus violentes; la faiblesse s'accentue. Le 19 mars, dilatation de la pupille, strabisme divergent; pas de lésions du fond de l'œil, ni paralysie faciale, ni hémiplégie; aucun gonflement de la région mastoïdienne. Bientôt L... tombe dans le coma et meurt le 25 mars, sans que nous ayons tenté d'intervenir chirurgicalement.

L'autopsie montre en même temps qu'une suppuration limitée à la caisse tympanique, un léger épaississement de la dure-mère qui tapisse le rocher gauche, un peu de rougeur du tissu osseux sans perforation ni carie; entre les deux, un dépôt limité de pus épais et comme concret. Plus loin, une méningite suppurée de la région basilaire, limitée à la moelle allongée et au cervelet. Le côté gauche du cerveau offre une augmentation de volume apparente dans la partie inférieure de son lobe moyen. On y trouve un abcès du volume d'une grosse noix, rempli d'un détritus semi-purulent, de matière cérébrale ramollie, et recouvert par une couche de tissu sain en apparence, d'au moins un demi-centimètre d'épaisseur.

Remarques. — Si l'on veut bien se reporter aux symptômes assez vagues que nous avons relevés dans l'observation, on comprendra combien il nous eût été difficile d'intervenir chirurgicalement. Le tympan était largement ouvert, le pus s'écoulait facilement; il n'y eut jamais de gonflement de la région mastoïdienne; il n'y avait donc aucune raison de trépaner l'apophyse. D'un autre côté, l'absence de paralysie des membres du côté droit, de lésions ophthalmoscopiques, de convulsions ou de contractures localisées, nous laissait dans le doute sur la nature et le siège des lésions encéphaliques. Méningite ou abcès, il nous parut impossible de préciser. L'autopsie, en montrant qu'il y avait à la fois et méningite basilaire et collection purulente dans l'épaisseur du lobe moyen, indiquait assez que toute intervention chirurgicale eût été forcément incomplète et probablement inutile. Le fait plaidait en notre esprit pour la doctrine alors reçue de l'abstention en pareille occurrence.

Obs. II. — B..., vingt-trois ans, soldat au 46e de ligne, entre dans notre service le 13 juin 1888, pour une otite moyenne purulente double, datant de dix jours seulement, et s'accompagnant de fièvre, d'une surdité prononcée et d'un écoulement séro-sanguin très abondant, sans fétidité. Sous l'influence de lavages antiseptiques, la fièvre tombe, l'écoulement cesse, l'examen montre l'opacification des deux tympans sans trace de perforation. Le 25 juin, presque subitement, céphalalgie frontale, température à 39 degrés le soir, aucun symptôme spécial du côté des oreilles moyennes ou des apophyses mastoïdes. Le 27, malgré purgatifs, lavages, instillations, cataplasmes chauds, la céphalée augmente, la température reste élevée, l'agitation est grande. Aucun signe objectif ne précise la nature de ces accidents. Le 28 juin, le thermomètre atteint 40°,1; sangsues aux apophyses mastoïdes, applications chaudes. Les membranes tympaniques ne font aucune saillie vers le conduit externe, les yeux ne sont pas déviés, il n'y a ni gonflement, ni douleurs le long des jugulaires au cou. Plongé dans une torpeur profonde, B... ne répond plus, mais il reste sensible aux excitations cutanées. Le 29, la température baisse jusqu'à 38 degrés; la connaissance est revenue; raideur prononcée de la nuque, surtout à droite.

Dans la nuit l'état s'aggrave, et, le 30 au matin, nous constatons du coma, une inertie musculaire qui confine à la paralysie incomplète pour le côté gauche, et surtout pour le bras. La pupille gauche est dilatée, mais l'examen ophthalmoscopique ne décèle aucune lésion du nerf optique. Il semble que la pression et la percussion sur l'apophyse mastoïde, à droite, déterminent une certaine réaction du patient. La température est de 40°,7, le pouls lent et plein. Je me décide à pratiquer la perforation des tympans que je fais suivre immédiatement d'une douche d'air, mais il ne sort pas une goutte de pus de la caisse. Sans hésiter, je mets à jour l'apophyse mastoïde droite, et j'ouvre ses cellules qui, elles aussi, n'offrent trace ni d'inflammation, ni de suppuration; je m'arrête au contact de la paroi interne pour éviter le sinus latéral. Avec mon collègue, le docteur Nimier, je soulève la question de la trépanation du temporal; mais devant le vague des symptômes et l'impossibilité d'un diagnostic positif et précis, il ne me paraît pas opportun de pousser plus loin l'action chirurgicale.

Un mieux léger succède à l'abondant écoulement sanguin qu'a produit la trépanation mastoïdienne; le thermomètre descend à 40 degrés le soir, à 38 degrés le lendemain matin; mais bientôt la respiration s'embarrasse, le coma devient plus profond, la résolution absolue, le pouls arrive à 120-150; la température à 40°,5 et jusqu'à 41°,2, et le malade succombe le 3 juillet au soir, sans avoir jamais présenté de paralysie localisée.

A l'autopsie, nous constatons : congestion des méninges plus prononcée à droite, pus abondant sous la pie-mère à la base, dans les ventricules latéraux et dans le quatrième ventricule. Dans le lobe cérébral moyen droit, à sa partie antérieure, immédiatement sous la couche corticale très amincie, abcès de la grosseur d'une forte noix. Les deuxième et troisième circonvolutions temporales sont soulevées par le liquide, et l'amincissement est tel, en bas, qu'on peut se demander si le foyer ne s'est pas ouvert de ce côté. Le pus est très fluide, sanieux, un peu sanguinolent; les parois de la cavité sont légèrement tomenteuses et assez solides pour résister à un courant d'eau.

Le rocher droit ne présente aucune lésion du côté du crâne et la dure-mère qui le tapisse ne semble pas altérée. La partie saillante de l'abcès cérébral correspondait exactement au sinus

latéral droit, et si, poursuivant l'ouverture faite à l'apophyse mastoïde, nous avions détruit la lame interne du temporal, nous entrions en plein dans le canal veineux avant d'atteindre la collection purulente. Dans la caisse tympanique, à peine une goutte de pus. Les osselets sont en place, et la perforation faite au tympan reste largement ouverte. A gauche, les lésions sont moindres encore du côté des oreilles interne et moyenne. Comme pour le côté droit, les cellules mastoïdiennes, très peu développées, n'offrent aucune trace d'inflammation ni de suppuration.

Remarques. — Notre conduite, dans ce cas, n'a-t-elle pas été trop timide, et n'avons-nous pas eu tort, malgré la complexité des phénomènes, malgré l'hésitation du diagnostic, de ne pas poursuivre l'action commencée en mettant à nu les méninges, ouvrant la dure-mère et pénétrant jusque dans le cerveau lui-même? Si l'on cherche à se rendre compte de la marche des lésions, il semble que l'abcès du lobe moyen a précédé d'assez longtemps le développement de la méningite basilaire, et que le pus est sorti de ce foyer primitif pour atteindre les ventricules cérébraux. Ce n'est, en effet, que dans les derniers jours de la vie que la fièvre violente, le coma, le délire surtout, ont fait leur apparition. Depuis un certain temps, la céphalée les avait précédés. Malheureusement, outre le vague des phénomènes, l'existence d'un écoulement purulent des deux côtés, d'une otite moyenne double suppurée, augmentait encore les difficultés du diagnostic. Si, cependant, nous étions de nouveau placé en semblables conditions, nous aurions certainement bien moins d'hésitation.

Il est, en effet, démontré, par l'observation, que les abcès cérébraux consécutifs à l'otite moyenne suppurée siègent d'ordinaire au voisinage de la lésion, soit dans le lobe temporo-sphénoïdal du cerveau, soit, plus rarement, dans le cervelet. Si la présence de paralysies localisées, l'existence d'une douleur violente, fixe, accrue par la percussion de la région, l'absence de fièvre, le développement progressif des phénomènes de compression cérébrale sont suffisants pour éliminer la méningite aiguë purulente et la thrombose des sinus avec pyæmie ou septicémie, l'histoire de nos malades prouve que l'évolution des accidents est loin d'être toujours aussi simple. La saillie de la dure-mère à travers l'ouverture du crâne, l'absence de ses pulsations normales données par Weir (*Med. Record.*, 1887, et *Annales des maladies de l'oreille*, 1888, XIV, p. 175) comme signes presque certains de la présence d'un foyer purulent, n'ont de valeur qu'après la trépanation. Or le point difficile est précisément de décider s'il y a lieu d'ouvrir le crâne et en quel point il faut placer le trépan.

D'après Politzer, la douleur est nettement localisée au point malade; à l'occiput dans les abcès du cervelet, au-dessus de l'oreille dans les abcès du lobe temporal. Cette localisation est loin d'être absolue; nos observations en font preuve. Le cri cérébral, la conservation de l'intelligence, du mouvement et de la parole n'ont pas plus de valeur en raison de leur rareté. En somme, le fait important est le siège habituel de ces collections, dont les 9/10, d'après Barker, sont comprises dans un cercle de 3/4 de pouce de rayon, ayant son centre, 1 1/4 pouce ou 25 millimètres au-dessus et 25 millimètres en arrière du méat auditif. Pour ce chirurgien, il est prudent de mettre à jour le trou mastoïdien. Si l'on voit sourdre par ce pertuis une gouttelette de pus, c'est que l'abcès est dans le cervelet, et le trépan doit conduire dans l'étage inférieur de la cavité crânienne. Dans les abcès du cervelet, les vertiges, la titubation sont des caractères importants, mais ils échappent d'habitude en raison de la complexité des troubles morbides.

Bien que cette complexité laisse presque toujours le diagnostic un peu hésitant, nous croyons qu'il est du devoir du chirurgien de ne pas rester inactif en présence d'un danger imminent. Mais avant d'ouvrir le crâne, de mettre à jour et d'explorer le cerveau, il faut d'abord pratiquer la trépanation de l'apophyse mastoïde, et attendre quelques jours, quelques heures si la situation s'aggrave rapidement, les résultats de cette intervention. Alors seulement on s'attaquera aux parties plus profondes.

Recherchant à l'amphithéâtre le point où l'on peut sans danger appliquer le trépan pour mettre à jour le lobe temporal, siège habituel des abcès cérébraux, d'origine auriculaire, j'ai trouvé comme repères : une ligne horizontale qui, partant de la commissure externe des paupières, passe au bord supérieur du pavillon de l'oreille, et deux lignes verticales conduites, l'une devant, l'autre derrière le pavillon. Placée à égale distance de ces deux verticales, son centre sur la ligne sus-auriculaire, la couronne ouvre le crâne dans une partie très mince, l'écaille du temporal, en arrière de la division de l'artère méningée moyenne. Si parfois se présente l'une des branches de ce vaisseau, elle est d'habitude tout à fait en avant de l'ouverture, et peut être très aisément reconnue et évitée. La dure-mère divisée, on tombe sur le lobe temporal, à 1 *centimètre* environ au-dessus de l'arête du rocher, en plein sur la circonvolution moyenne. Avec une large couronne, le trou est assez grand pour qu'on puisse voir et explorer les circonvolutions voisines et se porter de leur côté si besoin est.

La coloration du cerveau, sa projection immédiate dans l'ouverture faite à la paroi osseuse, sa tension sous le doigt, indiqueront l'existence d'un foyer purulent. Si ces signes font défaut, un trocart explorateur, prudemment manœuvré, ira chercher l'abcès et servira de conducteur au bistouri pour le débrider largement et en évacuer le contenu. Un drainage soigneux et longtemps maintenu permettra la cicatrisation du foyer. Nous n'avons pas à insister sur la nécessité de l'antisepsie la plus absolue, sur la prudence que le chirurgien doit apporter en ces manœuvres délicates.

Loin de nous la pensée de cacher les éventualités d'une pareille intervention. Plus souvent que ne le feraient croire les observations publiées, l'insuccès suivra ces tentatives, soit que l'abcès échappe à l'exploration (Weir, Schmiegelow, etc.), soit que l'étendue des lésions et leur multiplicité rendent la guérison impossible. Les résultats merveilleux de Barr, de Pratt, de Wheeler, qui ne comptent que 30, 25 et même 12,5 pour 100 d'insuccès, sont évidemment exceptionnels. Mais, n'obtint-on qu'une guérison sur dix opérés, la proportion serait encore suffisante pour autoriser l'intervention; car, en dehors de l'ouverture artificielle de l'abcès, la terminaison fatale est absolument inévitable.

Nous conclurons donc de cette étude :

1° Les abcès intra-crâniens qui succèdent aux suppurations de l'oreille moyenne, ne se décèlent pas d'habitude par un ensemble de symptômes qui leur soit propre; mais, en tenant compte des phénomènes morbides, il est possible d'en soupçonner l'existence.

2° Ces abcès siègent le plus souvent au voisinage du rocher. Le foyer sera rencontré dans le lobe temporo-sphénoïdal, vers sa partie moyenne ou postérieure, et près de sa face inférieure. C'est là qu'il faut l'aller chercher.

3° Quand la myringotomie et le nettoyage antiseptique de l'oreille moyenne, combinés avec la trépanation de l'apophyse mastoïde, ne produisent pas d'amélioration dans les phénomènes cérébraux; quand la thrombose des sinus et la méningite semblent pouvoir être éliminées et que l'abcès cérébral est probable, l'ouverture du crâne est autorisée.

4° Suivant que les symptômes indiquent une lésion du cerveau ou du cervelet, le trépan est appliqué directement au-dessus du méat auditif, à distance égale des deux verticales qui circonscrivent le pavillon de l'oreille, ou à un doigt plus en arrière, à hauteur ou près du bord supérieur du pavillon.

5° Le crâne, ouvert largement, la dure-mère est divisée,

et un fin trocart, enfoncé dans la substance cérébrale, indique la présence du pus, le siège du foyer, et sert de guide au bistouri.

6° L'abcès, largement ouvert, est prudemment nettoyé et drainé avec soin. Au besoin (Barr et Macewen), une contre-ouverture déclive assure l'écoulement du pus et favorise la cicatrisation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

La *correspondance* officielle comprend : 1° une lettre de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts contenant ampliation du décret qui autorise l'Académie à accepter le legs Tremblay ; 2° une lettre de M. le ministre du commerce et de l'industrie qui transmet le rapport de M. le docteur *Subert sur le service de la vaccine dans le département de la Nièvre en* 1887.

La *correspondance* manuscrite comprend : 1° une lettre de M. *Duboué*, correspondant de l'Académie à Pau, qui prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté ; 2° une lettre de M. *Doléris* qui demande à être compris parmi les candidats à la place vacante dans la section d'accouchements, maladies des femmes et des enfants.

De la procréation des sexes. — M. *Charpentier*, à propos du procès-verbal, ajoute quelques chiffres à ceux qui ont été fournis par M. Lagneau. Les restrictions faites par divers auteurs montrent qu'il n'y a actuellement aucune donnée précise sur les causes qui déterminent la création de tel ou tel sexe. Le sexe est déterminé non pas seulement par l'ovule ou les spermatozoïdes, mais par l'action réciproque de ces deux éléments. On est pourtant arrivé à certaines indications. Il semble assez nettement établi que lorsque l'homme est de dix ans au moins plus âgé que la femme et que celle-ci se trouve à l'âge de sa plus forte activité reproductrice, il naît plus de garçons que de filles. Le facteur fécondant qui est le plus énergique au point de vue du sexe, possède la propriété d'engendrer plus d'individus de son propre sexe. Enfin, le coït pratiqué tardivement (huit jours au minimum) après la menstruation favorise la production des garçons.

En un mot, il semble que le sexe tient à la qualité mâle ou femelle de l'ovule. Les ovules mâles seraient plus nombreux et plus aptes à être fécondés dans le jeune âge que dans un âge avancé. C'est au contraire pendant la période de pleine floraison de la femme, que les ovules femelles se trouveraient plus nombreux et plus aptes à être fécondés, et à ce moment la femme imposerait son sexe.

M. *Lagneau*. En ce qui concerne l'influence des âges relatifs des conjoints sur la sexualité des produits, les faits signalés par M. Charpentier corroborent ceux observés antérieurement chez les animaux, par Girou de Buzareingues et quelques autres éleveurs d'animaux domestiques, et chez les humains par Sadler, Hofacker, Baudin, Pappenheim et Bertillon père. Le conjoint plus âgé et plus vigoureux que l'autre conjoint semble avoir une influence prédominante sur le sexe des produits.

De la curabilité de la scrofule et de la tuberculose osseuse par les bains de mer en hiver. — M. le docteur *de Valcourt* (de Cannes) lit un travail sur ce sujet.

L'alcool et sa toxicité, les alcools dits supérieurs. — M. Laborde termine le travail dont il a commencé la lecture dans l'avant-dernière séance. Il répond d'abord aux objections faites par M. Dujardin-Beaumetz à la méthode des injections intra veineuses, puis il aborde l'étude expérimentale de l'essence de noyau.

La liqueur de noyau renferme 5 grammes d'essence ou de bouquet par litre, et ce bouquet se compose d'une petite quantité de benzonitrile et d'aldéhyde benzoïque qui donnent à la liqueur l'odeur d'amandes amères. M. Laborde étudie ces deux substances isolément, mais il fait connaître d'abord l'action d'ailleurs fortement toxique du produit complexe.

Dans deux expériences faites sur des chiens, les principaux symptômes observés ont été la raideur tétanique généralisée et l'arrêt de la respiration, alors que le cœur continuait à battre pendant quelques minutes. Dans un cas, M. Laborde avait procédé par injections intraveineuses, dans l'autre par injection stomacale. Dans les deux cas, les phénomènes ont été exactement les mêmes, la différence n'a porté que sur la rapidité de leur production et de la mort.

L'auteur étudie les effets toxiques à la suite d'absorption pulmonaire des produits volatils ; il raconte les accidents qu'il a éprouvés lui-même et qui l'ont mis dans un état de malaise considérable pendant plus d'un an.

M. *Dujardin-Beaumetz* applaudit aux conclusions de M. Laborde ; il ne diffère avec lui que sur la technique expérimentale. La méthode des injections intraveineuses lui paraît mauvaise dans la plupart des cas pour juger de la valeur toxique ou de la valeur thérapeutique du produit à expérimenter. Ainsi, en prenant pour exemple les sels de soude, de magnésie ou de potasse, on serait amené à conclure que la dose toxique est de 20 grammes pour les sels de soude, de 6 grammes pour les sels de magnésie, et de 2 grammes pour les sels de potasse, ce qui serait assurément très exagéré. Il en serait de même pour l'iodure de potassium, qui serait toxique chez l'homme à la dose de 25 centigrammes.

M. *Lancereaux*, n'ayant pas expérimenté sur les animaux, ne critiquera pas les expériences de M. Laborde ; mais il a observé depuis longtemps l'alcoolisme, et, quoiqu'on l'accuse de mettre beaucoup de choses sur le compte de l'alcoolisme, il ne lui a jamais attribué l'athérome généralisé et les lésions rénales que tout le monde lui attribue. D'autre part, l'alcool ne provoque pas d'affections convulsives, sauf quand il y a des lésions matérielles. L'absinthe, au contraire, donne bien des convulsions, mais ces convulsions ressemblent complètement à celles de l'hystérie et nullement à celles de l'épilepsie. En somme M. Lancereaux n'a jamais vu de cas d'épilepsie absinthique.

M. *Bouchard* veut dire deux mots en faveur des injections intraveineuses considérées non comme méthode thérapeutique, mais uniquement comme méthode expérimentale. Les injections intraveineuses lui paraissent le seul moyen de déterminer d'une façon précise la dose toxique des médicaments expérimentés.

M. *Laborde* répond aux critiques formulées contre les injections intraveineuses, et reprend les expériences citées par M. Dujardin-Beaumetz, et qui étaient déjà connues.

M. *Léon Labbé* pense que les injections intraveineuses peuvent parfois servir également en thérapeutique, et que, par exemple, M. Oré (de Bordeaux) a rendu un réel service lorsqu'il a fait connaître le traitement du tétanos par l'injection de chloral dans les veines.

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Folliculites et péri-folliculites décalvantes : M. Brocq. — Pleurésie hémorrhagique primitive : M. Troisier. — Traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olives à hautes doses : M. Chauffard. — Traitement des kystes hydatiques du foie.

M. *Brocq* donne lecture d'une note relative à un groupe restreint de faits qui se caractérisent : 1° par un processus inflammatoire folliculaire et périfolliculaire; 2° par une destruction complète de la papille pileuse donnant lieu à une alopécie définitive; 3° par la formation d'un tissu ayant plus ou moins l'apparence d'un tissu de cicatrice; 4° par une certaine tendance qu'ont les lésions à se systématiser et à se grouper. En clinique on distingue trois espèces principales : 1° la pseudo-pelade, dans laquelle le processus inflammatoire folliculaire et périfolliculaire n'est caractérisé que par une rougeur modérée et une légère tuméfaction du cuir chevelu, qui devient blanc mat, peu ou pas cicatriciel à la période de l'alopécie; 2° la maladie décrite par Quinquaud avec folliculites suppurées, discrètes, distinctes les unes des autres et aboutissant à une cicatrice simple, lisse; 4° le sycosis lupoïde, dans lequel les follicules forment une masse inflammatoire rouge, pustuleuse, croûteuse, avec épaississement et infiltration des tissus. Les lésions s'étendent par la périphérie, tandis qu'au centre se forme un tissu cicatriciel quelque peu irrégulier, induré, presque kéloïdien parfois.

L'acné kéloïdienne ou sycosis kéloïdien de la nuque pourrait peut-être aussi être rattaché à ce groupe.

M. *Juhel Renoy* a vu quelques cas de sycosis lupoïde; un entre autres, au niveau de la barbe, qui résiste à tous les traitements depuis vingt ans. Il a constaté histologiquement la destruction du bulbe pileux et l'atrophie de la substance médullaire du poil.

— M. *Troisier* rapporte un fait de *pleurésie hémorrhagique primitive terminée par guérison* (sera publié).

M. *Féréol* rappelle à ce propos l'observation d'un malade atteint de cirrhose, qui fut ponctionné deux fois pour une ascite, et chez lequel l'épanchement abdominal ayant disparu, se montra une pleurésie gauche dont le liquide retiré par la thoracentèse était nettement hémorrhagique. Ce liquide, rouge foncé, ne contenait pas cependant de globules rouges, mais de nombreux cristaux d'hématine. L'épanchement, s'étant reproduit, fut ponctionné de nouveau, et, depuis cette époque, le malade, bien que d'aspect cachectique, paraît guéri de sa cirrhose et de sa pleurésie. Comment interpréter cette pleurésie hémorrhagique; doit-on incriminer des troubles de circulation collatérale? en tout cas, il s'agit évidemment d'une variété différente de celle dont vient de parler M. Troisier.

M. *Troisier* pense qu'il devait exister des néo-membranes pleurales, ce qui n'empêche pas, on le sait, la guérison d'être possible. D'autre part, le processus inflammatoire paraît avoir été bien moindre que chez son malade.

M. *Féréol* n'a, en effet, pas constaté de signe franc de pleurite; aussi a-t-il considéré ce cas plutôt comme une sorte d'hémothorax.

M. *R. Moutard-Martin* partage cette manière de voir. D'autre part l'observation de M. Troisier est la seule qu'il connaisse de pleurésie fibrineuse hémorrhagique. On peut d'ailleurs toujours faire des réserves et conserver des doutes en pareil cas, puisque la guérison des malades ne permet pas d'avoir des preuves anatomo-pathologiques de l'existence ou de la non-existence des néo-membranes pleurales.

— M. *A. Chauffard* lit une note sur le *traitement de la lithiase biliaire par l'ingestion d'huile d'olives à hautes doses* (Sera publié).

M. *Renault* demande si ce traitement est applicable aux malades atteints d'ictère chronique d'origine calculeuse, chez lesquels la digestion des graisses est si difficile.

M. *Chauffard* rappelle que, dans deux des faits qu'il a cités, le traitement a amené un soulagement notable et une amélioration évidente de tous les symptômes chez des malades présentant un ictère, avec gros foie, depuis plusieurs semaines.

M. *Du Castel* demande si on retrouve chez les animaux en expérience les mêmes corps spéciaux que renferment les selles des malades soumis au traitement.

M. *Chauffard* a sacrifié les animaux de bonne heure, puisqu'il voulait rechercher la pénétration de l'huile du duodénum dans les voies biliaires. D'ailleurs, chez les animaux les conditions digestives étant différentes, il est peu probable que l'on retrouve les mêmes produits de dédoublement que chez l'homme.

M. *Debove* lit une note sur *le traitement des kystes hydatiques du foie* (Sera publié).

M. *Troisier* observe un malade auquel il a pratiqué la ponction simple et qui n'offre aucune récidive depuis deux ans. Il se demande si l'on peut le considérer comme guéri.

M. *Debove*, sans pouvoir fixer de limites précises, pense qu'au bout d'un an la guérison est très probable; c'est le délai qu'il a cru devoir attendre pour publier l'observation de sa malade.

M. *Gérin-Roze* a ponctionné, il y a douze ans, une malade chez laquelle aucune récidive ne s'est produite depuis; on voit donc que la ponction simple peut suffire à guérir le kyste hydatique. Il est d'avis que la ponction exploratrice, pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques, n'a aucun inconvénient.

M. *Debove* fait remarquer que personne ne conteste que la ponction simple puisse donner un certain nombre de guérisons. Quant aux dangers de la ponction exploratrice, ils sont établis par de trop nombreuses observations pour être douteux; le liquide, restant sous pression dans le kyste, peut filtrer dans le péritoine par la perforation de la paroi du kyste et amener des accidents redoutables. Il est évident que, loin des séreuses, la ponction exploratrice n'a plus de dangers.

M. *Gérin-Roze* a l'habitude de vérifier son diagnostic par une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz. S'il retire du liquide hydatique, il fait alors la ponction évacuatrice, et attend ensuite un certain temps pour voir si la guérison définitive a été obtenue.

M. *Siredey* a vu faire autrefois une ponction exploratrice par Moissenet, à la visite du matin, dans un gros kyste hydatique du foie : le soir, le malade était mort.

M. *Cadet de Gassicourt* se demande pourquoi M. Gérin-Roze commence par une ponction avec la seringue de Pravaz; il est plus simple de faire tout de suite avec l'appareil aspirateur une ponction qui est à la fois exploratrice et évacuatrice. Tout le monde semble s'accorder à trouver que c'est la meilleure manière de faire.

— La séance est levée à cinq heures.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Suture à distance : MM. Nicaise Despres. — Ballon de Petersen : MM. Tillaux. Després, Quénu, Périer. — Tétanos céphalique : M. Charvot, rapporteur : M. Terrillon (Discussion : MM. Verneuil, Tillaux, Reclus, Berger). — Extraction des balles de revolver dans les cavités de l'oreille : M. Berger (Discussion : MM. Terrillon, Després) — Corps étrangers de la vessie : M. Nicaise (Discussion : M. Després).

M. *Nicaise* rapproche du procédé de M. Després un procédé communiqué à la Société en 1882 par M. Decès (de Reims) et consistant dans la suture sans interposition de corps étrangers entre les parties avivées. M. *Després* répond que cela ne constitue pas un *avivement à distance*.

— M. *Després* critique à nouveau le ballon de Petersen. M. *Tillaux* au contraire s'en déclare partisan et présente sept pierres qu'il a extraites d'une vessie par la taille hypogastrique ainsi pratiquée. Il insiste sur les cas où l'on ne peut pas distendre la vessie, et signale en particulier le cathétérisme rétrograde. M. *Quénu* a pratiqué deux fois la taille sus-pubienne : une fois, chez l'enfant, pour un calcul ; une fois pour une tumeur. Il affirme que le ballon facilite considérablement la besogne. Mais il ne faut pas trop le distendre. M. *Périer* recommande aussi de bien surveiller le degré de résistance du piston et, en outre, de choisir un ballon spacieux, pour qu'on soit bien sûr de lutter contre le rectum seul et non contre la tension élastique du ballon.

— M. *Terrillon* lit un rapport sur une observation de *tétanos céphalique consécutif à une plaie contuse de la région malaire* (coup de pied de cheval), par M. *Charvot*. Au septième jour débuta une paralysie faciale du côté blessé ; le lendemain vint le trismus. Les spasmes se généralisèrent au cou, au thorax, à l'abdomen, et le malade mourut asphyxié. M. Terrillon rappelle que récemment, en collaboration avec M. Schwartz, il a publié dans la *Revue de chirurgie* un travail montrant qu'il y a deux formes dans le tétanos céphalique ; l'une reste localisée à la tête, l'autre se généralise. Le fait caractéristique, bien établi par Rose, est le début par une paralysie faciale. On peut donc l'appeler tétanos hémiplégique.

M. *Charvot* a essayé la section du nerf sous-orbitaire et n'a obtenu aucun résultat. A signaler encore l'étiologie équine.

M. *Verneuil*, à propos de la localisation autour de la plaie initiale, dit que cela a été récemment constaté par M. Nocard dans ses inoculations.

M. *Tillaux* a observé il y a quinze jours un tétanos hydrophobique sans trismus, sans opisthotonos, consécutif à une plaie non de la face, mais du membre supérieur. M. *Verneuil* a vu des faits analogues, mais il préfère les appeler : tétanos pharyngien. Dans ces cas, l'asphyxie est la cause principale de la mort, et il a pu guérir un malade par la trachéotomie. M *Tillaux* adopte le nom de tétanos hydrophobique parce qu'il y a une grande analogie symptomatique avec les spasmes pharyngiens de la rage.

M. *Reclus* vient d'observer un cas de tétanos sur une femme opérée sept jours auparavant de suture de la vessie, dans la même salle où M. Richelot avait vu éclater peu de temps auparavant deux cas, au septième jour également, la plaie étant réunie. C'est important pour déterminer la durée d''incubation.

MM. *Berger* et *Terrillon* font ressortir une confusion quelquefois faite entre le tétanos hydrophobique ou pharyngien et le tétanos céphalique, caractérisé au début par une paralysie faciale.

— M. *Berger* fait une communication *sur l'extraction des balles de revolver enclavées dans l'oreille*. En général, l'extraction immédiate des projectiles de petit calibre est proscrite. Mais ici, vu la communication libre avec l'air, avec le pharynx, l'infection, la suppuration, la nécrose sont inévitables, heureux encore quand le malade ne meurt pas de méningite ou d'abcès cérébral. Or, avec l'appareil électrique Trouvé, l'exploration précise est possible et le chirurgien a un guide précieux. En opérant ainsi, après avoir désinséré et rabattu le pavillon de l'oreille, M. Berger vient d'obtenir deux succès. Dans un cas, l'extraction fut aisée ; dans l'autre il fallut évider à la curette tranchante le projectile solidement enclavé. Ce dernier malade avait une paralysie faciale avec perte du goût, fait noté également par Thiéry (*Société anatomique*, 1888) et confirmant la théorie de Lussana sur la corde du tympan.

M. *Terrillon* a pratiqué avec succès une extraction semblable trois mois après la blessure.

M. *Després* n'admet l'intervention que si la suppuration et la nécrose sont établies. Il cite trois observations personnelles, avec deux guérisons. Mais M. *Berger* ne se déclare pas convaincu par elles et ne sait pas trop si, comme le pense M. Després, le projectile est enclavé dans les cavités de l'oreille.

— M. *Nicaise* présente une canule d'irrigateur Eguisier qu'il a pu retirer de la vessie à l'aide du redresseur de Colin. Le canal a été ainsi parcouru par un corps ayant 12 millimètres de diamètre et il l'a fort bien supporté.

M. *Després* pense que, quand l'extraction par les voies naturelles échoue, la taille périnéale est préférable à la taille hypogastrique.

— M. *Bazy* lit une observation d'*anévrysme crisoïde de la main*.

A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

Procédé pour injecter l'intérieur d'une cellule : M. Chabry. — Sur la nature du test des arthropodes : M. Pouchet. — Dégénérescence amyloïde expérimentale : MM. Bouchard et Charrin. — Sur l'immunité conférée par les matières solubles produites par les microbes : MM. Charrin et Ruffer. — De la transmission des ondes sonores par la chaîne des osselets : M. Gellé. — Sur la production des sexes à volonté : M. Dupuy. — Pils au bisulfate de mercure : M. Gréhant.

M. *Pouchet* présente une note de M. *Chabry*, qui a imaginé un procédé grâce auquel il peut injecter l'intérieur d'une cellule au moyen de petites canules en verre dont le diamètre n'est pas supérieur à 1 millième de millimètre.

— M. *Pouchet* fait une communication sur la nature du test des arthropodes qui, d'après lui, n'est ni le produit d'une sécrétion, ni un organe, mais un élément anatomique enveloppant tout l'animal.

— M. *Charrin* a observé, avec M. *Bouchard*, deux cas de dégénérescence amyloïde expérimentale chez le lapin : l'un de ces animaux avait été inoculé avec une culture de pyocyanine ; on avait, à une certaine période de l'affection qui s'était développée chez lui, constaté la présence d'albumine dans les urines ; à l'autopsie, on trouva une dilatation des tubes contournés des reins, une dégénérescence étendue à tous les glomérules. L'autre animal, qui avait été rendu tuberculeux par inoculation et qui avait également présenté de l'albumine dans ses urines, fut trouvé, à l'autopsie, atteint d'une semblable dégénérescence amyloïde.

— M. *Charrin*, dans des recherches faites en commun avec M. *Ruffer*, a pu conférer à des lapins l'immunité contre la maladie pyocyanique en leur injectant les matières solubles produites par le microbe dans des milieux de culture. M. Bouchard avait déjà démontré ce fait de l'immunité déterminée par les matières solubles, mais en recueillant celles-ci à l'état où le microbe les produit dans l'organisme, en les recueillant dans les urines d'un animal inoculé.

— M. *Gellé* rappelle qu'on a discuté beaucoup pour savoir si les ondes sonores passent par la fenêtre ronde ou se transmettent par la chaîne des osselets à la fenêtre ovale. Il décrit le dispositif d'une expérience schématique qui démontre le rôle important des corps solides dans la transmission des sons, et, par analogie, permet de supposer que les ondes sonores doivent surtout se transmettre par la chaîne des osselets.

— M. *Dupuy*, d'après une statistique qui porte sur plus de deux cents familles, croit pouvoir poser une règle, tout empirique d'ailleurs, relative à la production des sexes. Cette règle ne s'applique pas au premier enfant à naître d'un couple donné; mais, le sexe de celui-ci connu, la règle lui a toujours paru immuable : le deuxième enfant est du même sexe que le premier s'il doit naître dans un mois similaire (le mois étant ramené à la période menstruelle de trente jours); par exemple, si le premier enfant, né en janvier, est un garçon, le deuxième sera un garçon également s'il doit naître en mars, mais il sera du sexe féminin, s'il doit naître dans le mois alternant.

— M. *Gréhant* décrit une pile dont la disposition rappelle celle des piles de Wollaston et de Marié-Davy. C'est une pile à deux liquides (zinc amalgamé et charbon dans un liquide composé de bisulfate de mercure, acide sulfurique et eau), qui ne fournit pas un courant bien constant, mais qui est d'un emploi très commode dans les laboratoires, n'émettant ni odeur, ni vapeurs.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Des phénacétines : M. Dujardin-Beaumetz (Discussion : MM. Hénocque, Wurtz). — Le lait d'ânesse contre la diarrhée : M. Créquy (Discussion : M. Hénocque).

M. *Dujardin-Beaumetz*, avant de compléter ses précédentes communications sur les *phénacétines*, tient à faire savoir qu'un certain fabricant allemand a composé une circulaire-réclame dans laquelle il publie des extraits de ces diverses communications; mais cet industriel a constamment fait suivre le mot phénacétine de son propre nom en guise de marque de fabrique. Or jamais M. Dujardin-Baumetz n'a prononcé ce nom; s'il a étudié les propriétés des phénacétines comme succédanés de l'antipyrine, c'est précisément pour lutter contre le monopole attaché à cette dernière substance; il se serait donc bien gardé de préconiser pour la phénacétine un monopole ou une marque de fabrique quelconque. La paraphénacétine est aujourd'hui répandue dans le commerce; tous les pharmaciens peuvent la préparer; c'est un corps défini, toujours identique, quelle que soit sa provenance.

La paraphénacétine mérite d'être envisagée comme analgésique et comme antithermique. Comme analgésique, elle se range à côté de l'antipyrine et de l'acétanilide; mais sa toxicité, à peu près nulle, est moindre que celle de ces deux autres produits. On peut d'ailleurs classer ces trois corps par ordre de toxicité décroissante : acétanilide, antipyrine, phénacétine. L'acétanilide, employée comme analgésique chez les individus non fébricitants, produit assez facilement des accidents de cyanose parfois inquiétants.

L'antipyrine, que G. Sée déclare n'être pas toxique, ne détermine point, à coup sûr, d'accidents graves aux doses ordinaires, mais elle produit dans quelques cas chez l'adulte, aux environs de la dose de 6 grammes, une sorte de rash scarlatiniforme accompagné de quelques phénomènes généraux. M. Dujardin-Beaumetz a constaté ces manifestations d'ordre toxique chez une jeune fille choréique qui prenait, d'une façon suivie, 3 grammes d'antipyrine par jour.

La phénacétine ne détermine jamais la cyanose ni l'éruption d'un rash; elle produit cependant parfois, à la dose de 2 à 3 grammes, une légère sensation de refroidissement ou quelques vertiges.

Il faut tenir compte d'ailleurs de la prédisposition individuelle; c'est affaire d'idiosyncrasie. Jamais chez les animaux, même à très hautes doses, elle ne donne d'accidents mortels. Peut-être ce défaut de toxicité est-il dû à ce que la phénacétine étant fort peu soluble, son absorption par les voies digestives se produit très lentement. Existe-t-il des indications particulières pour chacun de ces médicaments en vue de calmer la douleur? Il est évident, tout d'abord, que l'élément douleur est trop complexe et trop variable suivant les circonstances pour qu'il ne soit pas indispensable de distinguer plusieurs formes. Lorsqu'il s'agit, par exemple, de la migraine à forme congestive, l'antipyrine doit être préférée, et elle procure presque toujours une guérison rapide. Au cas de névrite et des douleurs si vives qui l'accompagnent, l'acétanilide fournit les meilleurs résultats; on doit y recourir en particulier contre les douleurs des tabétiques. Enfin, pour combattre les douleurs qui forment le cortège du nervosisme, de l'hystérie, de la neurasthénie, on obtiendra plus aisément le succès en employant la phénacétine. Quant aux douleurs du rhumatisme, qu'il soit pyrétique ou non, la meilleure médication à leur opposer est encore le salicylate. Malheureusement un certain sombre de malades ne peuvent le supporter et l'on peut alors recourir, non pas à l'acétanilide qui ne vaut rien en pareil cas, mais à l'antipyrine ou à la phénacétine; cette dernière offre l'avantage de ne jamais déterminer les douleurs gastriques, qui sont trop souvent la conséquence de l'ingestion un peu prolongée de l'antipyrine.

Comme antithermique, ces trois médicaments présentent des différences assez tranchées. L'acétanilide ne donne que des résultats déplorables et détermine vite la tendance à la dépression et la cyanose. La phénacétine est, en pareil cas, un agent médiocre, car elle produit parfois une chute de température excessive, disproportionnée à la dose ingérée; on peut voir un abaissement de 2 à 3 degrés avec une dose de 50 centigrammes. L'antipyrine est certainement le meilleur agent antithermique; mais il faut bien reconnaître qu'elle ne possède pas plus que les autres substances de même ordre le pouvoir d'arrêter l'évolution de la maladie dont la fièvre est une manifestation. Peut-être ne doit-on pas la regarder comme dangereuse en pareil cas, ainsi que le pensent A. Robin et les médecins lyonnais; mais il est bien établi que dans la fièvre typhoïde, par exemple, elle abaisse la température sans diminuer la durée ni la léthalité de l'affection. On pourrait même se demander peut-être si les médicaments antithermiques, en général, sont bien utiles et méritent d'être conservés? En résumé, la phénacétine constitue avant tout un excellent analgésique. M. Dujardin-Beaumetz demande en terminant à M. Hénocque s'il a étudié les modifications du sang sous l'influence de la phénacétine, et en particulier de la méthémoglobine.

M. *Hénocque* déclare tout d'abord souscrire entièrement aux conclusions de M. Dujardin-Beaumetz. L'acétanilide est un mauvais antithermique qui diminue très notable-

ment l'oxyhémoglobine et ralentit d'une façon excessive la durée des échanges. Il l'a expérimentée sans succès chez les épileptiques; il semble d'ailleurs à priori que l'on ait à tort conseillé l'acétanilide en pareil cas, puisque l'épilepsie se caractérise précisément par le ralentissement marqué des échanges. L'acétanilide ne détermine la production de méthémoglobine que lorsqu'elle a déjà amené une diminution considérable de l'oxyhémoglobine. L'antipyrine paraît diminuer faiblement la quantité d'oxyhémoglobine et la durée des échanges. Elle amène *in vitro* la production de méthémoglobine, mais à des doses bien supérieures à celles qui sont usitées en thérapeutique. Quant à la phénacétine, il n'a pas été institué d'expériences probantes à ce sujet.

M. *Wurtz* ne pense pas que l'on puisse attribuer le défaut de toxicité de la paraphénacétine à son peu de solubilité, puisqu'elle est relativement bien plus soluble que l'acétanilide, qui est, au contraire, beaucoup plus toxique.

— M. *Créquy* a eu l'occasion, récemment, de constater les heureux effets du lait d'ânesse pour combattre une diarrhée rebelle. Il rappelle, d'ailleurs, que Parrot avait vanté le lait d'ânesse pour l'élevage des enfants débiles, et avait préconisé son action contre la diarrhée des nourrissons; c'est ce qui a engagé M. Créquy à y recourir chez une de ses malades. Il s'agit d'une jeune fille de dix ans et demi qui fut atteinte d'une fièvre typhoïde ayant duré vingt-cinq jours; mais au moment où la convalescence aurait dû s'affirmer franchement, la diarrhée persista, puis devint incoercible, et s'accompagna de vomissements. La nutrition devenait impossible, l'épuisement était extrême en dépit de tous les traitements mis en œuvre, et l'on pouvait même prévoir une terminaison fatale à courte échéance; M. Créquy, en désespoir de cause, eut recours au lait d'ânesse administré par petites quantités. Le lait fut bien supporté, l'amélioration se montra rapidement avec la suppression de la diarrhée, et la guérison fut bientôt complète. Le lait d'ânesse constitue, en pareil cas, une précieuse ressource à laquelle on a peut-être le tort de ne pas recourir assez souvent.

M. *Hénocque* a parfois employé le lait d'ânesse chez des adultes et lui a trouvé une action laxative. Peut-être s'est-il agi de simples coïncidences; mais ce lait a dans le public la réputation bien établie d'être un laxatif. C'est là un fait à vérifier.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

Société anatomique.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Vignard* montre une pièce de *kystes séreux simples de la mamelle*.

— MM. *Netter* et *Delpeuch* font une communication sur les microbes pyogènes et saprogènes trouvés à l'autopsie d'un sujet mort de *carie du rocher* avec phlébite du sinus et gangrène pulmonaire.

— M. *Cornil* décrit les *lésions des glandes en tube de l'intestin, dans leurs rapports avec la production des fausses membranes*.

— M. *Tison* présente un *cancer du rein*.

— M. *Thibierge* fait voir un *décollement épiphysaire du fémur* probablement dû à l'ostéomyélite aiguë chez un enfant syphilitique.

— M. *Chipault* fait une communication sur un cas de *varices lymphatiques de la peau*.

REVUE DES CONGRÈS

(Suite. — Voyez les n°s 40 et 41.)

Sir Spencer Wells a observé un malade chez lequel on a pratiqué, il y a quarante ans, le drainage d'un abcès pulmonaire; à cette époque, on constatait des symptômes de phthisie pulmonaire et un abcès s'était formé dans l'aisselle droite; on le prit pour un abcès glandulaire, on l'ouvrit et on s'aperçut que la cavité se prolongeait jusque dans le poumon; actuellement, l'opéré est en bonne santé. M. *Ward Cousins* a abandonné l'usage de l'aspirateur dans les cas de collection purulente intrathoracique et il emploie le drainage pendant une ou deux semaines. Dans beaucoup de cas on est obligé de pratiquer plusieurs incisions, mais il faut autant que possible s'abstenir d'irrigations; une fois la plaie guérie, il faut dilater le thorax par des exercices gymnastiques appropriés. M. *Jessop* est d'avis que, quel que soit le siège de la collection purulente, il faut l'évacuer, sans avoir peur d'ouvrir largement le thorax qui supporte très bien des opérations en apparence très graves. Suivant M. *Duncan*, le drainage de la plèvre est bien plus facile quand on enlève un petit morceau de côte, pourvu qu'on emploie un tube court et gros. Quand l'empyème est très ancien, on obtient de meilleurs résultats par la résection costale que par l'incision simple. M. *Griffiths* a soigné, à l'infirmerie de Leeds, une cinquantaine de cas de suppuration intrathoracique, l'incision suffit presque toujours; la résection costale ne doit être pratiquée que dans des cas exceptionnels, car le drainage se fait tout aussi bien sans elle. M. *P. Teale* fait observer que les symptômes les plus caractéristiques de l'abcès pulmonaire sont: l'expectoration abondante de pus fétide et la présence, dans la plèvre, d'un épanchement séreux.

M. *Andrew Smart* vient d'observer un cas de pyopneumothorax sous-diaphragmatique chez un jeune homme âgé de quinze ans et qui souffrait depuis deux mois de douleurs dans l'abdomen et le thorax. L'abcès fut évacué; il passait en arrière du rein droit et atteignit le rein droit. La guérison fut rapide.

Un cas intéressant de fièvre survenue à la suite du cathétérisme de la vessie a été communiqué par *sir Andrew Clark*. Il s'agit d'un homme qui, avant l'introduction du cathéter, jouissait d'une bonne santé; les premiers symptômes ont été généraux et non pas locaux; les bactéries n'ont fait leur apparition dans l'urine qu'au bout de trois jours. On a dit que le *catheter fever* ne survient que chez les gens qui sont depuis longtemps atteints d'une affection de l'appareil urinaire, or ce n'est pas le cas ici. S'agissait-il d'une fièvre septique? L'huile employée par le malade pour enduire le cathéter avait probablement séjourné longtemps chez lui; elle avait une odeur de vieille huile, mais ne contenait pas de bactéries. Les symptômes ne s'expliqueraient pas en admettant qu'un poison de la nature des ptomaïnes avait pénétré dans le sang. Ce n'était pas non plus une pyohémie; quelle a été la cause de ces accidents graves? M. Andrew Smart pense que l'introduction du cathéter aura produit une irritation de l'urèthre qui, à son tour, a amené des désordres circulatoires réflexes dans l'appareil urinaire.

Sur 55 cas de rétrécissement de l'urèthre traités à Saint-Peter's Hospital à Glasgow, M. *Hurry Fenwick* a noté que la plupart des malades étaient âgés de vingt à trente ans au moment où le rétrécissement a été constaté; après quarante-cinq ans, le nombre des cas diminue rapidement. La portion de l'urèthre la plus fréquemment atteinte est à 12 centimètres du méat. La proportion des rétrécissements simples et multiples a été de 2 à 1 environ; dans deux cas, on a trouvé cinq rétrécissements; deux fois seulement on n'a pas réussi à introduire la bougie dans l'urèthre. Les deux tiers des malades avaient attendu, pour consulter le médecin, que le calibre de l'urèthre eût diminué de moitié. Les divers moyens de traitement adoptés ont été la dilatation (graduelle, continue ou rapide), l'uréthrotomie (interne ou externe) et l'électrolyse; cette dernière n'est guère applicable qu'aux cas récents de rétrécissement annulaire. L'uréthrotomie interne a été pratiquée sur 10 pour 100 des malades et a occasionné un décès. L'uréthrotomie externe a été faite une fois seulement et a été suivie de mort chez un individu de soixante ans dont l'urèthre avait été perforé par un calcul. On a fait usage de la dilatation graduelle dans 73.4 pour 100 des cas, de la dilatation rapide dans 15 pour 100 et de la dilatation conti-

nue dans deux cas seulement. Les complications les plus fréquentes ont été la syphilis (qui ne paraît pas avoir d'influence sur la nature du rétrécissement), les fistules et les calculs vésicaux ou uréthraux; chez un malade, on a trouvé onze calculs dans un abcès périnéal. Le traitement de la dilatation graduelle n'a jamais occasionné de complications; on a noté des frissons dans 15 pour 100 des cas traités par la dilatation rapide et dans 40 pour 100 des uréthrotomies internes.

M. *Keyes* (de New-York) s'élève contre le traitement du rétrécissement de l'urèthre par l'électrolyse, d'après de nombreuses observations qu'il a pu en faire. L'électricité négative de cinq milliampères ou au-dessous, administrée à de longs intervalles pendant une période de plusieurs mois, est absolument incapable de modifier la structure du rétrécissement; cette méthode ne constitue pas un progrès et ne présente pas des avantages plus grands que les méthodes ordinaires de dilatation.

Le traitement électrique des tumeurs extérieures peut être essayé, d'après *Sir Spencer Wells*, dans les cas où l'excision de la tumeur expose à de trop grands dangers; l'hystérectomie lui paraît devoir toujours rester le meilleur mode de traitement des fibromes pédiculés. C'est aussi l'avis de MM. *Braithwaite* (de Leads), *Imbach*, *Edis* (de Londres) et de M. *Garret Anderson*. Par contre, MM. *Aveling* (de Londres), *Oliver* (de Newcastle), *A. Routh*, *More Maden* (de Dublin), *Pasquali* et *Apostoli* se prononcent pour la mise en pratique plus fréquente du traitement électrique, tout au moins contre les douleurs et les hémorrhagies.

D'après M. *Simpson* (d'Edimbourg), il faut classer les causes de la mort intra-utérine comme il suit : 1° Parmi les causes fatales, les maladies aiguës qui peuvent atteindre le fœtus dans la matrice; il a observé un cas où le fœtus mort a été expulsé trois semaines après une attaque de variole; il était couvert de pustules. Lorsque plusieurs grossesses se terminent par la naissance de fœtus morts, on peut quelquefois reconnaître, comme cause des affections chroniques du fœtus lui-même, par exemple l'hydropisie, le scléréme, les lésions de la rate dues à la malaria, etc. Enfin le fœtus peut succomber à un accident, tel que torsion du cordon, formation de nœuds, etc.; il a vu un cas dans lequel le cordon était enroulé autour du cou et d'une jambe de telle façon qu'il devait être comprimé à chaque mouvement des extrémités inférieures; cette anomalie avait amené la mort du fœtus.

2° Les causes maternelles comprennent entre autres l'atrophie jaune aiguë du foie, l'empoisonnement par les sels métalliques, les lésions valvulaires, l'anémie, la leucémie; parmi les affections locales, les inflammations et déplacements de la matrice, qui peuvent avoir pour conséquences le placenta prævia, des hémorrhagies, l'hydrorrhée des femmes enceintes, etc.

3° Les causes placentaires sont les plus fréquentes et les plus importantes; un fœtus monstrueux, incapable de vivre une fois séparé de la mère, peut fort bien arriver au terme quand le placenta est sain; en revanche, une altération apparemment peu importante de cet organe peut suffire à amener la mort du fœtus.

A propos de deux cas de symphysiotomie pratiquée avec succès, M. *Morisani* (de Naples) estime que cette opération doit avoir pour sa limite inférieure d'applicabilité 67 millimètres d'espace utile, quoique, à ce point-là, elle ne soit pas absolument innocente; elle doit être précédée par une application prudente du forceps; dans le cas où celle-ci n'atteint pas son but, il ne faut pas la renouveler ni même trop y insister. Le fœtus étant mort ou compromis dans sa vitalité, la symphysiotomie est une mauvaise opération. D'autre part, les statistiques relatives à cette opération doivent être refaites, puisque les perfectionnements dans l'antisepsie permettent d'espérer de meilleurs résultats. Le même chirurgien relate quatre cas de myo-fibromes de l'utérus, traités avec succès par l'incision bilatérale et l'énucléation. Cette opération est indiquée surtout dans les tumeurs interstitielles et peut être accomplie en un ou deux temps. Pour qu'elle soit possible, il faut avant tout que le col de l'utérus soit dilaté, ce qu'il obtient par l'incision bilatérale de Sims, suivie du tamponnement et d'injections hypodermiques d'ergotine. Une autre condition indispensable, c'est l'ouverture de la capsule du néoplasme; cela fait, on peut pratiquer l'énucléation totale ou partielle selon les cas. La comparaison entre l'énucléation, l'hystérotomie et l'hystérectomie fait ressortir d'une façon indiscutable les avantages de la première.

M. *Candia* émet l'avis que l'amputation de la portion sous-vaginale du col de l'utérus est indiquée dans les métrites et les érosions qui ont résisté aux processus communs, et quand il s'agit de réduire aux dimensions normales l'utérus et le col hypertrophiés. Comme manuel opératoire, je donne la préférence à la méthode de la taille et de la suture. M. *Turretta* fait des réserves à l'égard des érosions, pour lesquelles les moyens ordinaires et surtout le raclage peuvent être considérés comme généralement suffisants. M. *Cosentini* pense que l'amputation doit être réservée aux cas de déformation du col de l'utérus; les autres moyens, comme le raclage, les cautérisations, l'excision, la suture d'Emmet, etc., étant suffisants dans les cas ordinaires. M. *Morisani* exprime, à son tour, des doutes sur l'efficacité de l'amputation dans les cas d'affections tenaces de la muqueuse cervicale, avec ou sans hypertrophie; cette opération écourte le col et le procédé ordinaire ne permet pas d'enlever toute la muqueuse lésée. C'est seulement dans les cas de métrite parenchymateuse rebelle aux autres moyens curatifs, même aux cautérisations, qu'il ne s'opposerait pas à l'amputation.

Un cas rare de gestation extra-utérine a été rapporté au Congrès de Naples par M. *Morisani*. Les symptômes montraient d'une façon évidente qu'un kyste extra-utérin s'était rompu et avait donné passage au fœtus dans la cavité péritonéale et de là dans l'intestin. Après quelques jours, les mouvements fœtaux s'arrêtèrent et il s'ensuivit une fièvre précédée par des frissons, un écoulement sanguin par les voies génitales, une perte très abondante de matières fétides par l'anus, et la procidence d'un pied à travers cette ouverture. La malade ayant été reçue dans ces conditions, on put, avec beaucoup de précautions, extraire un fœtus de cinq mois tout à fait normal; la main, introduite de nouveau dans le rectum, ne trouva aucune trace de placenta. La malade guérit complètement. Outre l'absence du placenta — qui s'était probablement désintégré et avait été expulsé en débris par l'anus, — ce cas est intéressant à cause de l'absence du cordon ombilical, l'ombilic étant représenté par un trou communiquant avec la veine ombilicale. L'histoire de la science ne cite que trois cas où le fœtus extra-utérin soit sorti par l'anus dans un état d'intégrité parfaite; ils appartiennent à MM. Pigeolet, Burkhardt et Irisak. Les autres quatre cas d'expulsion du fœtus extra-utérin par l'anus, appartenant à MM. Woodbury, Howard, Janvrier et König, se rapportent à des fœtus déjà macérés. L'absence du cordon ombilical peut être expliquée par la compression qu'il doit supporter à la suite de la rétraction cicatricielle de la fente déchirée du kyste. M. *Candia* se loue de l'application de la cocaïne à 4 pour 100 en badigeonnages, en injections hypodermiques et en injections parenchymateuses, comme moyen d'anesthésie dans le raclage de la cavité utérine.

D'après M. *Parker* (de Londres), la cause du pied bot est une position vicieuse du membre inférieur pendant la vie intra-utérine. Chez l'enfant qui n'a pas marché, de tous les os du pied, c'est l'astragale qui est le plus déformé; la tête est repoussée en dedans et en avant, et la forme de l'os rappelle celle qu'on observe chez le singe. L'obstacle principal au redressement du pied est la capsule astragalo-scaphoïdienne, membrane très résistante, formée par le ligament astragalo-scaphoïdien et par la portion antérieure du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne. Aussi faut-il commencer le traitement le plus tôt possible après la naissance : diviser sous le chloroforme la capsule astragalo-scaphoïdienne, ainsi que le tendon d'Achille, souvent aussi l'aponévrose plantaire, puis redresser complètement le pied et le fixer dans un bandage plâtré. La tarsectomie n'est jamais nécessaire avant quinze ans. Quand l'extrémité inférieure tout entière est tournée en dedans, on peut corriger cette position vicieuse par l'ostéotomie du fémur.

M. *Noble Smith* préfère, avant la douzième année, le bandage plâtré, qu'il faut renouveler tous les dix jours. M. *Ogston* affirme que le pied bot véritable n'est jamais causé par une paralysie; il est le symptôme le plus frappant d'une difformité qui se produit pendant la vie intra-utérine et qui atteint toute l'extrémité inférieure; il y a torsion en dedans de tout le membre et du pied en particulier; la rotation en dehors, qui doit se produire graduellement chez le fœtus, fait défaut, de sorte qu'en définitive c'est à un arrêt de développement que nous avons affaire. Aussi le point capital du traitement est-il celui-ci : diviser ce que l'on ne peut distendre et ne diviser jamais un tendon dans sa gaîne. Chez les jeunes enfants, il commence le traitement de bonne heure, à six semaines par exemple; il donne du chloroforme,

redresse le pied autant que possible et l'entoure d'un bandage plâtré appliqué directement sur la peau ; il laisse le bandage en place pendant six semaines, puis corrige de nouveau la position du pied; il continue de cette manière jusqu'à ce que le pied soit un peu en abduction et il divise toujours le tendon d'Achille. Le traitement dure presque une année et le nombre des bandages appliqués pendant ce temps est de huit à douze. A partir de la troisième année, on peut être obligé de faire une opération; il donne alors la préférence à l'excision de l'astragale, recommandée par Lund; il l'a pratiquée avec d'excellents résultats dans cinq cas très graves.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

Du traitement du coryza diphthéritique par le menthol, par M. R. Cholewa. — Le nombre des cas rapportés par l'auteur est bien restreint. Il en signale deux seulement; l'un surtout dans lequel l'emploi de l'eau de chaux n'avait procuré que des résultats négatifs.

La pratique de M. Cholewa consiste à badigeonner la muqueuse des cavités nasales avec une solution huileuse de menthol à 20 pour 100. Sous l'influence du topique, les fausses membranes disparaîtraient et la tuméfaction de la pituitaire s'atténuerait dans l'espace de quelques heures. On connaît, ajouterons-nous, les propriétés antiseptiques du menthol, que l'on a essayé dans ces derniers temps contre les laryngites tuberculeuses et la phthisie. (*Therap. Monat.*, 1888, n° 67.)

De l'eau chloroformée comme agent antiseptique, par M. Salkowsky. — Cet observateur a essayé de mesurer l'action parasitaire du chloroforme sur les agents animés des fermentations. Il a constaté une diminution de la vitalité des microbes et un ralentissement manifeste des fermentations alcoolique, lactique et putride.

L'eau chloroformée modifie énergiquement la vitalité du bacille comma; d'autre part elle peut être employée comme un désinfectant, et en pharmacie, comme un moyen de conserver les préparations de pepsine, de trypsine et d'autres substances fermentescibles d'origine animale. Ces ferments conservent leurs propriétés; car, si l'eau chloroformée est un microbicide, elle ne possède pas la propriété de détruire les ferments non figurés. (*Th. pharmaceut. journal*, 30 juin 1888.)

Des injections parenchymateuses de strychnine contre la spléno mégalie, par M. H. Jacantini. — Ces essais ont été pratiqués avec une solution de strychnine au six-centième dont on injectait vingt gouttes dans le tissu splénique, de préférence aux solutions d'ergotine parce que l'action de cet alcaloïde est plus durable et moins vive sur le tissu propre de l'organe.

Sous l'influence de cette médication M. Jacantini aurait noté la réduction du volume du foie des individus atteints de malaria, sans augmentation de la température; une amélioration de l'état général et l'absence de tous les inconvénients résultant des autres substances vulgairement ou habituellement employées. (*Deut. med. Zeit.*, 7 mai 1888.)

De la préparation des injections sous-cutanées de quinine, par M. Beuermann. — Le but que se proposait l'auteur était de donner la formule d'une solution de quinine dont l'injection hypodermique soit exempte de douleur et de réaction locale.

Il obtint un sel neutre par la solution de vingt parties de chlorhydrate de quinine dans une partie d'acide chlorhydrique pur et quinze parties d'eau. La solution est filtrée et chaque seringue de Pravaz contient 80 centigrammes d'hydrochlorate de quinine. M. Beuermann a pratiqué une série de cent injections hypodermiques au moyen de ce liquide sans provoquer ni douleur, ni accidents. Il a vu la température des typhiques s'abaisser et la douleur des névralgies et du rhumatisme s'atténuer sans provoquer les phénomènes consécutifs habituels après l'ingestion des sels de quinine par la voie stomacale. (*Wiener Med. Blatt.*, 1888, n° 16.)

De l'emploi de l'alaninate de mercure, par M. de Luca. — Ce produit est obtenu en dissolvant une partie d'alanine dans vingt parties d'eau distillée et en traitant cette solution par l'oxyde de mercure. Les cristaux ainsi obtenus se dissolvent dans trois parties d'eau et donnent des solutions faiblement colorées et résistant à l'action de la lumière.

L'alaninate de mercure possède les propriétés générales des sels de ce métal et M. de Luca en a fait usage sous forme de solution au quinzième par la méthode hypodermique en injections dans le tissu cellulaire ou musculaire. La dose quotidienne était d'un demi à un centigramme. Il a pu traiter ainsi les accidents secondaires de la syphilis sur vingt individus âgés pour la plupart de vingt-trois ans. Le nombre des injections a été en moyenne de vingt-sept et le résultat, favorable à ce nouveau sel mercuriel. (*La Riforma med.*, mai 1888.)

De l'action diurétique de l'acide salicylique, par M. Huber. — Dans le but de vérifier les affirmations de divers observateurs, l'auteur a suivi vingt-cinq cas de rhumatisme et constaté l'augmentation quantitative de la sécrétion urinaire dans vingt et un après l'administration de cet acide. Il en fut de même chez des malades atteints de pleurésie. Il vit la quantité des urines s'élever dans les vingt-quatre heures de 500 à 700 grammes.

La dose diurétique d'acide salicylique était de 2 grammes et demi par jour; la diurèse augmentait dès le premier jour et continuait les jours suivants. Par contre, on ne saurait conseiller l'emploi de cette médication dans la fièvre typhoïde et encore moins au cours des néphrites, de sorte que son indication, d'après l'auteur, est justifiée seulement dans les cas d'épanchements pleurétiques simples. (*Med. Chir. Rundschau*, 1er mai 1888.)

Du pouvoir antiseptique de l'antipyrine, par M. Durante. — Ces recherches ont été pratiquées au moyen de la gélatine stérilisée que l'on additionnait de 1 gramme d'antipyrine par 10 centimètres cubes. On l'ensemençait de *staphylococcus pyogenes*, de *bacillus anthracis* et de *micrococcus prodigiosus;* mais les cultures échouaient et le développement des microbes était entravé. L'addition de l'antipyrine dans la proportion plus faible de 1 à 2 pour 100 retardait seulement leur évolution. (*Il Morgagni*, mai 1888.)

Du traitement de l'amygdalite aiguë chez les enfants, par M. Potter. — Après avoir éliminé l'origine syphilitique, rhumatismale ou tuberculeuse de l'affection, cet observateur applique la médication qu'il propose au traitement des amygdalites à forme rapide. « La première indication, écrit-il, est de combattre la fièvre », et, à cet effet, il prescrit l'antifébrine à la dose de 25 centigrammes toutes les heures, jusqu'au retour à la température normale. S'il y a lieu de redouter l'effet déprimant de ce médicament, il lui substitue un autre antipyrétique.

Pour satisfaire à la deuxième indication, c'est-à-dire « calmer la douleur, qui, à son avis, est causée par l'acidité des sécrétions, il administre, pratique au reste ancienne, le bicarbonate de soude sous la forme de pulvérisations. Il ajoute que, par cette médication, on obtient la guérison des accidents dans l'espace d'un à trois jours. (*Canada med. Recorder*, 1888, n° 9.)

De l'action locale de l'antipyrine, par M. Berdach. — A la suite d'observations recueillies sur les malades de la clinique de Bamberger, l'auteur estime que l'antipyrine en injections sous-cutanées calme les douleurs dans l'espace de quelques secondes, et que son action analgésiante persiste pendant six heures. Il attribue cet effet à une action directe sur les terminaisons nerveuses périphériques et à une diminution des réflexes. Par contre, il déclare qu'à son avis il n'existe jamais de contre-indication à son emploi. (*Med. chir. Centralbl.*, 1888, n° 23.)

BIBLIOGRAPHIE

La phthisie pulmonaire, par MM. HÉRARD, CORNIL et HANOT. — 2e édition revue et augmentée. Paris, F. Alcan, 1888.

Lorsque parut, en 1866, la première édition de ce livre, une révolution venait de se faire en phthisiologie. Quelques jours auparavant, le 5 décembre 1865, M. Villemin avait exposé devant l'Académie le résultat d'expériences qui prouvaient l'inoculabilité des produits tuberculeux. Il en avait déduit une série de considérations anatomo-pathologiques, physiologiques et cliniques qui ne tendaient à rien moins qu'à affirmer la virulence et la contagiosité de la phthisie. Une pareille doctrine, en désaccord absolu avec les idées régnantes et ce qu'on appelait alors les lois de la pathologie générale, ne fut accueillie qu'avec une réserve qui touchait à l'incrédulité. On n'osait pas contester absolument les *faits;* mais on s'efforça de critiquer leur interprétation et, malgré les expériences de contrôle entreprises par M. Hérard et confirmant absolument les observations du novateur, on persista, jusqu'après la fameuse discussion de 1867, à nier l'identité *de nature* des diverses lésions que l'on observe dans les poumons des phthisiques. MM. Hérard et Cornil avaient été des premier à acclamer la découverte de M. Villemin, mais aussi à se préoccuper de concilier la doctrine française, celle de Laennec, avec les prétendues découvertes venues d'Allemagne et qui niaient l'unité de la phthisie. Cependant, les expériences de M. Hérard lui paraissant démontrer que les inoculations faites avec la substance caséeuse restaient inefficaces, il en concluait que les pneumonies dites caséeuses n'étaient que des inflammations secondaires, dues à l'irritation déterminée dans les tissus par la granulation grise, produit initial et spécifique de la tuberculose. Et, tandis que, dans son enseignement et ses publications diverses, M. Villemin soutenait que les granulations grises et les masses jaunes sont des lésions de même nature, dépendant de la même cause gnnérale, presque tous les cliniciens hésitaient à le suivre et se ralliaient à la doctrine alors défendue par MM. Hérard et Cornil. La première édition de leur traité de la phthisie présentait, en effet, à cet égard une série de considérations très séduisantes. Ceux qui, comme nous, ont lu et médité ce livre dans les premières années de leur pratique médicale, peuvent affirmer les services qu'il leur a rendus.

Mais combien cette deuxième édition diffère de la première! Vingt années se sont écoulées. La lumière s'est faite sur la plupart des problèmes étiologiques que soulevait la découverte de M. Villemin. Après les recherches de Koch, les études entreprises pour bien démontrer l'identité de structure de la granulation grise et des amas caséeux, la découverte de la cellule géante et des cellules épithélioïdes, etc., etc., on put se croire bien près du but à atteindre. Et cependant, malgré de si remarquables travaux, il faut convenir qu'au point de vue clinique toutes ces recherches si intéressantes ont eu une portée moins considérable que la démonstration de la virulence et de la contagiosité de la phthisie. Au point de vue clinique et thérapeutique, bien des progrès restent encore à réaliser et l'on ne reconnaîtra sans réserves l'utilité *prépondérante* des études bactériologiques, que le jour où celles-ci nous auront montré quelle est la part du microbe dans la genèse et dans l'évolution des lésions, quelles sont les conditions qui favorisent, quelles sont celles qui entravent son développement et comment intervient le terrain morbide pour rendre plus graves ou moins funestes les lésions constatées chez les tuberculeux.

Ces réserves ne s'appliquent nullement à ce que contient le livre qu'il nous faut chercher à bien faire connaître. Tout au contraire, les nouveaux chapitres qui y ont été introduits établissent avec la plus sage rigueur scientifique les données nouvelles et les desiderata qui subsistent. Après une introduction historique aussi intéressante qu'impartiale, les auteurs abordent l'étude de la nature parasitaire de la tuberculose, en étudiant avec le plus grand soin « les procédés employés pour la reproduction du tubercule au moyen de cultures pures de façon à en pouvoir suivre le développement depuis la première heure jusqu'à l'achèvement complet; autrement dit l'*histogénèse expérimentale* qui crée à volonté les diverses conditions du problème si complexe et permet de contrôler les solutions encore en litige ». Des figures coloriées rendent plus facile à comprendre la technique de ces recherches si délicates. Dans une deuxième partie se trouve traitée avec un soin et une compétence indéniables l'anatomie pathologique de la tuberculose, c'est-à-dire l'étude de la granulation grise, des granulations confluentes, de l'évolution anatomique du tubercule, du tubercule dans les divers organes et en particulier de la tuberculose pulmonaire, des lésions tuberculeuses et non tuberculeuses observées dans le cours de la phthisie, enfin de la tuberculose des animaux. On n'attendra point de nous une analyse détaillée de ces divers chapitres où l'on trouve, à côté d'une description précise et savante des lésions tuberculeuses et krituberculeuses, le résumé de nombreuses études personnelles. Les noms de MM. Cornil et Hanot sont trop bien connus pour qu'il soit nécessaire de louer cette partie de l'œuvre. Nous nous contenterons donc d'appeler l'attention sur les pages où se trouve étudiée la pneumonie caséeuse et sur le résumé, si clair et si logiquement déduit, de toutes les discussions qui ont eu lieu à ce sujet. Une observation des plus intéressantes faite sur un enfant qui succomba à la rougeole et chez lequel un médecin expérimenté avait diagnostiqué, pendant la vie et après l'examen des pièces anatomiques, une broncho-pneumonie simple, a prouvé qu'il s'agissait d'une infiltration tuberculeuse caractérisée par la présence de masses jaunâtres et opaques, caséeuses, à surface lisse et planiforme, fondues dans l'hépatisation, n'ayant pas l'apparence des tubercules miliaires, mais remplies de bacilles. Cette observation démontre la difficulté que l'on éprouve parfois à poser un diagnostic précis. Elle explique les divergences qui séparaient, il y a vingt-cinq ans, l'École de Strasbourg de l'École de Paris. A Strasbourg, dans toutes les autopsies que l'on pratiquait à l'hôpital civil, on ne trouvait dans les poumons tuberculeux que des pneumonies caséeuses ou des granulations confluentes. Lorsque dans ses cours d'histologie le professeur Morel voulait montrer et faire étudier la granulation grise, c'était à nous qu'il s'adressait le plus souvent. A l'hôpital militaire, chez les jeunes soldats, la tuberculose miliaire aiguë était fréquente et, chez nos phthisiques, toutes les formes de la tuberculisation pulmonaire pouvaient être observées. Dans les autopsies pratiquées à l'hospice civil, chez des sujets scrofuleux et profondément débilités, les altérations initiales avaient disparu et nos maîtres étaient autorisés à croire, avec Reinhardt et Virchow, à des lésions inflammatoires absolument différentes des lésions tuberculeuses de Laennec. Il fallut les belles recherches de Charcot et de Grancher pour réduire au minimum l'influence des processus phlegmasiques et pour affirmer l'identité nosologique des granulations tuberculeuses et des pneumonies caséeuses.

La partie consacrée à l'étiologie de la phthisie a été presque tout entière remaniée. Et cependant si, pour suivre avec tout l'intérêt qu'elle mérite, l'évolution de la science médicale, les auteurs ont dû rechercher surtout quels sont les modes de pénétration et de propagation du microbe spécifique dans l'organisme vivant, ils n'ont pas négligé de s'occuper aussi des influences qui favorisent le développe-

ment du parasite et des conditions qui modifient si souvent la marche et la gravité de la maladie. L'hérédité directe et l'hérédité collatérale de la phthisie, que l'on tend à expliquer aujourd'hui par une tuberculose congénitale d'abord latente, et se réveillant plus tard; la consanguinité et l'innéité, puis et surtout l'influence des causes débilitantes et de certains états pathologiques sont examinées et discutées avec le plus grand soin. Et quand on a lu ces pages si *médicales*, aussi bien que celles qui sont consacrées à la symptomatologie de la phtisie, on comprend mieux encore ce que nous disions tout à l'heure des rapports qui doivent exister entre la clinique et la microbiologie.

Nous aurions voulu insister surtout sur la quatrième partie de l'ouvrage, celle qui a trait à l'étude de la symptomatologie. Mais on comprendra combien il est difficile, sans dépasser outre mesure le cadre d'une analyse bibliographique, de traiter sérieusement un sujet aussi vaste et aussi complexe. Nous préférons donc, plutôt que d'écourter les réflexions que nous inspire l'œuvre de M. Hérard, dont on reconnaît aisément dans ce chapitre et dans celui qui s'occupe du traitement de la tuberculose l'expérience clinique et les connaissances thérapeutiques, réserver pour une étude ultérieure ce travail d'analyse et nous borner ici à quelques réflexions succinctes. MM. Hérard, Cornil et Hanot divisent, au point de vue symptomatique, la phthisie pulmonaire en phthisie aiguë et phthisie chronique, la première comprenant la phthisie granuleuse et la phthisie pneumonique. Cette division, essentiellement clinique, malgré les apparences symptomatiques qui séparent absolument la phthisie granuleuse de la phthisie pneumonique franche, est absolument conforme à ce qu'indique le plus souvent le pronostic de la maladie. S'il était possible, en effet, de résumer en une formule générale ce qu'il faut penser d'un phthisique, on pourrait affirmer que les phthisies aiguës sont généralement incurables ou tout au moins très difficiles à enrayer, tandis que les phthisies chroniques d'emblée, celles qui s'observent chez les scrofuleux et les lymphatiques, celles qui affectent la forme torpide sont le plus souvent susceptibles de guérir lorsqu'elles sont prises à temps, lorsqu'elles sont convenablement traitées. Sans doute, la phthisie aiguë à forme pyrétique, qu'elle affecte la physionomie de la fièvre typhoïde ou celle d'une fièvre synoque, qu'elle se complique ou non de pleurésie, voire même d'accidents cérébraux, peut, dans certaines conditions exceptionnelles, être arrêtée et même ne pas aboutir plus tard à une phthisie commune. Il en est des phthisies granuleuses du poumon comme des méningites tuberculeuses chez les enfants. On peut en voir guérir, mais on n'est pas assuré de les guérir. Aucune médication n'a pu, jusqu'à ce jour tout au moins, être signalée comme vraiment efficace dans les cas de ce genre. Il en est tout autrement pour la phthisie chronique. Prise à ses débuts, alors surtout qu'elle affecte la forme catarrhale, la forme chronique d'emblée, apyrétique ou n'offrant que par accès, relativement rares, les caractères de la fièvre tuberculeuse, la phthisie chronique peut et doit guérir. Et si les procédés thérapeutiques, qui permettent d'obtenir cette guérison, sont variables suivant l'âge et la constitution du sujet, la période de la maladie à laquelle on intervient, les formes qu'affecte la tuberculose, etc., la méthode générale du traitement de la phthisie chronique peut cependant être exposée en quelques lignes. Les indications générales à remplir étant, en effet, de maintenir intactes les fonctions digestives de façon à rendre possible une alimentation réconfortante, de réveiller l'activité du tégument externe de manière à faciliter la respiration cutanée, de procurer au malade un air pur et fréquemment renouvelé, enfin de créer artificiellement dans l'organisme des réserves médicamenteuses dans lesquelles le malade puisse incessamment puiser les agents qui s'opposent à la prolifération des bacilles infectieux, on comprendra que divers procédés peuvent être mis en œuvre pour arriver au but, mais que, dans tous les cas, la méthode thérapeutique reste la même. En lisant avec attention ce que MM. Hérard, Cornil et Hanot disent des diverses médications employées pour combattre la phthisie, on sera souvent tenté de les trouver optimistes et, de fait, parmi les médications dont ils vantent l'action favorable sur l'évolution de la maladie, il en est plusieurs dont la pratique a peut-être déjà condamné l'emploi. Mais il en est d'autres qui restent applicables et qui, avec un peu de persévérance et d'attention, arrivent à donner, entre les mains d'un médecin expérimenté, des résultats avantageux. Les procédés dont se sert la nature pour amener sinon la guérison absolue de la phthisie, du moins un état valétudinaire voisin de la santé sont, dit M. Hérard, aussi nombreux que variés. L'essentiel est que les altérations pulmonaires restent limitées. Pour cela, la maladie doit être attaquée dès ses premières manifestations locales et dans ses périodes stationnaires. Il faut agir avec résolution *et conviction :* la prolongation de la vie et souvent la guérison définitive sont à ce prix. — On ne saurait mieux dire. C'est parce qu'ils croient à la thérapeutique, parce qu'ils agissent avec résolution et constance que les médecins qui s'en donnent la peine arrivent à guérir leurs malades. Nous conseillons donc à tous les praticiens aussi bien qu'aux étudiants et aux hommes de science de relire souvent le livre de MM. Hérard, Cornil et Hanot. C'est une œuvre tout à fait digne de l'Ecole française à qui la phthisie est redevable de tant d'utiles découvertes et de progrès si rapides.

L. Lereboullet.

La curabilité de la phthisie du larynx et son traitement chirurgical. Étude anatomo-pathologique et clinique, par M. Th. Heryng, directeur du service laryngologique de l'hôpital Saint-Roch à Varsovie; traduite et annotée par M. le docteur Schiffers (de Liège).

Contrairement à l'opinion longtemps admise qu'il est inutile, parfois même dangereux, de traiter par des moyens locaux les lésions tuberculeuses du larynx, M. Heryng conseille énergiquement l'intervention chirurgicale, surtout au début de l'affection. Il montre, faits en mains, que si l'on ne guérit pas la phthisie laryngée, c'est qu'on s'y prend trop tard ou qu'on manque d'audace. Grâce à l'iodoforme en injections dans les parties atteintes, grâce à l'acide lactique contre les ulcérations, on peut modifier l'état des tissus et obtenir des cicatrices durables. S'agit-il d'infiltrations profondes, de plaies végétantes, la curette tranchante hardiment maniée, le couteau dans quelques cas exceptionnels et seulement pour l'épiglotte, rendent des services incontestables. Sur 37 ulcérations tuberculeuses, M. Heryng a obtenu 27 guérisons de durée plus ou moins longue et 2 améliorations notables; et cependant dans tous ces cas, il existait des lésions pulmonaires. Il n'y a donc pas lieu de désespérer. Mais, ainsi que le remarque fort justement notre confrère de Varsovie, le spécialiste ne doit pas se contenter du traitement local, il y doit joindre les soins médicaux et hygiéniques indispensables pour conserver au malade une santé générale satisfaisante. Au point de vue de la technique opératoire, le livre de M. Heryng donne également tous les détails nécessaires.

J. Chauvel.

Le képhir ou champagne lacté du Caucase, par M. le docteur Kosta Dinitch. — Thèse de Paris, 1888. A. Davy.

Après avoir étudié dans son origine et sa morphologie le ferment spécial, champignon provenant du Caucase et connu sous le nom de graine de képhir, l'auteur montre les résultats de son action sur le lait de vache, qu'il transforme en képhir ou boissou fermentée. Celle-ci, par suite de la double fermentation alcoolique et lactique que déterminent les cellules de levure et la bactérie de *Dispora caucasica*, représente un aliment à son maximum de digestibilité. Il agit comme stimulant puissant du tube digestif, et fournit à l'organisme une masse considérable d'hémialbuminose qui se change immédiatement en peptone. Ce n'est pas un médicament spécifique contre une maladie déterminée, mais un médicament éminemment tonique et reconstituant.

VARIÉTÉS

Concours de l'internat. — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le 19 octobre à midi, dans la salle Saint-Maurice de l'Hôtel-Dieu annexe (bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu, entrée rue de la Bûcherie, 31). La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria.

L'administration porte, en outre, à la connaissance de MM. les candidats, que le nombre des places d'internes à mettre au concours pour l'année 1889 est invariablement fixé à 46.

Concours de l'externat. — Le jury du concours de l'externat se compose provisoirement de MM. Gaucher, Ballet, Hirtz, Champetier de Ribes, Picqué et Reynier.

Corps de santé de l'armée. — Par décret en date du 12 octobre 1888, ont été promus au grade de médecin principal de première classe : MM. les médecins principaux de deuxième classe Bazille, Beltz et Schaumont. — Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. les médecins-majors de première classe Bertelé, Jossot et Oberlin. — Au grade de médecin-major de première classe : MM. les médecins-majors de deuxième classe Colnenne, Petit et Chatain. — Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les médecins aides-majors de première classe Février, Guégan et Monnot.

Mesures préventives a prendre contre la contagion de la pélade. — M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux préfets et aux recteurs deux circulaires ayant pour objet de rendre exécutables les mesures conseillées par l'Académie de médecine.

Dans la circulaire adressée aux préfets, après avoir rappelé la discussion académique et les prescriptions qui en sont la conséquence, le ministre résume, dans les termes suivants, les mesures qu'il ordonne : « Pour les écoles maternelles et les classes enfantines, tant qu'un certificat médical n'aura pas attesté la guérison, la non-admission ou l'exclusion seront la règle, parce que la rigueur de ces mesures n'a pas pour les enfants de cet âge la même gravité que pour ceux qui sont plus avancés et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur concours.

« Dans les autres écoles, les instituteurs seront autorisés à admettre les élèves atteints de pelade, après avoir préalablement reçu un certificat médical attestant la possibilité de recevoir le sujet et sous la réserve de l'observation des prescriptions ci-dessous.

« Les enfants peladiques devront être séparés pendant les classes et isolés pendant les récréations. Si la présence d'un de ces malades, admis ou conservés par tolérance, venait à occasionner des cas nouveaux, la tolérance cesserait aussitôt.

« Pour préserver les sujets sains, les contacts immédiats seront évités en obligeant les peladiques à maintenir leur tête couverte ou au moins la surface malade. Les autres élèves seront prévenus de n'employer aucun objet appartenant à leurs camarades et particulièrement les objets qui ont été en rapport avec la tête et la face de ceux-ci. L'échange des coiffures, cause fréquente de transmission, sera sévèrement interdit. »

Dans la deuxième circulaire, adressée aux recteurs et concernant les établissements d'enseignement primaire public, le minstre s'exprime comme il suit : Les directeurs de ces établissements seront autorisés à admettre les élèves atteints de pelade qui leur présenteront un certificat de médecin de l'école, attestant la possibilité de recevoir le sujet et sous la réserve de l'observation des prescriptions ci-dessous : « Les jeunes peladiques devront être séparés pendant les classes et isolés pendant les récréations. Si la présence d'un de ces malades, admis ou conservés par tolérance, venait à occasionner des cas nouveaux, la tolérance cesserait aussitôt.

« Pour préserver les sujets sains, les contacts immédiats seront évités en obligeant les peladiques à maintenir leur tête couverte ou au moins la surface malade. Les autres élèves seront prévenus de n'employer aucun objet appartenant à leurs camarades et particulièrement les objets qui ont été en rapport avec la tête et la face de ceux-ci. L'échange des coiffures, cause fréquente de transmission, sera sévèrement interdit. Les objets de toilette du malade lui seront exclusivement réservés ainsi que sa literie, spécialement les oreillers et traversins. »

Corps de santé de la marine. — Ont été promus au grade de médecin principal : M. Guyon (Francisque-Eugène-Etienne), médecin de première classe. — Au grade de médecin de première classe, les médecins de deuxième classe, docteurs en médecine : MM. Offret, Dubut et Castagué.

Liste par ordre de mérite et par catégorie des soixante candidats admis a l'emploi d'élève du service de santé militaire. — *Etudiants en médecine à seize inscriptions :* MM. Austric, Beigneux, Verdière-Cauquil, Barré et Vialanex.

Etudiants en médecine à douze inscriptions : MM. Vèzes, Allard, Roulet, Cadet et Nermord.

Etudiants en médecine à huit inscriptions : MM. Pichon, Iversenc, Merciolle, Busquet, Laporte, Patte, Le Goïc, Fagot, Baissas, Thomas, Brico, Meissier, Coup, Althoffer, Sendral, Mauroux, Moinet, Pouy, Marsais et Boullet.

Etudiants en médecine a quatre inscriptions : MM. Vignié, Dettling, Verse, Pécheux, Voulgre, Le Mitouard, Denoy, Albouze, Biétrix, Raynaud, Coupry, Roqueplo, Bronner, Azaïs, Lions, Boucorbeille, Beauxis-Lagrave, Rouquette, Burgez, Malaval, Mac-Auliffe, Le Roux, Bonnette, Vallet, Vilbecq, Jaulmes, Eybert, Dercle, Fohanno et Tostivint.

Ces élèves devront se présenter le 10 novembre prochain à MM. les médecins des hôpitaux auxquels ils sont affectés.

Société médicale des hôpitaux (Séance du vendredi 26 octobre). — *Ordre du jour.* M. Debove : Pouls lent permanent, urémie. — M. Marie : Deux cas d'hystérie. — M. Gaucher : Traitement de la diphtérie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Finot, ancien président de la Société médico-pratique, de M. le docteur Quiquandon (de Vernella, Varenne). De M. Henri Gautier, interne des hôpitaux de Paris, enlevé à l'âge de vingt-huit ans par une congestion pulmonaire ; de M. le docteur Siry, ancien médecin-inspecteur des Ecoles, chevalier de la légion d'honneur, décédé à Thorcy (Seine-et-Marne) à l'âge de quatre-vingt six ans.

Mortalité a Paris (40e semaine, du 30 septembre au 6 octobre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 2. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 24. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 183. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs : cancéreuses, 44 ; autres, 5. — Méningite, 18. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 51. — Bronchite aiguë, 18. — Bronchique chronique, 28. — Broncho-pneumonie, 10. — Pneumonie, 32. — Gastro-entérite : sein, 34 ; biberon, 86. — Autres diarrhées, 11. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 37. — Sénilité, 16. — Suicides, 16. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 118. — Causes inconnues, 7. — Total : 846.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

16492. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 24 octobre 1888.

Académie de médecine : **La vaccination.** — *Société de chirurgie :* **Le traitement du cancer de l'utérus.**

Dans un récent article (p. 418) la *Gazette hebdomadaire* a longuement insisté sur les avantages que présente le service de vaccination qui, depuis de si longues années, fonctionne à l'Académie de médecine et qui, sous la direction d'un savant médecin, dont l'autorité, le zèle et le dévouement sont unanimement reconnus, mériterait d'être plus largement doté. Dans le rapport qu'il vient de lire devant l'Académie M. Hervieux, après un historique très complet de la vaccination animale et des services qu'elle a déjà rendus, appelle une fois de plus l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de permettre à l'Académie, par l'installation d'une étable vaccinogène, de généraliser un mode de vaccination de plus en plus recherché par le public. Nous voudrions pouvoir espérer que cet appel sera entendu et que l'on comprendra enfin qu'il vaut infiniment mieux étendre et perfectionner un service si utile et si bien dirigé que de créer à grands frais un Institut vaccinal nouveau.

— L'Académie a entendu de plus, dans cette séance, une communication de M. Guéniot, qui insiste, au point de vue clinique et au point de vue médico-légal, sur les caractères que présente l'insertion du cordon dans les cas de placenta double, et la lecture de M. Ollivier prouvant la contagiosité de la vulvo-vaginite et l'influence des mesures prophylactiques les plus simples pour en arrêter la propagation.

— A la Société de chirurgie une importante discussion vient d'être ouverte sur le traitement du cancer de l'utérus. On lira plus loin (p. 683) le résumé analytique de la communication faite à ce sujet par M. le professeur Verneuil. Dans un prochain article, analysant et appréciant les opinions émises par ses collègues, notre collaborateur M. Reclus fera connaître ce qui devra être retenu, au point de vue scientifique et pratique, de ces intéressants débats.

PATHOLOGIE MENTALE

(Premier article)

Étiologie de la paralysie générale.

« L'histoire des causes, dans une maladie quelconque, est beaucoup plus obscure qu'on ne l'imagine communément. Une fonction éprouve-t-elle tout à coup un dérangement profond? le médecin accuse l'influence qui lui semble la plus probable, ne réfléchissant pas que la maladie se prépare peut-être depuis plusieurs mois, et qu'elle se rattache à la réunion d'une foule de particularités qui lui sont inconnues. » Ces paroles sont empruntées au livre de M. Calmeil : *De la paralysie considérée chez les aliénés* (p. 370). Écrites en 1826, elles peuvent encore s'appliquer aujourd'hui; après plus de soixante années de recherches et d'observations constantes, l'étiologie de la paralysie générale présente encore de nombreuses obscurités. On a éliminé de la catégorie des *causes*, ces excès alcooliques et vénériens auxquels se livrent les paralytiques au début de leur affection, et l'on a eu raison, car il y a là un effet. Mais que de « particularités » nous restent « inconnues »! Aussi nous savons gré aux médecins que ne rebutent pas les difficultés de la tâche et que leur situation dans un milieu approprié met en mesure d'apporter quelques lumières pour éclairer ce difficile problème.

Parmi les documents récemment publiés sur la question, nous citerons tout particulièrement un savant article de mon collègue, le docteur J. Christian (1), et une intéressante thèse de M. le docteur Arnaud (2). Ces deux travaux, d'une importance diverse, nous serviront de base pour l'étude que nous allons entreprendre.

I

Un grand nombre d'aliénistes considèrent la paralysie générale comme la maladie du dix-neuvième siècle; elle

(1) *Recherches sur l'étiologie de la paralysie générale chez l'homme*, in *Archives de neurologie*, n° 41.

(2) *Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme.* These de Paris, 1888. Oct. Doin.

ne daterait que de l'époque où elle a été décrite pour la première fois, vers les dernières années du siècle passé. Si ce fait était vrai, « il serait légitime de conclure, dit avec raison M. Christian, que la paralysie générale est due à des causes qui n'existaient pas auparavant, il y aurait lieu de rechercher comment et pourquoi ces causes ont surgi : nous aurions chance de trouver une étiologie nette et précise de la maladie. » Mais, tout au contraire, les causes qu'on invoque sont celles qui ont agi de tout temps; et M. Christian en conclut qu'il est infiniment probable que la paralysie générale a toujours existé, mais qu'on la confondait autrefois avec la *phrénitis*, le *transport au cerveau*, la *méningite aiguë* ou *chronique*, etc. Il arrivait d'ordinaire, dans ces cas, surtout lorsque le malade était agité, qu'il était mis à la diète, saigné à blanc; quelques jours après il avait disparu. « La paralysie générale ne pouvait conquérir une place légitime que du jour où les aliénés, réunis et traités dans des services hospitaliers, furent considérés comme des malades semblables aux autres. » Pour légitime que puisse paraître la place ainsi conquise, il faut regretter cependant qu'elle devienne trop envahissante, comme le prouve la statistique.

Fréquence. — Dans le premier quart de siècle, M. Calmeil avait constaté qu' « une masse de 1200 hommes, soumise à un examen scrupuleux, avait fourni 80 exemples de paralysie générale, ce qui établit les proportions comme 15 est à 1 ». Plus tard, en 1859, il trouva à Charenton des proportions plus fortes, telles que 1 paralytique sur 4 et même sur 3 aliénés. Les chiffres obtenus dans le même service par M. Christian, depuis 1879, donnent des proportions à peu près identiques, oscillant entre le tiers et le quart. Nous croyons que c'est là un maximum obtenu dans des conditions d'observation spéciales, et qui est loin d'être atteint si on étudie la question sur de grandes masses.

Si l'on consulte, en effet, l'excellente thèse de M. Planès (*Quelques considérations sur la folie à Paris*, 1886), on constate que sur 49 267 aliénés (hommes et femmes) qui, du 1er janvier 1872 au 31 décembre 1885, ont passé par l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, il y avait 2880 paralytiques généraux, soit 2138 hommes et 742 femmes; ce qui donnerait, d'après l'auteur, 12 de ces malades hommes pour 100 aliénés; quant à la proportion des femmes, elle n'est que de 5 pour 100. Nous sommes loin, comme on voit, du tiers et même du quart, qu'on observe à Charenton.

Mais la paralysie générale a-t-elle réellement augmenté dans ces dernières années, autant que des esprits chagrins se plaisent à le répéter? Si nous en croyons les chiffres de M. Planès, il faut avouer qu'il existe un écart sensible entre les deux années extrêmes, 1872 et 1885 : les deux chiffres respectifs étant 183 et 251. Et cet écart frappe encore davantage si l'on compare le nombre de paralytiques par périodes d'années, comme dans les tableaux suivants :

	H.	F.	Total.
1872 à 1876.......	751	203	954
1877 à 1881.......	692	251	943
1882 à 1885.......	695	288	983
Total....	2138	742	2880

Dans le tableau précédent, où les chiffres sont groupés en deux périodes de cinq années et en une dernière de quatre années, l'augmentation est surtout très sensible pour la dernière. Les conclusions sont les mêmes en groupant nos chiffres en périodes de sept années, comme suit :

	H.	F.	Total.
1872 à 1878.......	1031	302	1333
1879 à 1885.......	1107	440	1547
Total....	2138	742	2880

Il n'y a donc pas à en douter, la paralysie générale augmente de fréquence, et cela, non seulement en France, mais aussi dans les autres pays. Prenons, par exemple, l'Allemagne. Un récent travail du docteur Otto Snell (*Die zunehmende Häufigkeit der Dementia paralytica*, in *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. XLIV., 6e fasc., 1888) donne des renseignements très intéressants en ce qui concerne la province de Hanovre, où le tableau suivant prouve que la paralysie générale a augmenté sans conteste durant les trente dernières années :

	Aliénés.	Paralytiques.	Pour 100.
1857 à 1861.......	731	49	7,0
1862 à 1866.......	832	90	10,7
1867 à 1871.......	540	50	9,3
1872 à 1876.......	619	56	9,0
1877 à 1881.......	676	74	10,9
1882 à 1886.......	965	111	11,5

Sexe. — On a vu par les tableaux précédents que la paralysie générale est bien moins fréquente chez la femme que chez l'homme. Les premiers auteurs de monographies sur cette affection avaient établi : Bayle, une proportion de 1 femme sur 8 hommes; Calmeil, celle de 1 sur 50 hommes. Ces deux savants observaient à Charenton, et les statistiques diffèrent suivant les milieux où elles sont prises : maisons de santé privées, asiles publics situés dans telles ou telles régions, etc. Et la preuve, ce sont les chiffres publiés par le dernier *Rapport général sur le service des aliénés*, en 1874. On y voit qu'à cette époque, il y avait à Charenton 5 femmes atteintes de paralysie générale sur 100 hommes; dans les asiles publics, 55 femmes pour 100 hommes; dans les quartiers d'hospice, 50 femmes contre 100 hommes, et dans les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, 41 pour 100.

A la suite de ces chiffres, les auteurs du *Rapport* font remarquer que, de 1864 à 1874, le nombre des femmes atteintes de paralysie générale a notablement augmenté, et que dans les asiles publics de la Seine la proportion des femmes paralytiques est même arrivée à 61 pour 100 hommes. Ce dernier chiffre nous semble un peu exagéré; car il n'est pas encore atteint aujourd'hui, quoique le nombre des femmes paralytiques admises chaque année dans ces asiles ait considérablement augmenté et que celui des hommes soit resté à peu près stationnaire. Si l'on compare le chiffre des hommes paralytiques qui ont passé par l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, on obtient une proportion de 34,84 ou 35 femmes pour 100 hommes paralytiques. C'est là, à n'en pas douter, une progression très considérable. La femme, pour avoir laissé longtemps le triste privilège de la paralysie générale à l'homme, cherche à le lui disputer; même pour cette affreuse maladie, elle veut devenir l'égale de l'homme.

Age. — Les premiers auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale ont fait remarquer que tous les âges ne sont pas également sujets à cette maladie. Ainsi Bayle (1826) dit

qu'il ne l'a « jamais observée dans l'enfance, ni de quinze à vingt-cinq ans; elle est fort rare de vingt-cinq à trente; mais depuis cette époque jusqu'à cinquante, elle est extrêmement fréquente; sa proportion est beaucoup moindre depuis ce dernier âge jusqu'à soixante. De soixante à soixante-cinq, elle diminue de moitié; passé cette époque, elle devient de plus en plus rare ». M. Calmeil, qui écrivait la même année, affirme ne l'avoir observée que deux fois avant la trente-deuxième année; mais il l'a notée quatorze fois de trente-deux à quarante ans; vingt fois de quarante à cinquante ans; neuf fois de cinquante à soixante ans. Passé ce terme, le nombre des exemples a été en diminuant.

Marcé (1862), d'après une statistique recueillie à Bicêtre, avait calculé que c'est de trente-cinq à quarante-cinq ans que la paralysie générale se rencontre le plus communément.

M. Luys, d'après des relevés personnels, a trouvé (1881) que « le maximum de fréquence de la paralysie générale était entre quarante et cinquante ans, qu'au-dessous de vingt-cinq ans il n'a rencontré encore aucun exemple, et qu'à partir de cinquante ans elle allait en décroissant... L'âge moyen du maximum de fréquence paraît être quarante-trois ans chez l'homme, et chez la femme quarante et un ans » (*Traité clinique et pratique des maladies mentales*, p. 548).

Dans l'article Paralysie générale, que M. Christian et moi nous avons écrit pour le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, nous avons montré, par des relevés faits pendant cinq ans à Charenton, que la paralysie générale est une maladie qui se produit de trente à cinquante ans et qui, en dehors de cette limite, est extrêmement rare.

Mais, fait curieux, l'âge moyen de cette affection tendrait à s'abaisser. Ainsi Marcé, en prenant l'âge moyen des trois séries de faits rapportés par Parchappe (in *Traité théorique et pratique de la folie*, Paris, 1841), avait trouvé pour les hommes quarante-quatre ans et quarante-deux ans pour les femmes. M. Luys, comme on vient de le voir, trouve quarante-trois ans pour les hommes et pour les femmes quarante et un ans. Le fait devient très évident quand on consulte les relevés faits pendant ces dernières années et qu'on trouve consignés dans la thèse de M. Arnaud. Ils nous apprennent que cet âge moyen, du moins dans les asiles de la Seine, est descendu à trente-huit ans et demi et même à trente-huit ans.

Cet abaissement de l'âge moyen de la paralysie générale est en rapport, comme le prouve M. Arnaud, avec une fréquence plus grande de la maladie à un âge où jadis on l'observait rarement. Ainsi, comme on l'a vu plus haut, Bayle ne l'a jamais vue *avant vingt-cinq ans*, fort rarement de *vingt-cinq à trente ans*. Cette assertion est confirmée par tous les observateurs qui ont écrit après Bayle sur ces questions; ils considèrent tous la paralysie générale comme une maladie de l'âge mûr. Cependant en 1860, Morel consigne déjà dans son *Traité des maladies mentales* (p. 813) la remarque suivante : « L'âge de prédilection est bien toujours de trente-cinq à quarante-cinq ans, mais depuis quelques années j'observe que la paralysie sévit avec plus d'intensité qu'autrefois sur des individus plus jeunes. » Mais ce n'est guère que dans ces dernières années qu'on a été plus particulièrement frappé de l'exactitude de la remarque du savant aliéniste de Saint-Yon. Le nombre des paralytiques généraux de dix-neuf à vingt-cinq ans est devenu même assez grand pour qu'on ait cru devoir décrire une *paralysie générale prématurée* (Régis), une *paralysie générale précoce* (Vrain). M. Arnaud a fait le relevé des faits de ce genre, publiés jusqu'ici; et il a trouvé cinq observations de paralysie générale avant vingt ans; et dix entre vingt et vingt-cinq ans. « Étant donnée la fréquence de la paralysie générale, ajoute-t-il judicieusement, ce faible chiffre montre que la maladie, sans être une véritable exception à cet âge, constitue encore une rareté. Mais comme tous ces cas ont été observés dans une récente période, *pendant ces dix dernières années*, la conclusion s'impose que la paralysie générale tend à frapper un âge jusque-là indemne » (p. 18).

Quant à la période de vingt-cinq à trente ans, à laquelle Bayle avait rarement vu la paralysie générale, elle ne semble plus aussi indemne qu'autrefois. Si, en 1884, nous n'avons eu à enregistrer, M. Christian et moi, qu'une proportion de 1,5 pour 100 de malades de cette catégorie; M. Vrain, en 1887, en trouve déjà une de 8 pour 100, et M. Arnaud, dans sa thèse de cette année, arrive à une proportion encore plus élevée pour 202 paralytiques généraux hommes (18 sujets, soit 8,91 pour 100); *presque identiquement le même chiffre* que pour la période de quarante-cinq à cinquante ans (19), jadis considérée comme une des plus riches en malades de ce genre.

M. Arnaud a donc raison de tirer la conclusion suivante: « L'âge moyen de la paralysie générale s'est abaissé, et cet abaissement est en rapport avec une plus grande fréquence de la maladie à une période où jadis elle était fort rare. »

De quelques cas récents, et qui lui semblent se multiplier, de paralysie générale tardive, ce même auteur voudrait pouvoir conclure que la *maladie semble tendre à devenir plus fréquente après cinquante-cinq ans*. Nous ne nions pas l'existence — très rare, il est vrai — de ces cas, car il nous a été donné d'en observer; mais il nous est difficile d'accepter que leur fréquence soit devenue plus grande.

État civil. — Sur ses 340 paralytiques généraux, M. Christian a trouvé :

Mariés	212
Célibataires	107
Veufs	17
État civil inconnu	4

D'où il conclut que « la paralysie générale frappe de préférence les hommes mariés ». « A vrai dire, ajoute notre savant collègue, ce résultat n'est pas pour étonner ; car si les célibataires mènent en général — ce qui resterait à prouver — une vie moins régulière que les gens mariés, ceux-ci par contre voient le mariage leur amener un cortège de soucis, de préoccupations, d'inquiétudes, qui, tout compte fait, compense et au delà les inconvénients problématiques du célibat. » Voilà, en faveur de celui-ci, un argument auquel on était loin de s'attendre. Malgré la statistique ci-dessus, il faut cependant, croyons-nous, ne l'accepter que sous bénéfice d'inventaire.

Il est vrai que la statistique de notre service nous donne un résultat semblable. Du 1er janvier 1879 au 1er octobre 1888, il nous est entré 48 femmes paralytiques, qui, au point de vue de leur état civil, se classent ainsi :

Mariées	30
Célibataires	14
Veuves	4

Mendel, dans sa monographie (*Die progressive Paralyse der Irren*, 1880), donne une proportion encore moindre de célibataires : sur 210 paralytiques il n'en a trouvé que 57.

Malgré tous ces chiffres, nous croyons qu'il est juste de ne pas conclure trop hâtivement et d'accuser le mariage de tout ce mal. La question demande à être étudiée de plus près ; il est possible qu'en établissant une statistique des paralytiques généraux des asiles de la Seine, les résultats seraient autres ; dans tous les cas le problème vaudrait la peine qu'on se donnerait à le résoudre.

Professions. — Depuis Esquirol, il est de tradition de considérer la paralysie comme étant le lot des classes riches et élevées, et en particulier des professions libérales : on l'a même comparée à ce point de vue à la goutte. Cette opinion reçut de Marcé et Contesse la consécration des chiffres ; par des relevés faits à Bicêtre, ces deux observateurs trouvèrent que les professions intellectuelles, qui ne fournissent que 15 pour 100 de cas de délire non paralytique, donnent une proposition plus que double, 38 pour 100, de cas de paralysie générale. Cette opinion a été formulée en loi par M. Régis, en son *Manuel de médecine mentale* (1885, p. 239) : « Ce sont, dit-il, les *professions libérales*, les gens intelligents et pour ainsi dire l'*élite de la société* qui fournissent à la paralysie générale son plus fort contingent, au moins chez les hommes. Elle est surtout fréquente chez les savants, les avocats, les médecins, les hommes de politique ou d'affaires, les artistes, chez les militaires et surtout chez les officiers. »

Il y a là une évidente exagération, et on n'en saurait douter, lorsqu'on visite les asiles de la Seine, où ne vient pas échouer l'*élite de la société*. Pour trouver la note juste, il faut remonter à Bayle. Dans le relevé qu'il a fait de ses malades, au point de vue des professions qu'ils exerçaient, il a trouvé un tiers de militaires. « Un autre tiers des malades se livrait à différentes branches du commerce, ou exerçait divers métiers ; un cinquième se composait d'employés d'administration, parmi lesquels plusieurs avaient perdu leur place par suite des événements politiques de 1814 et 1815. Les autres étaient dans les beaux-arts, dans les professions relatives au droit, etc. Les carrières principalement scientifiques et littéraires en ont fourni un très petit nombre » (*loc. cit.*, p. 407).

Si l'on étudie le tableau annexé au travail de M. Christian, on trouve à peu près les mêmes résultats. Sur 340 aliénés paralytiques, il y a 105 cas de professions manuelles, 90 militaires, 86 commerçants et employés, et seulement 51 malades exerçant les professions libérales de médecin, avocat, ingénieur, professeur, artiste, etc.

La statistique fournie par M. Arnaud n'est pas moins explicite. Sur 188 malades, il n'en a trouvé que 8 exerçant des professions libérales, tandis que les commerçants et les employés sont au nombre de 41 et les professions manuelles au nombre de 194.

M. Christian a donc raison de conclure, après Bayle, que la paralysie générale n'est pas exclusive aux classes élevées, instruites, et même qu'elle ne les frappe pas de préférence. Du haut en bas de l'échelle sociale, elle fait des victimes dans toutes les conditions : aucune n'est épargnée.

Hérédité. — La question de l'hérédité de la paralysie générale est loin encore d'être résolue. Les travaux de Lunier et Doutrebente semblaient avoir résolu le problème dans ce sens, que cette maladie n'est pas héréditaire à la façon de la folie proprement dite, mais que son hérédité est une hérédité de tendances congestives vers le cerveau. Aujourd'hui on est beaucoup moins exclusif et on revient volontiers aux idées de Bayle et de Calmeil, qui acceptaient des antécédents héréditaires vésaniques, le premier dans la moitié, et le second dans le tiers des cas de paralysie générale. La question mérite d'être reprise. M. Christian l'a abordée, et voici les résultats qu'il a obtenus.

Dans les cas où il a pu être renseigné (environ 200), il a trouvé 15 fois le père ou la mère aliénés ; 6 fois le grand-père et la grand'mère ; 11 malades avaient un frère ou une sœur atteints de folie, et, parmi ces 11, il en était 2 dont le frère était paralytique général ; 9 avaient un oncle et une tante aliénés. Dans 1 cas il a noté l'hérédité en retour : une nièce était folle ; 2 malades avaient leur mère épileptique ; chez 3 autres, le frère ou la sœur étaient atteints d'épilepsie ; enfin 14 fois, il a noté l'hérédité congestive (père alcoolique, 5 ; — mère somnambule, 2 ; — père ou mère hémiphlégiques, 6, etc.).

Avec la majorité des observateurs il y a donc lieu d'admettre que la paralysie générale ne diffère pas des autres maladies mentales et qu'il n'y a pas lieu d'imaginer pour elle une hérédité spéciale.

Nous en avons fini avec les *causes prédisposantes*, il nous reste à étudier les *causes occasionnelles*.

Ant. Ritti.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique médicale.

Note sur le traitement de la lithiase biliaire, par l'ingestion d'huile d'olive a hautes doses. Communication faite à la Société des hôpitaux, dans la séance du 12 octobre 1888, par MM. A. Chauffard, agrégé, médecin de Sainte-Périne, et E. Dupré, interne des hôpitaux.

Il y a environ un an, au mois de septembre 1887, paraissait, dans les *Archives roumaines de médecine et de chirurgie*, sous la signature d'un médecin de la Nouvelle-Orléans, le docteur Just Touatre, un article dont le titre et les conclusions étaient bien de nature à exciter l'attention des médecins et l'espérance des malades : il ne s'agissait de rien moins que de la guérison des coliques hépatiques, par un procédé simple, rapide et sûr. Il suffisait de prendre, en deux fois, à demi-heure d'intervalle, 400 grammes d'huile d'olive pure, de se coucher trois heures sur le côté droit, et, dix heures après, les calculs étaient évacués dans les selles ; c'était là tout le secret. On peut trouver, dans l'article en question, l'histoire de l'origine tout empirique d'une médication si simple et si nouvelle. Toujours est-il que ce traitement, accepté par le public médical de la Nouvelle-Orléans, donna, entre les mains des médecins, et sur les médecins eux-mêmes, des résultats merveilleux.

Avec un tel ensemble de témoignages et de preuves, cette découverte thérapeutique devait faire un chemin rapide : elle passa l'Océan et fit en France son tour de presse. Dans une courte note, elle fut annoncée par les journaux médicaux.

Or nous avons saisi récemment l'occasion, qui s'est offerte à nous, d'expérimenter ce traitement sur quelques malades et de contrôler les effets cliniques et physico-chimiques de la médication. Disons tout de suite qu'entre ces deux ordres de faits : les résultats pratiques du traitement, d'une part, et les résultats chimiques de l'analyse des matières

rendues, d'autre part, il n'existe aucune relation rationnelle, aucun rapport logique saisissable; de telle sorte qu'à nos yeux la médication conserve dans son mode d'action le caractère empirique et mystérieux de son origine.

Voici, brièvement résumés, les résultats de nos observations :

Nos malades étaient toutes des femmes, âgées de quarante-cinq à soixante ans, arthritiques, grasses, calculeuses de vieille date, ayant déjà bien des fois souffert de coliques hépatiques. Le traitement, appliqué suivant le mode prescrit, fut suivi, à part quelques exceptions de détail, de deux résultats identiques dans tous les cas; le premier : amélioration des symptômes et soulagement de la malade; le second : évacuation, au bout de sept à huit heures, d'un grand nombre de concrétions, prises pour des calculs biliaires par les premiers observateurs de la méthode.

Analysons séparément ces deux résultats. D'abord, le résultat pratique :

Dans l'observation I, dès le lendemain, le foie diminue de volume, la région de la vésicule devient libre et indolore; l'appétit revient et l'état général se relève. A la seconde attaque, la malade se sent de nouveau soulagée.

L'observation II est moins probante : la médication n'est point suivie d'une amélioration bien nette; mais il faut dire que le traitement a été institué ici, en dehors de toute crise douloureuse, dans le but d'évacuer une vésicule dont la malade ne souffrait pas.

Dans l'observation III, due à l'obligeance de M. le professeur Hayem, l'amélioration considérable s'affirme par la disparition de l'ictère et du prurit, le retour de l'appétit et le relèvement de l'état général.

Dans l'observation IV, la région hépatique devient indolore, et les coliques biliaires disparaissent.

Dans l'observation V, dont nous empruntons le résumé à une communication de Rosenberg à la Société de médecine de Berlin, le 18 avril 1888, on note une forte diminution du volume de la vésicule et la disparition des accidents.

Dans l'observation VI, due, ainsi que la suivante, à l'obligeance de M. le docteur Bucquoy et de son interne, M. Bezançon, la douleur qui, depuis quinze jours, persistait au niveau de la région hépatique, disparaît rapidement, et la malade quitte, au bout de huit jours, l'hôpital, complètement soulagée.

Dans l'observation VII, même disparition de la douleur locale, et, en outre, de la teinte subictérique des téguments.

Dans un autre cas, observé également par M. Bucquoy dans son service, mais où, par erreur, les matières n'ont pas été examinées, il y eut de même une amélioration très rapide; et un ictère assez prononcé, qui durait déjà depuis plusieurs semaines, disparut complètement.

Examinons maintenant le résultat physico-chimique de l'opération :

Dans tous les cas, l'ingestion de l'huile est suivie, au bout de sept à huit heures, en moyenne, de l'évacuation, par les selles, d'un nombre considérable, en général supérieur à cinquante, de concrétions demi-solides, résistant à l'action de l'eau, de forme irrégulièrement ovoïde, de couleur verdâtre (elles étaient d'un blanc grisâtre dans deux cas), de volume variant de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noix, de consistance molle, malléable, semblable à celle de la cire verte demi-transparente, un peu ramollie par la chaleur, et d'une densité inférieure à celle de l'eau. La coupe de ces concrétions révèle une disposition concentrique de leurs couches constitutives, et le ton plus foncé de leur coloration verte à la périphérie.

Etalées à l'air sec sur un papier-filtre, ces concrétions se dessèchent, se raffermissent, se rapetissent, se rident à leur surface, foncent en couleur, tandis qu'au-dessous d'elles s'étale et s'étend une tache d'huile grandissante, qui imbibe progressivement le papier. Vers le troisième jour, ces concrétions se brisent, à la moindre pression, entre les doigts, en laissant une sorte de petite coque vide, fragile, et d'une extrême minceur, exhalant une odeur fécale très accentuée. L'examen microscopique des débris de ces corpuscules ne montre que des cellules épithéliales très altérées, des globules graisseux, du pigment biliaire et des masses amorphes sans signification.

L'analyse chimique seule pouvait élucider la composition et la nature de ces concrétions.

Nous nous sommes adressés dans ce but à M. Villejean, professeur agrégé à la Faculté, et dont la compétence bien connue devait donner une haute valeur au résultat de cette enquête. Voici textuellement la note que M. Villejean a eu l'obligeance de nous remettre, et pour laquelle nous tenons à lui renouveler tous nos remerciements :

« Une partie des calculs qui m'ont été remis étant déjà liquéfiée, l'analyse a porté sur la portion solide et ayant une consistance de beurre ferme.

« *Recherche de la cholestérine.* — 15 grammes de ces calculs ont été épuisés par l'éther sulfurique, et la solution éthérée a été évaporée à siccité pour recueillir les corps dissous dans le véhicule.

« La matière ainsi obtenue, ne renfermant pas de cristaux nettement formés, a été divisée en deux portions. La première a été traitée par la potasse caustique en solution alcoolique, en vue de saponifier les corps gras; la solution alcoolique savonneuse a été concentrée au bain-marie pour chasser l'alcool, puis dissoute dans l'eau bouillante. Cette solution aqueuse a été agitée avec de l'éther, et ce dernier, après décantation et évaporation, n'a laissé qu'un très faible résidu qui a été redissous dans un mélange d'éther et d'alcool à parties égales.

« Par évaporation spontanée, ce dernier n'a fourni que quelques tables rhomboïdales de cholestérine, dont on a jugé inutile de prendre le poids.

« Les calculs mis en expérience ne renfermaient donc qu'une très faible proportion de cholestérine; ils étaient formés principalement de graisses neutres et d'acides gras libres, comme le montrent les expériences suivantes, effectuées au moyen de la seconde portion de matières.

« *Présence d'acides gras libres.* — Cette portion, traitée par une quantité suffisante d'alcool absolu bouillant, a donné une liqueur très fortement acide au papier de tournesol; elle renfermait donc des acides gras libres, dont la proportion a été évaluée approximativement comme il suit :

« $5^{gr},108$ de graisse ont été dissous dans 50 centimètres cubes d'éther pur; la solution, introduite dans un appareil à robinet, a été agitée, à plusieurs reprises, avec une solution aqueuse de soude caustique. Les acides libres ont été transformés ainsi en sels solubles dans l'eau, tandis que la graisse neutre restait en solution dans la couche éthérée. L'évaporation de cette dernière a donné un résidu pesant $4^{gr},014$. On en conclut que $5^{gr},108$ de matières renfermaient $1^{gr},094$ d'acides gras à l'état de liberté, soit 21,40 pour 100 environ.

« Le sel alcalin formé dans cette opération était surtout constitué par du palmitate de soude.

« *Nature de la matière grasse neutre.* — En raison de la consistance particulière des calculs, il m'a paru intéressant de rechercher la composition immédiate de la graisse neutre, c'est-à-dire les proportions relatives de palmitine et d'oléine, afin de pouvoir les comparer à celles que renferme ordinairement l'huile d'olive.

« Pour cela, il suffisait de saponifier cette graisse, de transformer le savon alcalin en savon plombique et d'isoler l'oléate de plomb au moyen de l'éther sulfurique dans lequel il est soluble.

« Le palmitate de plomb, ainsi isolé, puis décomposé par

l'acide chlorhydrique, a donné un gâteau d'acide fondant à 60°,2 et pesant 2gr,994 (matière employée : 4gr,014).

« Cette proportion d'acide palmitique, une fois connue, permet, au moyen d'un calcul facile, de conclure que la matière grasse neutre était composée d'un mélange d'environ 81 pour 100 de palmitine et de 19 pour 100 d'oléine.

« En résumé, la matière primitive, soluble dans l'éther, avait la composition suivante :

Cholestérine, faibles proportions.

Acides gras (ac. palmitique surtout).	21,4	pour 100.
Oléine..........................	14,93	—
Palmitine........................	63,67	—

« D'après les analyses anciennes de Chevreul et de Braconnot, l'huile d'olive renferme 27 pour 100 de palmitine et 73 pour 100 d'oléine.

« En rapprochant ces chiffres des précédents, il est facile de constater que la matière grasse des calculs est très différente de l'huile ingérée : elle en diffère d'abord par la présence d'une assez forte proportion d'acide gras libre ; en second lieu, par sa teneur considérable en palmitine.

« Il semble donc légitime de conclure que, très probablement sous l'influence du suc pancréatique, une partie de l'huile a été dédoublée en glycérine et acides gras, et que cette décomposition a porté plus spécialement sur l'oléine, en laissant une masse très riche en palmitine; la prédominance de l'acide palmitique permet également de supposer que cet acide est moins facilement absorbé que l'acide oléique. On peut également se demander si les coefficients d'absorption de la palmitine et de l'oléine sont comparables; bref, ce sont là autant de questions à poser, mais j'ignore si elles ont été résolues. »

De l'exposé qui précède, découle dès maintenant la conclusion suivante : les concrétions recueillies dans les fèces, n'étaient pas des calculs biliaires; elles n'en présentaient que l'apparence grossière, alors que tout dans leur composition chimique contribuait à les en séparer. Une expérience chimique bien simple aurait d'ailleurs suffi à en donner la preuve immédiate : un calcul de cholestérine, plongé dans l'huile d'olive, y reste inaltéré, sans changer d'aspect ni de consistance.

Il semblait par cela même vraisemblable à priori que le mécanisme physiologique supposé par M. Touatre n'était pas admissible. Restait cependant à en faire la preuve expérimentale.

Nous avons dans ce but fait ingérer par la sonde à un chien, à quelques lapins et cobayes, une dose d'huile d'olive proportionnelle à leur poids et au calibre de leur tube digestif, les animaux étant, soit à jeun, soit en pleine période digestive. Nous voulions rechercher si, par un mécanisme quelconque, l'huile, comme l'avaient supposé les promoteurs de la méthode thérapeutique, ne remonterait pas, le long des canaux cholédoque et cystique, jusque dans la vésicule, pour y provoquer, par son action physique et mécanique, le ramollissement, l'élongation et l'expulsion des calculs biliaires. Nous avons opéré tantôt avec de l'huile pure, tantôt avec de l'huile colorée par l'éosine en suspension, pour constater plus facilement la présence et la migration de ce liquide dans les viscères. Sans entrer dans le détail des expériences, nous en exposerons tout de suite le résultat. Ce résultat a été négatif; nous avons constamment retrouvé l'huile ingérée dans l'estomac et l'intestin des animaux sacrifiés, mais jamais au delà de l'ampoule de Water, dans les voies biliaires, qui n'en contenaient pas trace. En ouvrant le corps des animaux, quelques heures après l'ingestion de l'huile éosinée, nous avons, à chaque fois, constaté la présence de l'éosine en nature dans la bile et l'urine, où la substance donnait aux humeurs de remarquables reflets fluorescents.

Mais il n'y avait là qu'un simple effet d'absorption générale; l'examen au microscope n'ayant jamais décelé la moindre gouttelette huileuse dans la bile ainsi colorée, et la coloration simultanée de l'urine faisant du reste la preuve qu'il s'agissait là d'un processus de dissémination générale de l'éosine.

L'expérimentation sur le cadavre ne nous a pas donné de résultats plus positifs. En injectant dans le duodénum, fermé par une double ligature, et la vésicule étant, suivant les cas, vide ou à demi pleine de bile, de l'huile d'olive, nous n'avons pu, à aucun moment, constater l'ascension du liquide dans les voies biliaires.

Il ne saurait donc s'agir ici d'ascension toute mécanique par capillarité de l'huile le long des voies biliaires, formant mèche pour ainsi dire.

Nous voici en face de cette double conclusion : d'une part, efficacité relative, certaine, de la médication ; d'autre part, impossibilité de donner de cette efficacité une explication, physico-chimique ou expérimentale, satisfaisante. Ce n'est pas la première fois que cette situation se présente, en médecine, dans l'ordre thérapeutique surtout. Pourtant ici, la simplicité probable du mode d'action du médicament rend plus surprenante encore l'obscurité de ce petit problème thérapeutique.

Ce qui ne contribue pas à simplifier les données du problème, c'est que dans tout ce qui précède nous avons fait abstraction du résultat obtenu dans l'une de nos observations (observ. VII). Voici en effet un cas bien observé, où, sans contestation possible, aux concrétions pseudo-calculeuses étaient joints, dans les fèces, de véritables calculs de cholestérine. En a-t-il été de même dans d'autres cas, parmi ceux relevés jusqu'à aujourd'hui par les différents observateurs? Il est permis d'en douter, ou tout au moins de supposer que le fait a dû être bien exceptionnel : c'est ce que semble prouver la description que donne M. Touatre, lorsqu'il parle de « calculs du volume d'un gros pois, de forme conique, d'aspect jaune grisâtre, de consistance molle et friable, s'écrasant sous les doigts presque comme du lait caillé... Le ramollissement des calculs ne permet pas de douter que l'action est directe; l'huile va dans la vésicule biliaire, elle y ramollit les calculs qui sont alors expulsés dans l'intestin par le spasme musculaire de la vésicule. »

Avons-nous eu affaire à une simple coïncidence, et à l'occasion de la purgation produite par l'huile ingérée, la malade en question a-t-elle simplement évacué des calculs en imminence de migration? C'est peut-être là l'explication la plus rationnelle d'un fait, qui, jusqu'à plus ample informé, reste à l'état d'exception.

Ajoutons que, si pénible que puisse sembler à première vue cette méthode de traitement, elle a presque toujours été très bien tolérée par les malades : peu de nausées, à peine quelquefois des vomituritions peu abondantes, un effet purgatif en général assez modéré, tels ont été les résultats observés.

En tous cas, il nous semble que de nos essais ressortent deux enseignements utiles : d'une part, le fait empirique de l'efficacité, non douteuse en certains cas, de la médication contre les coliques hépatiques; d'autre part, la démonstration de l'erreur, dans laquelle étaient tombés les médecins américains, prenant pour des calculs biliaires ces concrétions fécales particulières, qui ne sont que des résidus de la digestion ou plutôt de l'*indigestion* du médicament lui-même.

C'est là sans contredit un des meilleurs exemples des résultats d'une observation incomplète, et aussi sans doute un des chapitres les plus topiques de l'histoire des illusions de la thérapeutique.

Tout n'est pas illusion cependant : les malades bénéficient assurément de cette méthode un peu bizarre; et, si la physiologie pathologique ne nous montre pas bien le comment de l'amélioration ainsi obtenue, la clinique, qui ne peut en contester la réalité, a le droit de s'en approprier le bénéfice.

Voici le résumé de nos observations :

Obs. I. — Religieuse, âgée de quarante-huit ans, atteinte depuis dix ans de coliques hépatiques frustes, à type gastralgique. Deux attaques franches, avec ictère, en 1883 et en 1886.

Au printemps de 1888, troisième attaque pareille aux précédentes. Depuis, chaque époque menstruelle est accompagnée de crises plus ou moins aiguës.

Traitement entrepris cinq semaines après la dernière colique, alors que persistaient encore des douleurs sourdes au niveau de la vésicule, et une teinte subictérique des téguments. Matité hépatique verticale, 12 centimètres, avec rénitence profonde et sensibilité douloureuse au niveau de la vésicule.

Traitement le 23 mai : deux selles dans les vingt-quatre heures, contenant un très grand nombre de concrétions ayant les caractères mentionnés plus haut.

Le lendemain, matité hépatique verticale de 11 centimètres, vésicule indolente et ne se percevant plus à la palpation.

Les jours suivants, l'état général s'améliore, et la malade reprend ses occupations, tout en restant faible, un peu subictérique et sans grand appétit.

Deux semaines après, nouvelle colique hépatique identique aux précédentes. On réitère le traitement; on obtient trois selles, dont le tamisage laisse une centaine environ de concrétions identiques.

Depuis ce moment, amélioration immédiate; il n'y a plus eu jusqu'à aujourd'hui de grandes crises. A peine la malade sent-elle un peu son foie au moment de chaque époque; l'ictère n'a plus reparu, et le soulagement est, en somme, incontestable.

Obs. II. — Mme R., soixante-deux ans. Antécédents lithiasiques héréditaires et collatéraux. La malade souffre de coliques hépatiques depuis douze ans; de cinquante-sept à soixante ans, crises continuelles et très intenses. Depuis, répit.

Malade obèse, couperosée, à conjonctives subictériques, dyspeptique et névropathe. Le foie dépasse de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, et la région de la vésicule est très douloureuse à la palpation.

Traitement le 30 mai : huile aromatisée avec de l'essence d'anis ; première selle liquide et sans calculs, au bout de quatre heures ; puis, dans le courant de la journée, quatre selles, dont le tamisage laisse 60 grammes environ de concrétions.

La malade reprend huit jours après une nouvelle dose; même résultat obtenu au tamisage. L'amélioration reste douteuse.

Obs. III (due à l'obligeance de M. le professeur Hayem). — Femme de cinquante ans. Lithiase hépatique depuis plusieurs années; pas de crises depuis deux ans, quand, depuis trois mois, série de crises subaiguës, avec ictère paroxystique et persistant. Démangeaisons atroces, anorexie, amaigrissement.

Un peu de congestion du foie au début. Urines ictériques et urobiliques tout le temps.

Le traitement produit une superpurgation, avec émission de nombreuses concrétions du type déjà décrit.

Depuis ce moment, l'ictère et les démangeaisons disparaissent, l'appétit revient en partie. La malade se trouve très améliorée et est envoyée à Vichy.

Obs. IV. — Mme B., âgée de quarante-cinq ans, est une grande et forte femme, pourvue d'un embonpoint qui va presque jusqu'à l'obésité.

Elle n'a jamais été malade, n'a pas eu d'enfants et ne présente aucun passé pathologique; ses antécédents héréditaires sont également négatifs.

En novembre 1887, première attaque de colique hépatique, survenant la nuit et accompagnée de douleurs très vives.

En janvier 1888, nouvelle attaque suivie d'un léger ictère de quelques jours de durée.

De janvier à mars, série d'attaques survenant presque toutes les semaines, toujours pendant la nuit, très douloureuses et ne cédant qu'aux injections de morphine.

La dernière attaque a eu lieu le 25 mai.

Le 28 au matin, Mme B. prend deux grands verres d'huile d'olive à un quart d'heure d'intervalle, puis reste deux heures couchée sur le côté droit. Le médicament est bien supporté et ne provoque aucun vomissement.

Dans la soirée et la nuit, trois garde-robes assez abondantes, contenant de nombreux débris alimentaires non digérés, la malade n'ayant pas été mise à la diète la veille de la médication. Ces garde-robes, tamisées avec soin, ne contiennent pas de gros calculs. Mais elles laissent reconnaître un grand nombre, une soixantaine au moins, de petits grains blanchâtres, demi-transparents, mous et friables; la forme de ces petits calculs est irrégulièrement ovoïde; leur volume est variable et va du grain de chènevis au grain de blé.

Depuis que la médication a été appliquée, Mme B. se trouve très soulagée et n'a plus les ressentiments douloureux qu'elle éprouvait si souvent, en dehors même des grandes crises, dans la région de la vésicule et de l'épigastre. Ces mêmes régions sont devenues indolentes à la palpation même assez profonde.

Obs. V (*Rosenberg*). — Femme atteinte de lithiase biliaire ancienne, avec une vésicule tuméfiée et douloureuse, paraissant à la palpation contenir de nombreux calculs. L'administration, pendant plusieurs jours de suite, de 100 à 180 grammes d'huile d'olive, amène l'évacuation de 629 calculs.

A la suite de cette médication, la vésicule diminue très notablement de volume, et tous les accidents locaux disparaissent.

Obs. VI (due, ainsi que la suivante, à l'obligeance de M. le docteur Bucquoy et de son interne M. Bezançon). — Femme âgée de vingt-huit ans. Première colique hépatique avec ictère, six ans auparavant, six semaines après un accouchement. Depuis, grand nombre de crises, la plupart avec ictère passager; pendant ces deux dernières années toutefois, les crises ont été moins nombreuses.

La dernière attaque a eu lieu le 15 juillet 1888, et depuis ce moment le foie est resté douloureux et tuméfié; il dépasse assez notablement les fausses côtes.

Traitement administré le 23 juillet. Diarrhée modérée et évacuation d'une vingtaine de concrétions grisâtres, de forme irrégulière et anguleuse et dont la grosseur ne dépasse pas, pour les plus volumineuses, le volume d'une fève. La consistance de ces concrétions ressemble à celle du beurre frais, et elles s'écrasent facilement par la pression du doigt.

Les jours suivants, la douleur locale diminue, puis disparaît; le foie rentre dans ses limites normales; la malade se trouve très soulagée et quitte l'hôpital au bout de huit jours.

Obs. VII. — Femme âgée de quarante-trois ans. Première colique hépatique en 1885, très intense et suivie d'un ictère de deux mois de durée. Presque immédiatement après, colique néphrétique, avec émission de cinq petits calculs urinaires.

Depuis ce moment, huit attaques de coliques hépatiques, suivies chaque fois de coliques néphrétiques avec graviers constatés dans les urines.

Aujourd'hui, 29 juillet 1888, la malade entre à la suite de sa dixième attaque de colique hépatique. Elle est subictérique ; les urines contiennent des traces de biliverdine; les matières fécales ne sont pas décolorées.

Traitement le 31 juillet; quelques nausées sans vomissements, six selles bilieuses.

Les matières, tamisées et lavées à grande eau, laissent, d'une part, des concrétions demi-molles, du type déjà décrit, d'autre part, une quinzaine de calculs biliaires, de la grosseur moyenne d'un pois, taillés à facettes, d'une consistance absolument ferme, et présentant à la coupe les trois couches caractéristiques et l'aspect strié des calculs de cholestérine.

Les jours suivants, amélioration rapide, cessation des douleurs et du subictère, et bientôt la malade quitte l'hôpital, se considérant comme guérie.

Clinique médicale.

SUR UN CAS DE PLEURÉSIE HÉMORRHAGIQUE PRIMITIVE TERMINÉE PAR GUÉRISON (Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 12 octobre 1888, par M. TROISIER, agrégé, médecin de la Pitié).

La pleurésie hémorrhagique est loin d'être toujours symptomatique d'une néoplasie de la plèvre. Il existe une variété de pleurésie aiguë dans laquelle l'exsudat est sanguinolent d'emblée par le fait de l'intensité de la phlegmasie. Dans ce cas, « l'hémorrhagie est initiale, comme le dit Jaccoud (*Path. int.*, 1871, t. II, p. 133) et résulte de la fluxion capillaire qui marque le début de la pleurésie aiguë ». Je la désigne sous le nom de pleurésie hémorrhagique primitive. C'est la pleurésie hémorrhagique fibrineuse de notre collègue R. Moutard-Martin (*Etude sur les pleur. hém.*, 1878), qui la distingue ainsi de la pleurésie hémorrhagique néo-membraneuse, ou hématome de la plèvre, variété dans laquelle l'hémorrhagie est secondaire et produite par la déchirure des vaisseaux de nouvelle formation. Laennec a parfaitement établi cette distinction dans un passage peut-être connu et que je tiens à citer. « J'appelle, dit-il (*Ausc. méd.*, 4e édit., t. II, p. 420), pleurésie hémorrhagique aiguë la réunion d'une hémorrhagie ordinairement légère à l'inflammation de la même membrane. » Et, plus loin, p. 423 : « Il me paraît certain... que la pleurésie hémorrhagique, qui, souvent, est telle dès le premier jour, peut aussi quelquefois ne le devenir qu'au bout d'un certain temps, et particulièrement à l'époque où les vaisseaux sanguins commencent à se développer dans les fausses membranes... Ces deux cas peuvent quelquefois être distingués d'après la marche de la maladie, la pleurésie hémorrhagique primitive étant remarquable dès les premiers jours par l'intensité des signes de l'épanchement, tandis que celle dont nous parlons en ce moment présente plus ou moins subitement une augmentation de ces signes après une fausse convalescence. »

Ces deux variétés de pleurésie hémorrhagique simple, comme M. R. Moutard-Martin l'appelle encore, sont curables, et souvent les malades se rétablissent rapidement. Une seule ponction suffit parfois pour amener la guérison.

Certes, il n'est plus nécessaire de réagir contre l'opinion excessive des médecins qui considéraient la pleurésie hémorrhagique comme une affection nécessairement secondaire et du pronostic le plus grave. J'ai pensé, cependant, qu'il n'était pas sans intérêt de vous communiquer un fait qui est, à mes yeux, un exemple évident de pleurésie hémorrhagique primitive, et qui en démontre la curabilité.

Un jeune homme, actuellement âgé de vingt-quatre ans, est entré dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, le 29 mai 1886, pour une pleurésie droite. Un mois auparavant, il avait été pris, en courant, d'un violent point de côté. Il vint à la consultation de l'hôpital, ou on lui appliqua des ventouses sèches; ne pouvant plus continuer à travailler et se sentant de plus en plus faible, il vint demander son admission.

Le jour de son entrée, l'épanchement pleural n'était pas très abondant. La matité ne dépassait pas l'angle inférieur de l'omoplate; cependant la base du thorax, de ce côté, était déjà un peu dilatée. La toux était quinteuse, pénible, sans expectoration; il y avait une grande difficulté de la respiration et une violente douleur thoracique, la fièvre était élevée (T. R., 39°,5), la prostration considérable; des sueurs abondantes et générales se produisaient à chaque instant; l'inappétence était complète, l'urine très albumineuse.

Pendant trois ou quatre jours, on ne constata point de changement dans cet état. La fièvre était toujours très violente, la température oscillait entre 40 degrés et 40°,3; la dyspnée était de plus en plus forte, et cependant l'épanchement ne paraissait pas augmenter beaucoup. Mais bientôt j'eus la certitude que la cavité pleurale allait être envahie dans toute son étendue; le 2 juin, la matité remontait jusqu'à l'épine de l'omoplate, au-dessous de laquelle on entendait de l'égophonie et un souffle doux et lointain, tandis qu'au-dessus, dans la fosse sus-épineuse et en avant, existaient des frottements pleuraux très caractérisés.

Le 6, l'épanchement paraissait être à son comble, sans être très abondant peut-être, car la dilatation thoracique n'était pas très prononcée. Une matité absolue existait au-dessus de l'épine de l'omoplate et en avant jusque sous la clavicule; on entendait, dans ces régions, un souffle à timbre caverneux; dans la moitié inférieure du poumon, absence complète du bruit respiratoire. L'oppression était de plus en plus marquée, la fièvre restait aussi forte, avec insomnie et état adynamique. Les sueurs toujours abondantes et les urines très albumineuses.

La thoracentèse était urgente et peut-être avais-je trop attendu. Je la fis en me servant du trocart n° 2, de l'appareil Potain, qui fut enfoncé dans le cinquième espace intercostal, au niveau de la ligne axillaire. Je retirai un litre de liquide qui, dès le début de l'aspiration, était franchement sanguinolent. Le malade fut immédiatement soulagé.

L'examen du thorax ne fut pratiqué que le lendemain de la thoracentèse; il révéla la persistance d'une certaine quantité de liquide; en avant, il n'y avait plus que de la submatité, et l'on y entendait de nouveau le frottement pleural; en arrière, souffle au niveau de la gouttière costo-vertébrale, égophonie au-dessous de l'épingle de l'omoplate.

Les vibrations thoraciques étaient abolies, sauf dans la région sous-claviculaire où elles étaient augmentées. La gêne respiratoire était moins prononcée, la fièvre diminuée (temp. rect., 39°,2 matin et soir).

Dans les deux jours qui suivirent, l'état local resta à peu près stationnaire; le malade était toujours très abattu, pâle, et tourmenté par des quintes de toux très pénibles. Cependant le 11 juin, c'est-à-dire cinq jours après la thoracentèse, on entendit le murmure vésiculaire, très affaibli, dans toute la hauteur du poumon, en arrière et en avant; de souffle, nulle part; quelques frottements disséminés en avant, dans la région axillaire et en arrière vers la partie moyenne.

A partir de ce moment, je constatai chaque jour une amélioration graduelle, en même temps que le reste du liquide épanché se résorbait peu à peu. La toux devint moins fréquente, la gêne respiratoire disparut, l'appétit revint, la température s'abaissa de jour en jour, en présentant de grandes oscillations (1°,5) du matin au soir, et, vers le 1er juillet, la fièvre était complètement tombée. Dès le 25 juin, le malade put descendre au jardin, ses forces étaient revenues, et, le 3 juillet, il voulut absolument quitter l'hôpital.

Pendant tout le cours de cette maladie, D... n'avait expectoré que de rares crachats grisâtres, transparents, dans lesquels on n'a malheureusement pas recherché les bacilles de Koch.

Depuis sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire depuis deux ans et demi, D... est venu me revoir fidèlement tous les cinq ou six mois. Il n'y eut ni récidive de pleurésie, ni aucun accident consécutif. Depuis bien longtemps déjà, la guérison est complète. On ne trouve actuellement à l'auscultation de la poitrine aucune trace de la pleurésie d'autrefois, et il n'existe aucun signe de tuberculose pulmonaire. D... ne tousse pas et il n'éprouve aucune gêne de la respiration. Il a toutes les apparences de la santé; ouvrier dans un atelier d'ébénisterie, il travaille onze heures par jour.

Je reviens maintenant à la nature du liquide exsudé; c'est le point le plus important de cette observation. J'ai

dit qu'il était sanguinolent. Certes, ce n'était pas du sang presque pur, comme dans certains hématomes secondaires de la plèvre; c'était de la sérosité fortement colorée par le sang. Plusieurs gouttes de ce liquide, recueillies vers le milieu de la thoracentèse, furent examinées au microscope; placée sous la lamelle, la sérosité conservait une coloration rosée et l'on y voyait une quantité considérable de globules rouges uniformément disséminés dans la préparation; la numération de ces globules n'a pas été faite. Il y avait çà et là quelques globules blancs, comme on en voit dans tous les exsudats inflammatoires de la plèvre.

Ce liquide était très fibrineux, et, après vingt-quatre de repos, il s'était formé dans toute sa masse un léger coagulum coloré en rouge par le sang, surtout dans les parties déclives.

Ma première hypothèse, en voyant l'épanchement hémorrhagique, a été celle d'une pleurésie tuberculeuse; mais cette interprétation peut-elle être soutenue? Je ne le crois pas. Je pourrais d'abord me retrancher derrière l'opinion émise par R. Moutard-Martin sur les rapports de la pleurésie hémorrhagique avec la tuberculose pulmonaire, opinion qu'il a formulée de la façon suivante : « La variété tuberculeuse coïncide toujours avec la tuberculose miliaire ». La guérison de mon malade est la meilleure preuve qu'il n'était pas atteint de tuberculose miliaire aiguë. Mais, en supposant qu'il ait eu dans le poumon droit quelques granulations, aujourd'hui inoffensives, doit-on nécessairement en conclure que la pleurésie était tuberculeuse ? On m'accordera facilement, je pense, qu'il ne s'agissait point ici d'une tuberculose pleurale plus ou moins étendue, avec néo-membranes vascularisées et exsudation hémorrhagique secondaire. La résorption de l'épanchement eût-elle été aussi rapide, une fois la thoracentèse faite? La guérison de la pleurésie eût-elle été définitive ? Je ne crois pas me tromper en disant que j'avais affaire à une pleurésie simple, mais excessivement violente : l'hyperthermie, la prostration des forces, la dyspnée excessive, l'albuminurie, les sueurs abondantes rappellent une maladie infectieuse, comme la pneumonie; mais tous ces phénomènes ne prouvent rien au point de vue de la tuberculose. Ce qui ne veut pas dire que cette affection ne conserve pas, comme toute pleurésie, une signification fâcheuse pour l'avenir.

On me permettra de faire remarquer combien la thoracentèse a été utile; elle a véritablement sauvé mon malade qui allait mourir de suffocation, quoique l'épanchement ne fût pas considérable; mais la gravité de la situation tenait sans doute autant à la pleurésie qu'à la congestion pulmonaire concomitante. A partir de la thoracentèse, tout alla pour le mieux, et la résorption du liquide restant se fit en moins de huit jours ! C'est dire que non seulement l'épanchement ne se reproduisit point, mais qu'il n'y eut aucune menace de suppuration de la plèvre. C'est du reste la règle en pareil cas; il est tout à fait exceptionnel, comme le dit R. Moutard-Martin, que les pleurésies franchement hémorrhagiques deviennent purulentes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DES CLOIZEAUX.

Sur les alcaloïdes de l'huile de foie de morue. Note de MM. *Arm. Gautier* et *L. Mourgues*. — Après avoir montré dans de précédentes communications que les huiles de foie de morue fauves contiennent un demi-millième environ de leur poids d'un mélange de six alcaloïdes généralement très actifs, véritables leucomaïnes dissoutes par le corps gras, après la mort de l'animal, à l'intérieur des cellules hépatiques; après avoir décrit ceux de ces alcaloïdes qui sont volatils : *butilamine, amylamine, hexylamine, hydrodiméthylpyridine;* MM. Gautier et Mourgues font connaître aujourd'hui les deux bases fixes qui les accompagnent : l'*aselline* et la *morrhuine*.

La première est une base faiblement active sur les animaux et n'existe qu'en faible proportion dans les huiles de foie de morue. A dose relativement forte, elle produit la fatigue, l'ahélation et la stupeur.

La seconde forme le tiers de la totalité des bases de l'huile de foie de morue ; une cuillerée à bouche en contient deux milligrammes environ, quantité non négligeable. En effet, cette base jouit de propriétés excitantes de l'appétit, diaphorétiques et surtout diurétiques des plus remarquables. A forte dose elle produit la fatigue et l'hébétude.

Nouvelle contribution a l'étude des concrétions sanguines par précipitation. Note de M. *G. Hayem*. — On sait depuis longtemps que les transfusions faites avec du sang d'une espèce différente déterminent souvent des hémorrhagies. Ces accidents ont été attribués par Landois à de petites embolies formées soit par des amas de globules étrangers, soit par des conglomérats de stromas globulaires : Worm Muller, au contraire, a invoqué une altération de la paroi des vaisseaux suscitée par le sang étranger.

M. Hayem a repris cette étude à l'aide d'expériences exécutées avec du sang complet, injecté d'animal à animal par les voies les plus directes. En voici les résultats :

1° L'introduction d'un sang étranger dans les vaisseaux d'un animal donne lieu à une action réciproque des deux sangs l'un sur l'autre, se traduisant anatomiquement par de profondes modifications des éléments figurés. Ces modifications varient dans chaque expérience suivant les espèces animales utilisées et les doses de sang injecté, mais elles sont toujours de même ordre. Elles consistent en deux faits principaux : formation de concrétions par précipitation, plus ou moins nombreuses et volumineuses; altérations diverses des hématies avec dissolution de l'hémoglobine.

2° Dès que le sang étranger pénètre dans les vaisseaux du transfusé, il se produit des amas d'hématoblastes qui forment bientôt des masses granuleuses. A ces amas s'ajoutent des globules blancs et un nombre variable de globules rouges. Ainsi prennent naissance d'innombrables petits caillots qui rendent le sang grumeleux, vont oblitérer un nombre plus ou moins considérable de petits vaisseaux et produisent des hémorrhagies par embolies. En même temps il y a presque toujours une destruction active des hématies par dissolution de l'hémoglobine. L'action dissolvante s'opère soit sur l'une seulement des deux espèces de sang, soit sur les deux à la fois. Cependant, la mise en liberté de l'hémoglobine dans le mélange sanguin n'est pas la cause productive des concrétions par précipitation, car celles-ci se forment instantanément avant toute dissolution globulaire. Les stomas mis en liberté peuvent en s'aglutinant donner lieu à des amas plus ou moins volumineux; mais, contrairement à l'opinion de Landois, ces amas de stromas ne paraissent pas concourir à la production des lésions emboliques.

3° Ce sont les transfusions faites sur le chien avec le sang du bœuf qui provoquent les concrétions les plus volumineuses.

4° A la suite des injections de sang de bœuf ou de cheval au chien la dissolution globulaire est relativement peu prononcée; ce sont les lésions emboliques qui dominent. Au contraire, lorsqu'on injecte du sang de chevreau au chien, les lésions emboliques paraissent nulles, tandis que la destruction globulaire est d'une remarquable rapidité. Elle porte principalement sur les éléments du chevreau.

5° Quand les concrétions par précipitation sont très petites, elles s'arrêtent surtout dans les vaisseaux de l'intestin et des reins (injections de sang de cheval chez le chien). Lorsqu'elles sont volumineuses, elles produisent des lésions plus étendues et notamment des lésions pulmonaires, de sorte que les animaux succombent parfois en quelques minutes par asphyxie (injections de sang de bœuf chez le chien ou de sang de chien chez le chevreau).

6° En dépouillant le sang des hématoblastes, ces sortes de transfusions diminuent la coagulabilité du mélange sanguin. Dans certaines conditions (réalisables dans les injections de sang de cheval chez le chien), ce mélange peut ainsi devenir presque absolument incoagulable. Lorsque, au contraire, les globules rouges sont rapidement dissous, sans qu'il se forme une quantité appréciable de concrétions hématoblastiques, la coagulabilité du mélange sanguin est augmentée (injections de sang de chevreau chez le chien). Dans ce dernier cas la mort est plus tardive ; elle paraît due aux conséquences des lésions rénales (urémie).

7° L'action d'un sang complet, aussi dépourvu que possible de ferment de la fibrine, étant plus grande encore que celle d'un sérum étranger, il est impossible de rapporter les effets nocifs de ces diverses transfusions, faites avec un sérum ou un sang étrangers, au point de la coagulation fibrineuse. Comme, d'autre part, ces effets ne paraissent pas liés, non plus, à la nature des matières albuminoïdes ou des sels, leur cause reste indéterminée. Elle se rapporte peut-être à des substances chimiques et en quelque sorte individuelles (spécifiques) qui seraient variables suivant les espèces de sang et qui agiraient sur les éléments anatomiques, particulièrement sur les hématoblastes. En tout cas, les concrétions par précipitation ressemblent à celles qu'on obtient artificiellement en faisant agir sur du sang phlegmasique la solution de bichlorure de mercure, dont l'auteur se sert pour la numération des globules du sang.

8° Ce conflit entre deux espèces de sang différentes est de nature à jeter un certain jour sur la pathogénie des maladies hémorrhagiques. Les expériences précédentes tendent, en effet, à démontrer que l'adultération du sang par des principes d'origine cellulaire peuvent provoquer la formation de concrétions par précipitation grumeleuse et, par suite, des lésions emboliques hémorrhagiques.

Sur l'élimination par les urines des matières solubles vaccinantes fabriquées par les microbes en dehors de l'organisme. Note de MM. *A. Charrin* et *Armand Ruffer*. (Voy. la *Gazette hebdomadaire* du 19 octobre 1888, p. 666.)

Séance du 22 octobre 1888. — Présidence de M. Daubrée.

Sur la vaccination préventive du choléra. Lettre de M. *Ferran* (de Barcelone). — Il s'agit d'une réclamation de priorité touchant la découverte du vaccin anticholérique, réclamation basée sur une série de documents envoyés par l'auteur pour la Commission du prix Bréant.

Académie de médecine.

Séance du 23 octobre 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. le docteur *Bernard* envoie une brochure sur *la reconstruction de l'hôpital civil de Grenoble.*

Mme le docteur *Tkatcheff* adresse une *Étude* sur *la situation hygiénique de l'ouvrier en Russie.*

M. le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg transmet le programme d'un prix de 5000 roubles, destiné à stimuler les recherches sur la nature du poison qui se développe dans le poisson salé non cuit.

M. *Le Roy de Méricourt* dépose un mémoire de M. le docteur *Maurel* sur deux cas de *filariose.*

M. *Regnauld* présente un mémoire de M. *Fortuné* concernant *l'action des antipyrétiques.*

M. *Bergeron* présente une *Étude* de M. le docteur *Guiraud* (de Montauban) sur *les causes de dépopulation dans la région du sud-ouest de la France.*

M. *Léon Colin* dépose un mémoire de MM. les docteurs *Kiener* et *Kelsch* sur *la nature de l'hépatite suppurée des pays chauds.*

M. *Bouchard* présente la 3[e] édition des *Nouveaux éléments de pathologie médicale*, par MM. les docteurs *A. Laveran* et *J. Tessier.*

M. *G. Sée* dépose un ouvrage de M. le docteur *Moncorvo* (de Rio-de-Janeiro) sur *le traitement de l'asthme chez les enfants.*

M. *Fournier* présente, au nom de M. le docteur *d'Espine*, un *Rapport médical sur l'œuvre du Comité genevois des bains de mer.*

M. *Armand Gautier* dépose deux nouveaux fascicules du *Traité de chimie minérale et organique*, de MM. *Wilm* et *Hanriot.*

Décès de M. Abadie. — M. le Président exprime les regrets de l'Académie pour le décès de M. *Abadie*, vétérinaire distingué de Nantes, correspondant dans la division de médecine vétérinaire.

Contagiosité de la vulvo-vaginite. — M. *Ollivier* lit une note sur un certain nombre de cas de vulvo-vaginite qu'il vient d'observer chez quinze petites filles soignées dans une salle de son service à l'hôpital des Enfants-Malades. Quinze jours après l'arrivée de deux de ces petites filles atteintes de cette affection, les treize autres, soignées pour d'autres maladies, furent successivement contaminées. La transmission s'est faite par les mains des infirmiers et les objets servant au nettoyage. En effet, dès que des précautions antiseptiques spéciales furent prises, il ne se transmit pas de nouveaux cas.

Placenta double dans une grossesse simple. — Le placenta double que M. *Guéniot* place sous les yeux de ses collègues et qui appartient à une grossesse simple, appartient à la variété très rare qui comprend l'existence de deux disques placentaires sensiblement égaux en volume et pourvus, chacun, d'un appareil vasculaire propre qui émane directement du cordon.

Cette pièce permet de se rendre compte des caractères propres à chacune des anomalies placentaires (placenta bilobé, placenta double), anomalies assez distinctes pour qu'il soit utile de ne pas les confondre. Ce n'est pas seulement au point de vue anatomique que cette séparation est légitime, mais c'est encore au point de vue clinique et même au point de vue médico-légal.

Quant au côté clinique, il est surtout relatif à la délivrance et à ses complications. Dans ce cas de duplicité vraie, puisque chaque placenta possède un système vasculaire indépendant, ce n'est pas l'examen de l'un qui permettrait d'affirmer l'existence de l'autre. L'inspection des membranes serait tout aussi impuissante à déceler la rétention d'un des disques de la matrice. Et cependant, en raison même de son importance matérielle et de sa gravité plus grande, cette rétention devient plus indispensable encore à reconnaître que quand il s'agit d'un simple cotylédon. Or, pour acquérir cette notion, c'est à l'inspection du cordon qu'il faut recourir. Le cordon qui, en pareil cas, s'insère presque toujours sur les membranes, aura peut-être été arraché. Au lieu de le jeter à l'écart, il importe essentiellement d'examiner ses attaches jusqu'à sa bifurcation. Au point de vue médico-légal on pourrait supposer en présence d'un pareil placenta qu'il y a eu grossesse et infanticide ; c'est encore l'examen du cordon qui seul pourrait empêcher toute erreur en pareil cas.

Vaccination. — Dans son Rapport officiel sur les vaccinations pratiquées en France et dans les possessions françaises de 1887 à 1888, M. *Hervieux* examine tout particulièrement le développement qu'a pris depuis quelques années, en France et à l'étranger, la vaccination animale. Il énumère les nombreux Instituts, établissements ou services, qui la pratiquent aujourd'hui et indique, avec les plus grands détails, les avantages que procure ce mode d'inocu-

lation vaccinale, tout en rendant pleine justice aux résultats obtenus à l'aide du vaccin jennérien. On a surtout accusé ce dernier d'exposer à la transmission de la syphilis; mais ces faits sont extrêmement rares et même il y aurait lieu de les soumettre à une enquête approfondie, car M. Hervieux a fait pour son propre compte 41202 vaccinations de bras à bras à l'Académie depuis neuf années sans jamais avoir constaté le moindre accident. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que le vaccin animal met à l'abri d'une façon absolue contre tout danger de ce côté; il permet d'inoculer dans un espace de temps très court de grandes masses de sujets, sa production pouvant être en quelque sorte illimitée; l'excellence des résultats immédiats qu'il fournit est un argument de plus en sa faveur. Depuis que l'Académie consacre une séance chaque semaine à la vaccination animale, les vaccinations ont fourni autant de succès que d'inoculations et on a obtenu autant de boutons que de piqûres, bien que la lancette servît, une fois chargée, pour les six piqûres classiques.

Quant à la pulpe vaccinale, il est certain que sa virulence l'emporte de beaucoup, non seulement sur celle du vaccin humain conservé, mais sur celle de la lymphe animale, pourvu qu'elle soit employée peu de temps après la récolte, quelques semaines au plus, l'activité du virus commençant à décroître sensiblement au bout de ce laps de temps.

Au cours de ce remarquable historique, M. Hervieux signale les efforts faits par les médecins militaires pour développer aussi pratiquement que possible la vaccination animale dans l'armée; il rend compte des succès obtenus et des avantages que la généralisation de la vaccination a permis de recueillir à l'égard de la prophylaxie de la variole. Aussi se croit-il autorisé à exposer au ministre la nécessité de ne plus laisser le service de vaccination animale de l'Académie dans une situation précaire, et en particulier de lui permettre de disposer d'une étable pour recevoir et conserver les animaux, au lieu d'être obligée de s'adresser à la complaisance et à la libéralité de son fournisseur de génisses.

— L'Académie se réunit ensuite en comité secret pour discuter les propositions de récompenses qui terminent le rapport de M. *Hervieux*, et afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. *Vidal* sur le concours pour le prix Daudet en 1889.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Taille hypogastrique pour calculs enchatonnés : M. Berger. — Traitement du cancer de l'utérus : M. Verneuil (Discussion : M. Després).

M. *Berger* présente une dizaine de calculs, pesant ensemble 190 grammes, qu'il a extraits par la taille hypogastrique de trois cellules vésicales où ils étaient enchatonnés. Il a fallu dilater l'orifice de la cellule pour aller saisir les pierres. Ces pierres ont une composition assez anormale. Elles ont une périphérie en phosphate ammoniaco-magnésien et leur noyau, formé par places d'acide urique ou d'oxalate de chaux, est ailleurs constitué par un noyau de cholestérine.

— M. *Verneuil* fait une communication sur l'*amputation partielle du col de l'utérus pour cancer de cet organe.*

Depuis longtemps déjà, deux méthodes sont en présence pour chercher à obtenir dans le cancer du col de l'utérus, sinon la cure radicale, tout au moins une prolongation notable de la vie: l'une est l'ablation totale de l'organe malade; l'autre est l'amputation du col seulement.

En 1884, à propos d'observations de Jules Bœckel, la question a été déjà discutée à la *Société de chirurgie*, et l'hystérectomie totale a rallié peu d'adhérents. Elle était devenue moins sûrement mortelle qu'au temps de Récamier, mais ses risques étaient encore trop grands pour qu'elle pût être nettement préconisée. Depuis, on est revenu peu à peu de cette opinion, et presque tous les membres de la Société à l'exception de MM. Verneuil et Polaillon paraissent partisans de l'hystérectomie totale.

C'est de ce jugement, qui n'a pas encore été formulé dans une discussion approfondie, que le professeur Verneuil a désiré en appeler dans le travail que nous analysons.

En 1884, le chirurgien de la Pitié a inséré dans les *Archives générales de médecine* un travail sur l'amputation du col de l'utérus en deux hémisections faites à l'écraseur linéaire.

Dix-sept opérations se trouvaient relatées dans ce mémoire et la première d'entre elles remontait à une trentaine d'années. Or, en additionnant les mois de survie dont chaque malade avait bénéficié, la moyenne obtenue était de dix-neuf mois par tête. Moyenne sûrement inférieure à la réalité, car elle comprenait tous les décès et arrêtait au contraire à une date trop précoce l'observation des femmes encore vivantes, avec ou sans récidive.

Or, depuis 1884 — et en faisant abstraction des malades perdus de vue — les nouvelles opérations de M. Verneuil relèvent la moyenne à vingt-trois mois par tête pour la série antérieure à 1884; et depuis cinq cas sont venus s'ajouter qui améliorent encore la statistique. Toutes ces femmes, en effet, sont encore vivantes, deux depuis quarante-trois mois, les autres depuis quarante, dix-sept et trois mois. La survie moyenne arrive ainsi à vingt-neuf mois.

Et elle devra s'accroître encore. La moyenne est donc meilleure dans la deuxième série. La cause en est dans l'absence de mort immédiate, et aussi dans l'absence des opérations incomplètes. Dans la première série, en effet, il y en a huit, dont quatre ont été faites instantanément et ont été révélées par l'examen histologique de la surface de section. C'est que peu à peu, le procédé des deux hémisections aidant, les opérations ont été conduites avec plus d'habileté.

La question des récidives mérite qu'on y insiste. Au total, il y a neuf repullulations du mal sur place: huit ont été à peu près immédiates; une seule est tardive et marche lentement. Six fois au moins l'examen histologique du moignon a prouvé que l'opération avait été incomplète. Une des malades, opérée en 1872, ayant succombé en trois jours à une péritonite (le cul-de-sac péritonéal avait été ouvert), il reste douze malades sur vingt-deux chez lesquelles la cicatrice utérine est restée indemne de toute néoplasie. Cinq d'entre elles ont été perdues de vue trois ans et plus; trois sont encore bien portantes depuis cinq ans, dix-sept mois et trois mois; deux sont mortes de récidive ganglionnaire; deux vivent actuellement, mais sont sous le coup de lésions cancéreuses extra-utérines.

Pour le cancer que peut circonscrire nettement une chaîne d'écraseur jetée autour de la base du col, M. Verneuil affirme que l'amputation partielle de l'utérus est aussi efficace que l'amputation totale. Il la préconise exclusivement, parce qu'il n'y a aucune comparaison entre la gravité respective de chacun de ces actes chirurgicaux. L'hystérectomie vaginale, en effet, reste une opération assez meurtrière; l'amputation du col, au contraire, est d'une bénignité remarquable car, sur vingt-deux cas, M. Verneuil n'a eu qu'un décès, en 1872, alors que l'antisepsie était encore rudimentaire, et que le péritoine avait été ouvert par mégarde. Trois fois seulement, dont deux fois avant l'ère antiseptique, des accidents inflammatoires assez inquiétants sont survenus. Deux femmes, en particulier, ont eu une pelvi-péritonite assez grave, et l'une d'entre elles a souffert quelque temps après d'une occlusion rectale sérieuse.

Tout cela n'est rien à côté de la mortalité qui pèse encore sur l'hystérectomie totale, dont M. Verneuil a fait, ou plutôt a fait faire trois essais dans son service; car, avec le libéralisme dont il est coutumier, il a cédé le bistouri à M. Richelot et à M. Bouilly. Or ces interventions, exécutées avec toute l'habileté désirable, ont fourni une mort par hémorrhagie au troisième jour, une récidive immédiate et une autre au bout de six mois. De plus, il est venu échouer à la Pitié une femme opérée ailleurs il y a un an et aujourd'hui moribonde d'une récidive qui comprime l'uretère, après avoir conduit à pratiquer l'anus iliaque pour occlusion rectale. Soit quatre opérations, avec cinq mois et demi de survie moyenne.

M. Verneuil a donc cru devoir cesser ses essais et il soutient que l'hystérectomie totale doit être réservée aux seuls cas où les lésions ont gagné, par la muqueuse, vers la cavité du corps. On doit se borner à enlever le col toutes les fois que l'on peut placer une chaîne d'écraseur sur une partie saine au-dessous du cul-de-sac vaginal.

En dehors du cancer, l'amputation partielle du col a encore quelques indications, et 4 observations de M. Verneuil en font foi. Deux d'entre elles concernent des métrites chroniques avec col volumineux et dur ayant simulé un cancer utérin. Une des malades a été opérée après une franche erreur de diagnostic. Sur l'autre, manifestement prêtresse de Bacchus et de Vénus, M. Verneuil avait fait quelques réserves. Elle a guéri d'hémorrhagies qui mettaient sa vie en danger. La première, opérée avant l'emploi de la méthode antiseptique, a succombé. Ces faits prouvent encore que l'examen histologique est indispensable pour juger la question de la survie après les opérations pour cancer, car seul cet examen met sûrement à l'abri des erreurs de diagnostic.

M. *Després* se déclare partisan de l'abstention. Les prétendus succès sont des erreurs de diagnostic contre lesquelles le microscope — auquel il ne croit guère — ne met pas à l'abri.

M. *Verneuil* pense que M. Després sera à peu près seul de son avis sur la valeur du microscope.

— M. *Pozzi* lit un rapport sur trois travaux de M. *Galvani* (d'Athènes):

1° *Trépanation* au niveau d'un enfoncement crânien ayant déterminé des accidents épileptiformes. La guérison a été obtenue;

2° *Pansements sans drainage*. Il s'agit de pansements rares avec affrontement exact de la plaie opérée avec une asepsie complète;

3° *Taille hypogastrique*. Ce mémoire est basé sur 7 opérations pour calculs ou pour tumeurs. Il draine la vessie à l'aide d'un seul tube.

— M. *Tachard* lit un mémoire *contre l'extraction des balles de revolver dans l'oreille*.

A. B.

Erratum. — Dans le n° 41, page 650, une erreur d'impression a fait attribuer à M. *Charot* un mémoire dû à M. le docteur *Charvot*, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Société de biologie.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Disparition de l'excitabilité motrice et sensitive dans les nerfs: M. Kauffmann. — Présentation d'ouvrage: M. Brown-Séquard. — Sur la toxicité de différents gaz: M. Gréhant. — Sur l'immunité produite par les matières solubles sécrétées par les microbes pathogènes: MM. Charrin et Ruffer.

M. *Kauffmann* a étudié sur le nerf sciatique de la grenouille le mode de disparition de l'excitabilité motrice et sensitive, après la ligature de la patte du côté du nerf excité. Il décrit la méthode dont il s'est servi pour procéder à cette recherche. Les résultats qu'il a obtenus peuvent se résumer ainsi: l'excitabilité motrice disparaît du centre à la périphérie et l'excitabilité sensitive, au contraire, de la périphérie au centre. Quand l'excitation par un courant induit du segment supérieur du nerf ne détermine plus de contractions du gastro-cnémien (au bout d'un temps variable après la ligature en masse de la patte, suivant le procédé de Claude Bernard), si alors on excite un segment du nerf plus bas, il se produit encore des secousses. Le fait est d'autant plus curieux que la portion supérieure du nerf, devenue inexcitable, est seule à recevoir encore du sang. Pour l'excitabilité sensitive, sa disparition se fait précisément en sens inverse.

Il resterait à interpréter ces phénomènes. M. Kauffmann rappelle que Vulpian avait pensé que le nerf lui-même n'intervient pas dans leur production et que leur cause est dans le muscle même. Mais, s'il en était ainsi, on ne comprendrait pas que l'excitation d'un segment inférieur du nerf déterminât encore des contractions. De plus, l'excitation directe du muscle reste toujours efficace. M. Kauffmann serait plutôt tenté de croire qu'il s'agit là d'une action inhibitoire exercée par les terminaisons nerveuses (placées dans une condition anormale, privées de sang?) sur les parties supérieures du nerf; mais il reconnaît que cette opinion est purement hypothétique. — On ne pourrait faire de même que des hypothèses pour essayer d'expliquer la différence qui existe entre le mode de disparition de l'excitabilité sensitive et le mode de disparition de l'excitabilité motrice.

— M. *Brown-Séquard* présente, de la part de l'auteur, la thèse de M. *Minovici* sur la mort subite causée par les coups portés sur l'abdomen ou le larynx.

— M. *Gréhant* a cherché quel serait le gaz toxique le plus commode à employer pour détruire les animaux nuisibles, les lapins par exemple, dans les pays où ils deviennent trop abondants. Il a à ce point de vue expérimenté l'hydrogène sulfuré, l'acide carbonique, le sulfure de carbone. C'est ce dernier qui donne les meilleurs résultats; il agit très vite, à très petite dose et serait le moins coûteux.

— M. *Charrin* a vu avec M. *Ruffer*, en poursuivant leurs recherches relatives à l'immunité, que, si l'on injecte à un lapin des cultures pures du microbe pyocyanique, mais débarrassées de tout microbe, et si l'on recueille les urines de ce lapin et qu'on les injecte, après en avoir chassé tous les micro-organismes qu'elles peuvent contenir, à d'autres lapins, ceux-ci ont acquis l'immunité contre la maladie pyocyanique; ils résistent à une injection intraveineuse de microbes de la pyocyanine, mais ils peuvent néanmoins présenter des symptômes de la maladie pyocyanique. Ainsi les auteurs montrent un lapin qui a subi ce traitement et qui a survécu, mais qui est atteint d'une paralysie pyocyanique manifeste.

REVUE DES JOURNAUX

De l'emploi de la créosote sous forme d'eau minérale, dans la tuberculose, par M. Rosenthal. — Peu de médicaments ont dans cette affection une véritable efficacité; on ne peut compter ni sur les lavements gazeux, ni sur les inhalations antiseptiques. « Toutes les inhalations irritantes doivent être évitées, » recommande Leyden. L'arsenic est nuisible et « diminue la résistance de l'organisme qu'il empoisonne » (Buchner).

La méthode de Bouchard donne de meilleurs résultats. Fræntzel, après l'avoir employée dans cinq mille cas, dit que

« la créosote, sans être un spécifique, donne dans certains cas des résultats que l'on demanderait en vain à d'autres médicaments ». Sommerbrodt, après une expérience de quatre mille cas environ, dit que « la créosote est plus qu'un médicament symptomatique ».

Guttmann a empêché toute culture de micro-organismes dans de la gélatine et dans du sérum contenant 1/2000 de créosote. Les bacilles de la tuberculose s'y développent faiblement quand la proportion de créosote est de 1/4000. Il en conclut que la masse de sang d'un être vivant doit renfermer au minimum 1/4000 de créosote pour que le développement des bacilles soit empêché.

Pour remédier à l'intolérance que provoque la créosote en pilules, capsules, etc., l'auteur propose une solution du médicament dans de l'eau gazeuse et du cognac dans les proportions suivantes : eau gazeuse, 970 ; cognac, 30 ; créosote, 0gr,60. Dans un but d'économie, on peut faire usage d'une solution plus concentrée : eau gazeuse, 970 ; cognac, 30 ; créosote, 1gr,20.

Ces solutions, presque sans goût, sont bien tolérées. Pour déterminer leur pouvoir microbicide, l'auteur a répété les expériences de Guttmann et constaté que, même à ce degré de dilution, la créosote détruit un grand nombre de micro-organismes et affaiblit la vitalité des autres.

Le traitement créosoté donne des résultats moins favorables chez les fébricitants qui dépassent 38°,5. Il convient surtout dans les formes initiales désignées sous le nom de catarrhe des sommets. Il doit être commencé de bonne heure et continué longtemps.

Pour faire usage de cette solution, il faut commencer par un sixième de litre après le repas ; le lendemain, un tiers de litre ; puis on augmente chaque semaine la ration journalière d'un sixième de litre, afin d'arriver à prendre par jour 0gr,80 de créosote. A ce moment, on peut faire usage de la solution plus forte, contenant 1gr,20 de créosote par litre. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 6 août et 13 août 1888.)

De la créosote dans la tuberculose pulmonaire, par M. Driver. — L'auteur l'emploie depuis 1879 et ne partage pas l'enthousiasme de beaucoup de médecins pour ce médicament. Quoique en général bien tolérée, la créosote est sans efficacité contre la diarrhée, sans efficacité contre la fièvre, sans efficacité contre les lésions pulmonaires.

Il n'y a qu'une exception à faire concernant la phthisie torpide des scrofuleux. Chez ces malades, elle produit de véritables transformations ; ils la prennent du reste facilement à des doses élevées et prolongées. Pour ne pas discréditer ce médicament, on ferait bien de le réserver uniquement pour cette catégorie de tuberculeux. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 27 août 1888.)

Transplantation de la peau d'un cadavre, par M. Bartens. — Un apprenti brasseur eut les deux pieds profondément brûlés par de la bière bouillante, jusqu'au-dessus des malléoles. Au bout de six semaines, on tenta d'appliquer des greffes cutanées. Une vieille femme étant morte de pyémie, on tailla sur sa cuisse, vingt minutes après la mort, deux grands lambeaux de peau. Lavés à l'eau salée, débarrassés de leur graisse, ces lambeaux furent découpés en morceaux de 1 centimètre de large sur 2 de long et appliqués sur les plaies. Le tout fut saupoudré d'iodoforme et enveloppé dans de la ouate. Douze greffes sur quatorze réussirent à chaque pied. Au bout de quelques jours, elles étaient sensibles à la piqûre d'une épingle et à un simple attouchement. Au bout de six mois, le malade pouvait courir, faire tous les mouvements et avait des cicatrices souples. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 6 août 1888.)

Comment le chirurgien doit-il désinfecter ses instruments ? par M. Hugo Davidson. — L'acide phénique est insuffisant dans la pratique. Il faut, comme le dit Koch, exiger d'un désinfectant de tuer les spores de la pustule maligne, qui sont de tous les micro-organismes les plus résistants. Or, la solution à 5 pour 100 d'acide phénique demande plusieurs jours de contact pour les détruire.

Le sublimé détériore les instruments ; le flambage aussi.

La chaleur sèche ne peut non plus être pratiquement employée. Car il faut une température de 140 degrés et trois heures de contact pour tuer les spores de la pustule maligne.

La vapeur d'eau les tue en quelques minutes, mais son emploi exige des appareils spéciaux.

Reste l'eau bouillante : en prenant la précaution de recouvrir le vase où elle bout, on obtient une température de 100 degrés dans toutes les couches du liquide. Elle détruit les spores de la pustule maligne et à plus forte raison ceux de la diphthérie, de la tuberculose, les micro-organismes du pus, beaucoup moins résistants. Les cultures tentées après l'immersion dans l'eau bouillante pendant cinq minutes sont toutes restées stériles.

Les germes qui se trouvent sur les instruments difficiles à nettoyer, tels que sondes, etc., sont tous détruits à condition que l'eau pénètre bien dans toutes les cavités.

L'eau bouillante n'altère pas le fil des instruments ; un microtome que l'on a immergé a donné d'aussi bonnes coupes après qu'avant.

En résumé, on doit :

Après une opération, laver les instruments à l'eau froide, les brosser, les rincer ; les mettre ensuite dans de l'eau bouillante pendant cinq minutes, en *vase couvert*. Avant une opération, les plonger de nouveau dans l'eau bouillante pendant cinq minutes et, après refroidissement, s'en servir sans avoir recours à aucun liquide désinfectant. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 27 août 1888.)

De l'action de la levure de bière dans les maladies infectieuses, par M. Heer. — Dans une récente épidémie de scarlatine et de diphthérie, l'auteur a employé la levure de bière à l'exclusion de tout autre médicament. La scarlatine évolue sans accident, avec très peu de fièvre. Dans la diphthérie, les fausses membranes s'éliminent vite, et il n'y a aucun accident du côté du cœur ni de paralysies. La dose moyenne est d'une cuillerée d'enfant par heure ; il est recommandé d'employer aussi des gargarismes de levure d'une cuillerée à thé pour cinq d'eau. Ce médicament ne donne pas de diarrhée ; les fonctions digestives sont plutôt relevées. Il donne de bons résultats dans la diarrhée putride des enfants et des typhiques ; le mieux est de donner alors toutes les heures deux à quatre gouttes d'un mélange de levure et de bière dans le rapport d'une partie de levure et de cinq de bière. La levure a été employée dans les maladies cancéreuses et a donné de bons résultats, notamment la guérison complète d'un carcinome des deux seins et la guérison d'un épithélioma de la langue. Dans ces cas, on en a fait un usage à la fois interne et externe. (*Deutsche medicinische Zeitung*, n° 68.)

BIBLIOGRAPHIE

Conférences de thérapeutique de l'hôpital Cochin (1886-1887) : **L'hygiène thérapeutique** (gymnastique, massage, hydrothérapie, aérothérapie, climatothérapie), par M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Cochin, membre de l'Académie de médecine, etc. — Paris, Oct. Doin, 1888.

M. Dujardin-Beaumetz continue à faire bénéficier le grand public médical du remarquable enseignement de clinique thérapeutique qu'il donne à l'hôpital Cochin. Les conférences qui forment la matière de ce volume sont la suite de celles qu'il a publiées l'an dernier sur l'hygiène alimentaire et, avec elles, constituent un exposé complet de l'hygiène thérapeutique.

Fidèle à son programme, qui consiste à faire marcher de

pair devant les élèves la pratique et la théorie, M. Dujardin-Beaumetz s'appesantit surtout sur les questions qui sont du ressort de l'enseignement hospitalier; aussi est-il très bref sur l'*aérothérapie* et la *climatothérapie*, qu'on ne peut étudier à l'hôpital, tandis qu'il étudie à fond la *kinésithérapie*, la *massothérapie*, l'*hydrothérapie*, en utilisant pour l'instruction de ses auditeurs les ressources d'un service fort bien outillé.

S'il nous est impossible de suivre pas à pas l'éminent clinicien dans son exposition riche de faits et de détails, du moins tenons-nous à indiquer quelle méthode il a adoptée. Qu'il s'agisse de la kinésithérapie, de la massothérapie ou de l'hydrothérapie, il entre en matière par un aperçu historique, puis il étudie l'influence de ces divers agents sur les grandes fonctions; enfin, après avoir passé en revue les principales méthodes de gymnastique, de massage, etc., il montre dans quelles conditions pathologiques elles peuvent être mises en œuvre. C'est ainsi qu'il insiste sur les applications de la gymnastique médicale dans le traitement de certaines affections pulmonaires, et de diverses névroses ou dyscrasies.

Nombreuses sont les questions à l'ordre du jour que M. Dujardin-Beaumetz rencontre sur sa route; à ce titre, on lira surtout avec intérêt l'exposé de ses idées sur les indications de la gymnastique respiratoire dans la tuberculose et dans les maladies de cœur, et sur l'emploi de l'eau dans les affections chroniques ou aiguës.

Sans se laisser aller à un engouement excessif pour ces méthodes thérapeutiques qui ont pris une si large place dans la pratique actuelle, M. Dujardin-Beaumetz nous renseigne à merveille sur les services qu'on en peut attendre; il parle le langage d'un clinicien sagace et expérimenté, d'une autorité incontestée. C'est dire que l'avenir réserve à ce volume le même succès qu'à ses devanciers.

L. D.-B.

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'ASSAINISSEMENT DE ROUEN, par M. le docteur JUDE HUE. — Paris, G. Masson, 1888, in-8°.

Il est peu de brochures plus intéressantes à lire que celle dans laquelle M. le docteur Jude Hüe a réuni les divers rapports qui ont été faits depuis deux ans pour servir à l'assainissement de Rouen, ainsi que les indications les plus précises et les plus explicites afin de décider l'adoption des projets en cours. Parmi ces rapports il en est un de l'auteur lui-même, lu au conseil municipal dont il faisait partie; il ne nous paraît pas qu'il soit possible d'être plus démonstratif. Il nous revient cependant que la municipalité rouennaise n'a pas su encore se décider à prendre un parti et que la mortalité de 31,1 pour 100 qui décime ses commettants ne l'émeut pas outre mesure ! Tant il est vrai que les questions d'hygiène sont de celles qu'il est le plus difficile de faire triompher par la persuasion. Cependant, dans le travail de notre savant et dévoué confrère, les conditions manifestes d'insalubrité de Rouen sont clairement montrées, les solutions à intervenir minutieusement étudiées et leurs heureuses conséquences surabondamment prouvées. A ces divers titres, cet ouvrage constitue une remarquable étude d'hygiène locale.

L'HYGIÈNE PUBLIQUE A CHAMBÉRY, notions élémentaires à l'usage des Conseils et Commissions d'hygiène, par M. le docteur BEDOIN. — Chambéry, Imprimerie nouvelle, 1888, in-8°.

Les applications que M. le docteur Bedoin cherche à faire des notions les plus récentes et les plus élémentaires des sciences sanitaires à l'hygiène de Chambéry, où l'appellent momentanément ses fonctions militaires, sont assurément judicieuses; on aime à croire que les édiles et les habitants de cette ville s'inspireront de l'ouvrage si consciencieux et si clair qu'il a écrit à leur intention. La plupart des questions de salubrité à l'ordre du jour y sont indiquées et leurs solutions sont tracées avec bon sens et compétence. C'est ainsi que les procédés d'évacuation des immondices, l'alimentation en eau potable, l'assainissement des habitations, la désinfection en temps d'épidémie, etc., sont successivement examinées et que, pour chacune de ces mesures d'hygiène, toujours difficiles à déterminer quand on a à se préoccuper de leur mise à exécution, M. Bedoin fournit des indications générales et des règles particulières. Il a ainsi dressé un habile *vade-mecum* comme il serait désirable qu'un savant de bonne volonté en fît un pareil dans chaque région; il y aurait intérêt à le charger d'en développer les points principaux dans des cours et des conférences, comme on a pris l'habitude de le faire dans un certain nombre de villes, depuis la création des bureaux municipaux d'hygiène.

ESTUDIOS DE SEMIOLOGIA. TECNICA ESFIGMOGRAFICA, par M. le docteur Antonio ESPINA Y CAPO. — Madrid, 1888, Nicolas Moya.

Monographie de 30 pages, accompagnée de figures et de quatre planches hors texte reproduisant des tracés sphygmographiques de pouls normal et pathologique. L'auteur donne un rapide historique des recherches sphygmographiques, puis étudie le mode d'application des divers instruments de Marey, de Dudgeon, de Mahomed, de Broudel et compare les résultats qu'ils fournissent dans les recherches de physiologie ou au lit du malade. Il décrit en terminant les procédés d'enregistrement des tracés du pouls au moyen du noir de fumée, des clichés photographiques, de la platinotypie et du prussiate ferrique.

DE L'ACTION DU STROPHANTUS DANS LES MALADIES DU CŒUR, par M. le docteur Paul SNYERS, assistant à l'Université de Liège. — Liège, 1888. Vaillant-Carmanne.

Le strophantus, ainsi que le démontrent les recherches de l'auteur, possède une action manifeste sur le cœur, dont il diminue la fréquence des battements dans une notable proportion, et cela souvent dans l'espace de moins d'un jour, en même temps qu'il élève la pression artérielle. Il en résulte une augmentation marquée de la diurèse avec diminution corrélative des œdèmes. Le strophantus offre l'avantage de n'avoir pas d'effets cumulatifs et d'être remarquablement bien toléré par les voies digestives; son administration même prolongée pendant plusieurs semaines ne trouble pas la digestion; l'appétit, au contraire, se réveille sous l'influence de l'amélioration de l'état général. Dans quelques cas cependant on voit apparaître un peu de diarrhée au bout de plusieurs semaines. La durée d'action du strophantus s'étend à deux ou trois semaines environ; à ce moment ses effets thérapeutiques tendent à disparaître et même des doses plus élevées restent inefficaces. Il faut alors en cesser l'emploi et le reprendre, au besoin, après une suspension d'une quinzaine de jours. La préparation dont s'est servi le docteur Snyers est la teinture alcoolique au 1/20ᵉ, à la dose de 10 gouttes à la fois jusqu'à concurrence de 40 à 50 gouttes dans les vingt-quatre heures.

DE L'APOPLEXIE HYSTÉRIQUE, par M. le docteur Charles ACHARD, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1887. Asselin et Houzeau.

Intéressante étude qui établit la réalité de l'apoplexie d'origine hystérique mise en lumière par Debove. Il s'agit d'une apoplexie sans lésion, d'une apoplexie nerveuse, hystérique, qui se montre chez des sujets des deux sexes atteints soit d'hystérie primitive; soit de cette hystérie dite symptomatique des intoxications saturnine, alcoolique, etc. Elle n'est pas un phénomène d'une grande rareté; elle a été peu ou mal connue pendant longtemps parce que l'on admettait en pareil cas une apoplexie par lésion cérébrale et que les autopsies faisant défaut, puisque les sujets ne succombent généralement pas, la vérification ne pouvait être obtenue. Elle s'observe non seulement chez des sujets jeunes, mais parfois même chez des vieillards. Il s'agit d'individus manifestement hystériques; ou bien, dans quelques cas dont le diagnostic est plus difficile, l'apoplexie constitue la première manifestation de la névrose. Cliniquement, elle offre tous les caractères de l'apoplexie par lésions cérébrales; perte de connaissance plus ou moins prononcée, avec ou sans hémiplégie, et persistance de troubles moteurs ou sensitifs plus ou moins complets. La respiration n'est pas stertoreuse; la température reste normale; le pouls est rarement accéléré. On peut supposer

que toujours l'hémiplégie s'accompagne d'anesthésie; peut-être cependant existe-t-il quelque cas d'hémiparésie sans trouble sensitif. On constate souvent une déviation de la face, résultat d'un hémispasme glosso-labié bien étudié par Charcot, et qui siège tantôt du côté de l'hémiplégie des membres, tantôt du côté opposé. Les accidents sont curables par les agents esthésiogènes. Enfin l'auteur établit les conditions dans lesquelles peut se produire le transfert des accidents d'hémiplégie hystérique.

VARIÉTÉS

Académie des sciences. — La Commission des prix de médecine et de chirurgie a décidé de demander à l'Académie de décerner: 1° trois prix de 2500 francs chacun à MM. Hénocque, Hardy et Duplay; 2° trois mentions honorables de 1500 francs chacune à MM. Berger, Gilles de la Tourette et *ex-æquo*: Bailly et Bérenger-Féraud.

Faculté de Médecine de Paris (année scolaire 1888-89). — *Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 3 novembre* 1888:

Cours. — *Anatomie*. — M. Farabeuf: Les viscères thoraciques. — Les vaisseaux sanguins. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Physique médicale. — M. Gariel: Phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit Amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Dieulafoy: Maladies des voies respiratoires. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Chimie médicale. — M. Gautier: Chimie organique générale et médicale. — Jeudi, samedi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre). — Cours spécial de chimie biologique. — Dérivés azotés des albuminoïdes. — Série urique. Ptomaïnes et leucomaïnes. — Digestion; lymphe; sang. — Mardi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue, M. Bouilly (agrégé, chargé du cours): Affections chirurgicales de la cavité de l'abdomen et des organes génitaux de l'homme et de la femme. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Opérations et appareils. — M. Duplay: Thérapeutique des maladies chirurgicales de l'appareil digestif et de ses annexes (bouche, pharynx, œsophage, estomac, intestins, foie, etc.). — Opérations qui se pratiquent sur ces différents organes. — Chirurgie abdominale. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Histologie. — M. Mathias Duval: Les éléments de la génération et l'appareil urinaire. — Les tissus conjonctif, cartilagineux et osseux. — Le système nerveux. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie pathologique. — M. Cornil: Anatomie pathologique spéciale. — Organes de la respiration; de la digestion. — Organes génito-urinaires. — Lundi, vendredi, à 5 heures, Faculté (Grand Amphithéâtre); mercredi, à 1 heure 1/2, Ecole pratique. — Autopsies (Amphithéâtre Bichat), à l'Hôtel-Dieu.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Laboulbène: L'ancienne Académie de chirurgie. — Nosographie et thérapeutique historiques. — Biographie et Bibliographie médicales. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Conférences de médecine légale. — M. Brouardel: Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques. — MM. G. Sée, Potain, Jaccoud, Peter: Cliniques médicales. — Lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu). — Mardi et samedi, à 10 heures (à la Charité). — Mardi et samedi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié). — Mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Necker).

MM. Richet, Verneuil, Trélat, Le Fort: Cliniques chirurgicales. — Mardi et samedi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à la Pitié). — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à la Charité). — Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures (à l'hôpital Necker).

M. Ball: Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — Dimanche et jeudi, à 10 heures (à l'asile Sainte-Anne).

M. Grancher: Clinique des maladies des enfants. — Mardi et samedi, à 10 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

M. Fournier: Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — Mardi et vendredi, à 9 heures (à l'hôpital Saint-Louis).

M. Charcot: Clinique des maladies du système nerveux. — Mardi et vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Salpêtrière).

M. Panas: Clinique ophthalmologique. — Lundi et vendredi, à 9 heures (à l'Hôtel-Dieu).

M. Tarnier: Clinique d'accouchements. — Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures (à la Clinique de la Faculté).

Conférences. — *Histoire naturelle*. — M. Blanchard, agrégé: Cryptogames. — Parasitisme animal. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (Grand Amphithéâtre).

Physiologie. — M. Reynier, agrégé: Fonctions de la reproduction. — Organe des sens. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie générale. — M. Ballet, agrégé: L'hérédité et les maladies héréditaires. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Salle Laennec).

Pathologie interne. — M. Chauffard, agrégé: Maladies du foie et de l'appareil urinaire. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie externe. — M. Schwartz, agrégé: Maladies des os, des vaisseaux et des nerfs; maladies des membres. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre).

Obstétrique. — M. Maygrier, agrégé: Grossesse normale et pathologique. — Accouchement simple. — Dystocie. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Travaux pratiques. — *Anatomie*. — M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Dissection. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours de midi à 4 heures (15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Histoire naturelle. — M. Faguet, chef des travaux: Exercices pratiques: zoologie et botanique. — Conférences et démonstrations. — Lundi et jeudi (1re série), mardi et vendredi (2e série), de 9 heures à 11 heures (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Chimie médicale. — M. Hanriot, agrégé, chef des travaux: Manipulations de chimie. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2 (Ecole pratique, rue Vauquelin).

Physique médicale. — M. N..., chef des travaux: Manipulations de physique. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures (à la Faculté).

Anatomie pathologique. — M. Brault, chef des travaux: Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Conférences et démonstrations. — Tous les jours, à 2 heures (laboratoire des travaux d'anatomie pathologique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Histologie. — M. Rémy, agrégé, chef des travaux: Exercices pratiques d'histologie. — Conférences et démonstrations. — Tous les jours de 1 heure à 3 heures (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Des affiches spéciales annonceront les dates de l'ouverture des cours et des travaux pratiques.

— M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladies mentales le dimanche 11 novembre 1888, à dix heures du matin, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

— M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophthalmologique le lundi 12 novembre 1888, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Clinique et opérations à dix heures; exercices ophthalmologiques tous les mercredis.

— M. Bouilly, agrégé, suppléant M. le professeur Lannelongue, commencera le cours de pathologie chirurgicale le lundi 12 novembre 1888, à trois heures, dans le grand amphithéâtre et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Descroizilles commencera à l'hôpital des Enfants-Malades des conférences de pathologie et de clinique infantiles le vendredi 26 octobre, à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. Visite et examen des malades salle Henri-Roger. Consultation le mardi à neuf heures et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La distribution des prosecteurs et des aides d'anatomie dans les pavillons de l'Ecole pratique de la Faculté pour le semestre d'hiver est arrêtée de la manière suivante :

Pavillon I : prosecteur, M. Villemin; aides d'anatomie, MM. Leguen, Isch-Wall, Chipault.

Pavillon II : prosecteur, M. Hartmann; aides d'anatomie, MM. Chevalier, Calot, Faure.

Pavillon III : prosecteur, M. Delbet; aides d'anatomie, MM. Pfender, Dagron, Delagénière.

Pavillon IV : prosecteur, M. Lejars; aides d'anatomie, MM. Thiéry, Rieffel, Arnould.

Pavillon V : prosecteur, M. Potherat; aides d'anatomie, MM. Mordret, Regnault, Philippe.

Pavillon VI : prosecteur, M. Boiffin; aides d'anatomie, MM. Lyot, Roques de Fursac, Lafourcade.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (année 1888-1889). — MM. les internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 15 octobre 1888. Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le chef du laboratoire.

Les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

NOTA. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de: MM. Labric, d'Heilly, du Castel, Brun, Peyrot, Segond et Auvard.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est définitivement composé de: MM. Barié, Comby, Marie, Netter, Tuffier, Picqué et Champetier de Ribes.

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — Les jurys des concours de la médaille d'or sont provisoirement composés comme suit:

Médecine. — MM. Siredey, Guyot, Mauriac, Roques et Chaput.

Chirurgie. — MM. Terrier, Le Dentu, Verneuil, Ribemont-Dessaignes et Talamon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Bimar, agrégé libre, est rappelé à l'exercice.

— M. Imbert, agrégé, est attaché en cette qualité à la Faculté de médecine de Montpellier.

— M. Imbert (Jacques-Armand-Léon) est nommé aide d'anatomie en remplacement de M. Castan, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. Blaise, agrégé, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique et, en outre, chargé du cours complémentaire d'histologie en remplacement de M. Carrier, dont la délégation est expirée.

— M. le docteur Estor est nommé chef de clinique chirurgicale en remplacement de M. Saussal, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. le docteur Diffre est nommé chef de clinique obstétricale en remplacement de M. Guenier, dont le temps d'exercice est expiré.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 octobre 1888, la chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira le 12 avril 1889, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. le docteur Nepveu est nommé professeur d'anatomie pathologique. — M. le docteur Roux est nommé professeur de thérapeutique. — M. le docteur Fallot est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND. — M. Imbert-Gourbeyre, professeur d'hygiène et de thérapeutique à l'Ecole de médecine de Clermont, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1888.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. le docteur Guillet est nommé chef des travaux anatomiques et physiologiques.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. Labattut est chargé d'un cours de chimie et toxicologie pendant la durée du congé accordé à M. Raoult.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Révol, chef des travaux anatomiques de physiologie est chargé, en outre, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'Ecole de médecine de Toulouse sera ouvert à cette Ecole le 15 avril 1889 à dix heures du matin. Le chef des travaux anatomiques et physiologiques est nommé pour neuf ans et reçoit un traitement annuel de 2000 francs.

COURS LIBRE. — M. Philippe Lafon, ancien préparateur du laboratoire de toxicologie de M. le professeur Brouardel, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, etc., fera un cours pratique permanent de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique. Il traitera particulièrement de l'examen chimique et microscopique des urines, des calculs, de la bile, du sang, des sérosités, du lait de femme, de l'eau potable, des matières alimentaires les plus usuelles, de la recherche des bacilles pathogènes. Enfin, il exposera les caractères chimiques des produits médicamenteux les plus importants, et des substances éminemment toxiques au point de vue des applications médico-légales.

Les élèves sont exercés individuellement aux manipulations qui font l'objet de ce cours. Le matériel et les appareils du laboratoire sont mis à leur disposition. On s'inscrit tous les jours, de trois heures à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ladevèse (de Saint-Galmier).

MORTALITÉ A PARIS (41e semaine, du 7 au 13 octobre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 1. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 24. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs: cancéreuses, 50; autres, 11. — Méningite, 34. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 40. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 54. — Bronchite aiguë, 16. — Bronchique chronique, 39. — Broncho-pneumonie, 17. — Pneumonie, 36. — Gastro-entérite: sein, 22; biberon, 94. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 32. — Suicides, 14. — Autres morts violentes, 16. — Autres causes de mort, 181. — Causes inconnues, 12. — Total: 986.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Recherches sur l'anatomie normale et pathologique de la glande biliaire de l'homme, par M. le docteur Ch. Sabourin. 1 vol. in-8° avec 233 gravures dans le texte. Paris, F. Alcan. 8 fr.

Hygiène de la vue, par MM. X. Galezowski, professeur d'ophthalmologie, et A. Kopff (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). 1 vol. in-16 de VIII-328 pages avec 44 figures. Paris, 1888. J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

De l'asthme dans l'enfance et de son traitement, leçons professées par M. le docteur Moncorvo. 1 vol. in-8°. Paris, O. Berthier. 3 fr. 50

Études sur les maladies du foie, par MM. les docteurs V. Hanot et A. Gilbert. Cancer (épithéliome), sarcome, mélanomes, kystes non parasitaires, angiomes. 1 beau vol. in-8° de VIII-334 pages avec 30 figures en chromotypographie et 7 figures en noir. Paris, Asselin et Houzeau. 25 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

16563. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 31 octobre 1888.

Académie de médecine : **Action thérapeutique de l'acide fluorhydrique. — Étiologie du tétanos. — Communications diverses.**

Lorsque, le 25 novembre dernier, nous avons signalé le remarquable rapport lu à l'Académie de médecine par M. Hérard, nous avons eu le soin de faire remarquer que, si efficace qu'il ait pu paraître à divers médecins, le traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique ne pouvait convenir dans tous les cas. « Il est démontré, disions-nous alors, qu'une granulie qui tue en quelques jours à la manière des fièvres infectieuses ou une phthisie dite *galopante* qui est presque inévitablement mortelle en quelques semaines, ressortissent à d'autres médications que la tuberculisation pulmonaire à forme fibreuse. Il faut donc, toutes les fois que l'on se trouve en face d'une médication nouvelle, se garder d'un enthousiasme irréfléchi, mais il convient aussi de ne point l'accueillir avec un scepticisme systématique. » De son côté non plus, dans ses conclusions, M. Hérard n'avait point manqué de dire que l'efficacité des inhalations d'acide fluorhydrique était contingente et relative. L'avantage de cette médication nouvelle lui paraissait due à son innocuité et à la facilité de son association avec les médications internes et externes « et surtout avec le traitement hygiénique, base essentielle de toute thérapeutique ». Ces derniers mots, que nous tenons à rappeler textuellement, démontrent bien que M. Hérard n'acceptait et ne proposait, dans son rapport, la médication fluorhydrique que comme un adjuvant au traitement hygiénique et symptomatique de la phthisie et que, s'il considérait les inhalations fluorhydriques comme avantageuses dans les formes curables de la tuberculisation pulmonaire, il ne les conseillait point à l'exclusion des autres traitements. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire dans le récent Traité de la phthisie que nous avons analysé il y a quinze jours, ce que MM. Hérard, Cornil et Hanot disent de la médication créosotée et même de plusieurs autres modes de traitement moins efficaces que la créosote.

C'est là ce qu'il nous faut retenir. Au point de vue pratique, nous pouvons admettre que les vapeurs d'acide fluorhydrique, lorsqu'elles pénètrent dans le poumon malade — ce qui n'arrive pas toujours —, lorsqu'elles sont inhalées par des sujets atteints de cavernules ou de bronchites catarrhales avec expectoration abondante, modifient parfois d'une manière assez favorable l'état général du sujet et consécutivement l'état anatomique local. Est-ce en agissant directement sur le bacille tuberculeux? Les expériences de MM. Hérard et Hip. Martin avaient paru décisives à ce sujet. Aujourd'hui M. Jaccoud vient déclarer que les vapeurs d'acide fluorhydrique dilué n'ont aucune action sur la virulence des crachats tuberculeux. De nouvelles recherches élucideront facilement ce problème de microbiologie. Il est probable, en effet, que M. Jaccoud n'a point opéré dans des conditions identiques à celles qui avaient présidé aux expériences de M. Hérard.

— Le rapport lu par M. Verneuil au sujet des observations présentées par MM. P. Berger et Richelot établit, d'une façon magistrale, la transmissibilité du tétanos de l'homme à l'homme. Les lecteurs de la *Gazette* connaissent bien déjà tous les arguments sur lesquels l'éminent clinicien s'est appuyé pour affirmer la nature infectieuse du tétanos et montrer que la genèse et surtout la propagation de la maladie ne sont point dues aux causes banales que l'on s'était plu à invoquer et à multiplier jusqu'à ce jour.

La doctrine défendue par M. Verneuil permet seule d'expliquer les cas relativement nombreux dans lesquels le tétanos revêt la forme épidémique. « On ne saurait nier, avaient dit MM. Arloing et Tripier, le caractère épidémique qu'offre parfois le tétanos... Il n'est pas rare de l'observer sur deux ou trois malades occupant le même point d'une salle. Enfin on peut rencontrer successivement plusieurs cas de tétanos dans un service, sans qu'il soit donné d'en observer un seul dans les autres services d'un même hôpital. » Dans les armées en campagne, en particulier pendant le siège de Metz, des faits du même genre s'étaient produits, prouvant que le tétanos pouvait se développer dans

une ambulance ou dans une série d'ambulances voisines, alors que d'autres corps d'armée, placés dans les mêmes conditions hygiéniques et climatologiques, en étaient préservés. Ces faits prouvent non seulement la transmissibilité du tétanos, mais encore sa transmission par contact direct ou indirect. En insistant sur ce fait que le tétanos ne semble pas se propager par la voie atmosphérique, M. Verneuil rend compte de bien des faits jusqu'à ce jour inexplicables.

Parmi les savantes réflexions que contient ce remarquable rapport il en est une qui démontre d'une manière indirecte aussi la nature du tétanos. Dans les faits cités par M. Verneuil l'incubation de la maladie a presque toujours duré le même temps. Tout malade peut être considéré comme inoculé au moment de l'opération, puisque après celle-ci les précautions antiseptiques prises par MM. Berger et Richelot rendent toute autre contamination impossible. Or, dans tous les cas, la maladie éclate, après un nombre de jours presque fixe. Il en résulte que, à l'exemple des maladies infectieuses, le tétanos a une période d'incubation toujours égale. En outre les travaux de M. Verneuil et de ses élèves contribuent à expliquer les observations de tétanos sans plaie extérieure que les doctrines anciennes laissaient inexplicables. On voit combien sont utiles, au point de vue doctrinal aussi bien qu'au point de vue pratique, ces études si intéressantes.

— Nous commençons aujourd'hui la publication d'un travail de M. Yvert présenté à l'Académie des sciences et consacré à l'étude du traitement du choléra. Dans un prochain numéro nous publierons également le travail de M. Mossé dont M. Alph. Guérin a communiqué les conclusions à l'Académie.

— Signalons encore dans cette séance si bien remplie les résultats fournis par M. Périer au sujet des opérations qu'il a pratiquées avec un brillant succès, l'intéressante lecture de M. Chervin sur la diminution du nombre des enfants par ménage en France et la présentation faite par M. Charcot d'un important travail de M. Lannegrace sur un point difficile de neurologie: l'hémiopie homonyme et l'amblyopie croisée d'origine corticale.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'hystérectomie totale ou partielle dans les cancers limités au col de la matrice.

M. Verneuil vient de soulever, à la Société de chirurgie, un important débat sur les mérites respectifs de l'hystérectomie partielle et de l'hystérectomie totale dans les cancers limités au col de l'utérus. Il a pris hardiment position et proclamé sa préférence pour l'extirpation partielle, aussi efficace et moins dangereuse. Cette opinion a été combattue, mais déjà se dégage de la discussion un certain nombre de points précis et nous avons, à cette heure, grâce aux nombreux documents apportés au procès, les bases suffisantes d'un jugement sérieux.

I

Et d'abord, l'hystérectomie est unanimement repoussée, lorsque le cancer a dépassé les limites de l'utérus: pour peu que les insertions vaginales soient infiltrées, que la vessie ou le rectum soit atteint, et que des traînées néoplasiques pénètrent les ligaments larges, on renonce à l'extirpation. L'opération est alors trop laborieuse; on risque d'ouvrir les réservoirs voisins, de couper l'uretère, de pincer l'intestin, de poser des ligatures sur des tissus friables, et si l'hémorrhagie ou la péritonite septique n'ont pas, dès les premières heures, tué la malade, une récidive rapide du cancer ne tarde pas à l'emporter. Les chirurgiens qui, au renouveau de l'hystérectomie vaginale, ont pratiqué ce genre d'ablation, n'en ont tiré que des déboires et maintenant on compte ceux que des insuccès répétés, de véritables catastrophes n'ont pas convertis à une sage abstention.

On va plus loin, et lors même que les frontières de l'utérus ne semblent pas franchies, qu'on ne perçoit, par une palpation minutieuse, aucune lésion des organes voisins, aucun épaississement suspect du ligament large, beaucoup s'abstiennent encore dès que le cancer s'est propagé du col au corps de l'utérus, du moins si l'organe est gros, peu mobile dans le petit bassin et d'un abaissement difficile. L'opération, alors mal réglée, devient dangereuse; on manœuvre trop haut, à l'aveugle; le doigt ou l'œil ne peut suivre l'instrument et nous avons vu des collègues fort habiles, rompus à la pratique de la chirurgie abdominale, morceler péniblement, au milieu d'une hémorrhagie inquiétante, une matrice trop volumineuse pour s'engager dans la filière vaginale trop étroite et, au cours de cette intervention bientôt incorrecte et brutale, causer d'irréparables désastres.

Dans ces cas, lorsqu'on n'est pas sûr de l'intégrité des annexes, quand l'étendue du mal et sa propagation au corps font redouter une infection ganglionnaire, on s'abstient, car, nous dit un des partisans des plus convaincus de l'hystérectomie totale, « dès que tout ne peut vraisemblablement être enlevé, il n'y a plus à songer à une intervention radicale..., ce serait faire une résection partielle du tissu morbide compliquée d'ouverture du péritoine, opération essentiellement irrationnelle. » Aussi la nécessité d'un diagnostic précis s'impose et, si la femme n'est pas débordante de graisse, le palper abdominal, le toucher rectal et vaginal, surtout sous le chloroforme, permettront de suivre les contours de l'utérus et de ses ligaments; d'ailleurs, les lèvres du col seront saisies par une pince de Museux et l'on verra si des tractions douces abaissent l'organe vers l'orifice vulvaire.

Si, dans cet examen, on n'acquiert pas la certitude de pouvoir pratiquer une extirpation complète, on attendra les événements et on parera aux éventualités par des opérations dites palliatives, mais souvent excellentes et bien supérieures alors aux tentatives insensées d'extirpation radicale. Le curettage du cancer est une de ces opérations: la cuiller tranchante, maniée prudemment pour ne pas crever la matrice, enlève les masses fongueuses du cancer ulcéré dont le cautère actuel poursuit la destruction; des lavages antiseptiques entraînent les matières ramollies et putrides: les douleurs sont calmées, les hémorrhagies cessent, les résorptions infectieuses s'arrêtent et, grâce à ce triple bénéfice, l'état général se relève. Il n'est pas de chirurgien qui n'ait obtenu de sérieuses améliorations par ce curettage et ces cautérisations répétées.

II

On le voit, le seul cancer que nous ayons en vue est le cancer limité au col; il n'a point encore envahi les insertions vaginales; rien ne permet de soupçonner l'infiltration des ganglions lymphatiques; la vessie et le rectum glissant sur l'utérus intact, peu volumineux et facilement abaissé

vers la vulve. Faut-il, dans ce cas, pratiquer l'hystérectomie totale ou l'hystérectomie partielle? Laquelle de ces deux interventions provoque la moindre mortalité opératoire et donne les meilleurs succès thérapeutiques, c'est-à-dire permet la survie la plus longue et met le patient dans les conditions les meilleures pour espérer une guérison radicale?

Sur le premier point, la mortalité opératoire, pas de contestation possible; raisonnement et expérience sont d'accord pour déclarer moins grave l'hystérectomie partielle. M. Verneuil accuse un mort sur vingt-deux opérations, soit une léthalité inférieure à 5 pour 100, très rapprochée de celle de Charles Braun de Vienne, qui est de 6 pour 100. Il est vrai que dans cette intervention on n'enlève, — Verneuil à l'écraseur, Braun à l'anse galvanique, — que la portion sous-vaginale du col; mais même, pour une intervention plus étendue et plus complexe, l'ablation après désinsertion du vagin, l'hystérectomie « supra-vaginale », nous voyons que sur cent cinq extirpations qu'il a pratiquées, Schröder n'a eu que dix morts, soit une proportion de 9 1/2 pour 100.

L'hystérectomie totale nous donne une mortalité bien supérieure : je laisse de côté les statistiques de Richelot trop assombries par des extirpations dans des cas vraiment inopérables et pour lesquels notre collègue n'interviendrait plus maintenant. Mais Bouilly, sur vingt-neuf ablations, n'a pas moins de sept morts, soit 23 pour 100. Il est vrai que ses relevés nous montrent une léthalité décroissante au fur et à mesure que l'auteur se familiarise avec l'hystérectomie totale et qu'il en saisit mieux les véritables indications; ainsi, en 1886, il a eu trois morts sur dix opérations; en 1887, deux morts sur huit et, en 1882, deux morts encore, mais sur douze malades.

Cependant, en ne prenant que cette dernière année, la mortalité reste supérieure à 16 pour 100; c'est à peu près la proportion de Terrier qui, depuis sa première hystérectomie totale jusqu'à sa dernière, accuse, du fait de l'opération, une léthalité d'un peu moins de 18 pour 100; Pozzi, sur six opérées, en compte cinq guéries et une mort, soit encore un peu plus de 16 pour 100. Il en est de même en Allemagne : bien que l'hystérectomie complète y soit courante depuis sept à huit ans et qu'une aussi longue pratique ait dû y donner aux chirurgiens une habileté que sans doute ils ne dépasseront plus.

Nous voyons en effet, que, chez eux, la mortalité oscille dans les mêmes limites : Voici un relevé dressé par Martin et qui mérite confiance, puisqu'il est formé non par la juxtaposition de cas épars dans les recueils, mais par l'addition des statistiques intégrales de Staude, de Schröder, de Léopold, de Fritsch et d'Olshausen : sur trois cent onze hystérectomies totales on compte quarante-sept morts, soit une proportion d'un peu plus de 15 pour 100, à peu près semblable à celle qu'a trouvée Secheyron dans trois cent quatre-vingt quatorze cas recueillis dans la pratique étrangère. En France, sur cent cinq cas, le même auteur trouve une léthalité supérieure à 23 pour 100.

Nous ne voyons d'amélioration probable dans ces statistiques que celle que pourrait amener une sévérité plus grande dans le choix des opérations. On enlève encore, on a surtout enlevé des utérus gros, adhérents, peu mobiles, difficilement abaissables, et les désastres de ces interventions mal justifiées chargent les relevés d'un certain nombre de morts. Sans doute on est maintenant plus réservé, mais ces déductions faites, il n'en reste pas moins établi — et ce sera notre première conclusion — que l'hystérectomie totale est une opération grave, plus grave que l'hystérectomie partielle, fût-elle supra-vaginale.

III

Du moins, en compensation de cette léthalité plus grande pouvons-nous promettre un sérieux bénéfice à ceux qui ont heureusement doublé le cap de l'opération, et l'hystérectomie totale assure-t-elle, au survivant, un nombre de semaines, de mois ou d'années supérieur à celui que donne l'hystérectomie partielle? C'est la deuxième question à laquelle il nous faut répondre maintenant.

M. Verneuil nous donne une première série de faits où, chez dix-sept opérées par l'hystérectomie partielle, la survie moyenne a été de vingt-trois mois; une seconde série, plus favorable encore, porte sur cinq femmes traitées, trois en 1885, une en 1886 et une en 1888. Aucune des cinq n'est morte, ce qui donne, à cette heure, une survie de vingt-neuf mois, « qui devra s'accroître si j'en juge par l'état dans lequel se trouvent actuellement ces malades ». M. Verneuil ne peut opposer, à sa statistique d'hystérectomie partielle, aucune statistique personnelle d'hystérectomie totale: toutefois, il a prié ses élèves Bouilly et Richelot d'opérer, dans son service, trois cancéreuses par l'extirpation complète; or la première fut emportée par une hémorrhagie au troisième jour; la deuxième mourait de récidive au bout de cinq mois; la troisième vit encore, mais le mal a déjà reparu.

Certes, on ne saurait, avec ces chiffres, établir un parallèle, mais nous avons, pour juger la question de la survie à la suite de deux hystérectomies vaginales, deux statistiques fort importantes et qui tirent un intérêt tout particulier de leur commune origine : l'une et l'autre appartiennent à Schröder qui a pratiqué soixante-quatorze fois l'extirpation totale et cent cinq fois l'extirpation partielle. Or, un an après l'opération, 63 pour 100 de ses hystérectomies totales étaient encore sans récidives, tandis qu'il ne comptait que 51 pour 100 de ses hystérectomies partielles. Mais cet avantage en faveur de l'extirpation complète ne se poursuit pas et, au bout de deux ans, 46 pour 100 des hystérectomies partielles sont sans récidives, tandis qu'il n'y a plus que 24 pour 100 d'hystérectomies totales; au bout de trois ans il y a encore 42 pour 100 d'hystérectomies partielles contre 26 d'hystérectomies totales; enfin au bout de quatre ans, 41 pour 100 d'hystérectomies partielles vivent, tandis qu'il ne reste plus d'hystérectomies totales.

Allons-nous conclure de ces chiffres que l'ablation partielle de l'utérus met l'opérée dans une situation plus favorable pour affronter les chances de la récidive. Evidemment non! et il est probable que, lorsque Schröder avait recours à l'hystérectomie totale, le cas était plus grave, le mal plus étendu et par conséquent sa réapparition plus facile. Nous le concédons volontiers; mais nous n'en relevons pas moins les magnifiques succès de l'extirpation partielle et nous dirons que, d'après les statistiques, hystérectomie totale et hystérectomie partielle sont égales devant la récidive, résultat facile à prévoir lorsqu'on réfléchit au mode de propagation du cancer et au mécanisme le plus habituel de sa repullulation.

Lorsqu'on enlève l'utérus tout entier, on veut, nous dit-on, faire la part du feu; on s'imagine couper le chemin au cancer qui s'avance et, en réalité, on se livre à un sacrifice inutile.

Tous les partisans de l'ablation totale ont proclamé, dans leurs discours à la Société de chirurgie, qu'ils appliquent à l'utérus cette loi de chirurgie générale d'après laquelle les organes atteints de cancer doivent être enlevés tout entiers : pour un épithélioma limité de la langue, on extirpe toute la langue, comme, pour un noyau cancéreux du sein, on dissèque toute la mamelle.

Et d'abord cette prétendue loi est-elle si générale? Coupe-t-on tout le pénis pour un cancroïde du gland et toute la lèvre pour un épithélioma limité du bord libre? Non, et, pour la lèvre du moins, qui ne compte des succès durables après avoir dépassé de 1 centimètre au plus les limites appréciables du mal! La langue que l'on cite toujours, quand donc l'enlève-t-on tout entière? Certes on fait des ablations fort larges, car il faut compter avec les traînées épithéliales qui s'avancent au loin, le long des vaisseaux, des nerfs et des faisceaux musculaires; cependant pour les cancroïdes de la pointe, nous n'avons jamais vu nos confrères les plus généreux dépasser le V lingual; ils laissent donc en volume, plus de la moitié de l'organe et, dans aucun cas, on ne rase l'os hyoïde et on ne dissèque, pour les éradiquer, les muscles qui s'insèrent dans le palais et le pharynx.

IV

Dans les larges extirpations actuelles — et nous insistons sur ce point, car là est le nœud du problème — on s'ouvre une voie par la région sus-hyoïdienne et on vide, au passage, les deux loges sous-maxillaires; on enlève les ganglions déjà souvent envahis, malgré leur apparente intégrité et l'on extirpe ainsi par avance le cancer là où il aurait reparu. N'en est-il pas de même pour le sein, l'éternel exemple que l'on nous donne pour nous inciter à l'hystérectomie totale? On dissèque toute la glande, il est vrai, et c'est bien; mais ce qui est mieux, c'est d'emporter avec elle un grand lambeau de peau peut-être atteint déjà et la large traînée de tissu cellulaire qui monte vers l'aisselle. Celle-ci est « curée » avec soin et l'on n'y laisse aucun ganglion, siège probable de la repullulation rapide du mal.

Voilà pourquoi l'opération est devenue meilleure; et ne voit-on pas que la comparaison si chère aux partisans de l'hystérectomie totale s'effondre? Leur extirpation de l'utérus ne ressemble pas à celle qu'on pratique sur l'aisselle et le sein. On enlève bien la matrice, mais on laisse les traînées cellulaires des ligaments larges, avec les lymphatiques et les ganglions qu'elles enveloppent. Or ces ganglions et ces lymphatiques sont atteints avant que le corps de l'utérus soit même menacé, car la propagation du cancer de proche en proche, dans les tissu denses du col, est beaucoup plus lente que l'envahissement par les vaisseaux blancs. Cette loi est si connue que nous ne comprenons pas l'insistance avec laquelle on nous présente une comparaison aussi illégitime! Dans un cas on extirpe la mamelle et ses ganglions; dans l'autre, l'utérus sans ses ganglions; la différence est capitale.

Nombre d'auteurs avaient insisté déjà sur le lent envahissement du corps de l'utérus, atteint d'ordinaire bien après l'infection ganglionnaire : notre éminent collaborateur Kœberlé, dans une étude clinique et anatomique publiée ici même, l'a démontré jusqu'à l'évidence; et, comme conclusion naturelle de ce fait, il concluait à l'hystérectomie partielle. Ruge et Veit ont montré que le cancroïde du museau de tanche se développe sur les surfaces recouvertes d'épithélium pavimenteux et ne s'infiltre que difficilement vers le corps de la matrice. Schröder, dont on connaît la grande pratique, croit à l'existence de cette variété limitée, qui serait la plus fréquente, et pour la traiter il a recours à l'hystérectomie partielle.

Je sais bien que, à côté de cette forme, il en est d'autres plus envahissantes; Christian Fenger, Ruge, Binswanger en en ont cité des cas et, dans la discussion actuelle, M. Terrier rappelait que, sur dix-huit cancers examinés par Poupinel, quatre fois existait dans le corps un noyau indépendant de la lésion principale du col. Mais nous répondons deux choses : d'abord ces cas sont l'exception et puis, de l'aveu même des partisans de l'hystérectomie complète, l'extirpation radicale est alors fort mauvaise. Ces cancers à foyers multiples sont d'un pronostic déplorable et, si la patiente ne meurt pas de l'intervention, le mal reparaît bien vite; pour mieux dire, il n'a pas disparu, il était déjà dans les ligaments larges et les ganglions, et l'hystérectomie totale, hâtant l'évolution du cancer, n'aura que rapproché la terminaison fatale.

Aussi dirions-nous volontiers : ou le cancroïde du museau de tanche est vraiment limité et nous pouvons recourir en toute confiance à l'hystérectomie partielle; ou, malgré les apparences, le mal est propagé au corps, et, dans ce cas, notre hystérectomie partielle vaudra votre hystérectomie totale qui enlève bien les lésions de l'utérus, mais respecte les noyaux cancéreux des annexes et des ganglions. En poussant l'argument à l'extrême, on pourrait ajouter : peut-être alors, incomplète pour incomplète, l'hystérectomie partielle est-elle moins mauvaise que l'hystérectomie totale en ce que ses délabrements sont moindres et qu'elle n'ouvre pas le péritoine.

V

L'hystérectomie totale n'assure donc pas à l'opérée une survie plus considérable; aussi n'avons-nous pas compris cette phrase d'un article publié par M. Pozzi dans les *Annales de gynécologie:* « Il est vrai, nous dit-il, que la gravité de l'extirpation complète est encore de moitié plus grande que celle de l'ablation partielle, mais faut-il mettre cette considération en parallèle avec le bénéfice futur qui peut résulter du choix de l'opération? » Toutes les statistiques, d'où qu'elles viennent, ont miné cette décevante espérance et ce n'est pas d'un chirurgien prudent de se grever d'une mortalité certaine en vue d'un « bénéfice futur » que l'observation a montré illusoire.

Il est vrai que, dans une argumentation fort subtile, M. Richelot a paru nous dire qu'il cherchait, non une survie plus ou moins précaire, mais la « guérison radicale » du cancer. Qu'importe la mort anticipée de quelques malheureuses si par une opération, même dangereuse, on pouvait en arracher un tout petit nombre à la plus terrible des maladies? Le but à atteindre justifierait la gravité des moyens à employer. Or, l'extirpation totale, mieux que l'extirpation partielle, a chance de réaliser cette guérison définitive?

Ce point de vue pourrait se défendre et il serait même des malades pour accepter cette thérapeutique du « tout ou rien »; mais il faudrait s'entendre sur le mot de « guérison radicale », et, si nous arrivons à reconnaître qu'il signifie au demeurant survie sans récidive, les illusions de M. Richelot ont dû tomber à la lecture des statistiques, et nous n'avons plus à revenir sur une discussion déjà épuisée. La récidive n'est pas plus longtemps conjurée par l'hystérectomie totale; après trois ans, il ne restait pas une seule opérée des 42 de

Léopold, des 60 de Fritsch et des 74 de Schröder. Martin, il est vrai, a été plus heureux, et de ses 66 malades 2 vivaient encore après la sixième année.

Mais l'hystérectomie partielle a, elle aussi, de ces chances heureuses. Même par une bizarrerie apparente, et dont l'explication a été donnée plus haut, la survie prolongée sans récidive, en un mot, la « guérison radicale » paraît plus fréquente à la suite de l'extirpation incomplète de l'utérus. Nous avons vu que, après cinq ans, plus de 41 pour 100 des opérées de Schröder vivaient encore, et nous tous nous pourrions citer une ou deux observations personnelles de ces longues survies. M. Verneuil a vu une malade, amputée de son col, rester guérie plus de sept ans; une autre de ses opérées reste, depuis cinq ans, sans récidive; Marchand a, dans sa clientèle, une dame opérée depuis huit ans et demi, et qui ne présente encore aucune trace de repullulation; or il s'agissait bien d'un épithélioma, déclaré tel par Troisier, après examen microscopique dans le laboratoire de Vulpian.

De cette discussion, il nous semble ressortir : 1° que l'hystérectomie complète est plus meurtrière que l'hystérectomie partielle, fût-elle supra-vaginale; 2° que cette léthalité plus grande n'est pas compensée par une survie plus considérable et qu'une fois évitée la mort opératoire, les deux extirpations paraissent égales devant la récidive; 3° enfin que la guérison « radicale » n'a pas été observée plus souvent à la suite de l'une que de l'autre opération. — Aussi, tout en réservant certains cas exceptionnels que la clinique saura déterminer, nous admettons avec Verneuil que l'hystérectomie partielle doit être le procédé de choix.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Recherches sur le traitement des kystes hydatiques du foie. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 12 octobre 1888, par M. le docteur Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral.

Enhardis par les progrès de l'antisepsie, nombre de chirurgiens considèrent la laparotomie comme le meilleur traitement des kystes hydatiques. Sans nier les bénéfices de cette méthode, je ne puis m'empêcher de la considérer comme un moyen extrême, et, dans l'immense majorité des cas, la ponction simple ou la ponction suivie d'injection me paraît préférable. Je viens, à l'appui de mon dire, rapporter deux observations recueillies dans mon service. Ells auraient été banales, il y a quelques années, elles deviennent intéressantes, puisqu'on paraît vouloir remplacer la ponction par la laparotomie.

Je vous ai déjà entretenu de ma première malade dans la séance du 9 mars, à propos de la toxicité des kystes hydatiques. J'ai alors, de parti pris, laissé de côté ce qui se rapportait au traitement; aujourd'hui, je vous parlerai du traitement et négligerai ce qui est relatif aux phénomènes toxiques.

Cette femme, âgée de cinquante-deux ans, était entrée dans mon service le 21 novembre 1887 : elle était ictérique, portait à la région de l'épigastre une tumeur hépatique, ayant évolué lentement, du volume du poing, un peu douloureuse. Je fis le diagnostic de kyste hydatique, et, le 25 novembre, j'évacuai, par une ponction capillaire, 500 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche; en même temps, je lavai le kyste avec 500 grammes de liqueur de Van Swieten. et cela en trois fois, de façon à ne pas distendre le kyste. Je laissai, chaque fois, le liquide séjourner quelques minutes dans la poche et je le retirai complètement.

Le 6 décembre, la tumeur ayant paru se reformer, je fis une nouvelle ponction qui donna un liquide sanguin dans lequel nous trouvâmes des débris d'hydatides. Ce liquide ressemblait tellement à du sang pur, que nous interrompîmes l'opération, croyant avoir ponctionné quelques gros vaisseaux du foie.

A dater de cette époque, la situation alla toujours s'améliorant, l'ictère avait disparu, ainsi que les douleurs; cependant le foie dépassait encore les fausses côtes de quatre travers de doigt, lorsque, le 25 décembre, la malade sortit de mon service, sur sa demande expresse. Depuis cette époque, elle jouit d'une santé parfaite, le foie s'est progressivement rétracté, et, aujourd'hui, il est à peine saillant.

Ma seconde observation n'est pas moins favorable. Il s'agit encore d'un kyste hydatique traité par la ponction suivie d'injection; mais ici le liquide injecté fut une solution de sulfate de cuivre.

Notre malade était un garçon boucher, âgé de trente ans, portant une tumeur épigastrique qui fut ponctionnée le 5 avril 1888 et fournit 500 grammes d'un liquide caractéristique absolument clair. Le 20 avril, la tumeur s'était reproduite; je tirai par ponction 700 grammes d'un liquide un peu louche. Le 11 mai, une nouvelle ponction étant nécessaire, j'extrais 600 grammes de liquide et lave la poche avec un litre d'une solution de sulfate de cuivre (5 pour 100).

Deux jours plus tard, survient un érysipèle de la face qui, pendant un septénaire, amena des températures oscillant entre 39 degrés et 40°,5. Cependant la tuméfaction hépatique diminua progressivement; à la fin de mai, notre malade paraissait guéri et sortait de l'hôpital. Je l'ai revu le 20 août, il n'y avait plus trace de tumeur hépatique et l'état général était des plus satisfaisants.

Voici donc un malade dont le liquide hydatique se reproduisait malgré des ponctions multiples; une injection de sulfate de cuivre a amené sa guérison. Peut-être l'érysipèle a-t-il ici joué un certain rôle, car la vitalité des hydatides, gravement atteinte par la ponction et par l'injection, s'est-elle trouvée tout à fait compromise par un érysipèle grave, à haute température? C'est là une hypothèse que j'émets avec timidité, car, ayant cherché dans les auteurs l'influence des maladies intercurrentes sur la marche des kystes hydatiques, je n'ai trouvé sur ce sujet rien de bien concluant.

Si j'avais un nouveau kyste hydatique à traiter, je donnerais la préférence aux injections de sublimé en employant la technique suivante : Évacuer tout le liquide du kyste par ponction aspiratrice, injecter 100 grammes de liqueur de Wan Swieten (ou une quantité moindre, s'il s'agissait d'un petit kyste) et retirer la liqueur injectée au bout de dix minutes.

Le sublimé paraît avoir ici une action bien supérieure à celle des autres substances, et notamment à celle de la teinture d'iode. Il est un des parasiticides les plus énergiques, et, de plus, dans le cas de kyste non suppuré, il ne forme pas d'albuminate de mercure et agit plus énergiquement qu'en aucune autre circonstance.

Tous les modes de traitement des hydatides, la ponction simple, les ponctions suivies d'injections iodées, etc., etc., comptent des succès. Aussi peut-il paraître prématuré de recommander un traitement en se basant sur une seule observation. Mais je m'y suis cru autorisé en comparant

quelques faits publiés, dans lesquels l'injection de sublimé paraît avoir fait merveille. Je les rapporte brièvement.

Le docteur Mesnard a publié dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, en 1884, l'observation d'un kyste hydatique volumineux dont le contenu était un peu louche. A la suite d'une série de ponctions, le liquide devint franchement purulent. M. Mesnard lava son kyste, après ponction, avec un litre et demi de liqueur de Van Swieten, puis avec l'alcool pour enlever l'excès de sublimé. Le malade guérit complètement, quoiqu'il fût dans un état général des plus graves au moment de l'intervention.

Arthur Sennett (*The Lancet*, 18 juin 1887) dit qu'il a toujours employé avec un heureux résultat (malheureusement, il ne donne pas le nombre de ses succès) la méthode suivante : Il ponctionne avec une grande seringue hypodermique, évacue environ 2 drachmes ($2^{gr},5$) de liquide, injecte une égale quantité d'une solution de sublimé, 2 grains ($0^{gr},118$) par pinte ($0^{lit},567$). Il n'a jamais eu de suppuration et le kyste diminue graduellement.

Le professeur Bacelli (*Riforma medica*, du 30 août et du 11 juin 1887) rapporte deux observations de kystes hydatiques du foie guéris par des injections de sublimé. Il retire à son premier malade 36 centimètres cubes de liquide et injecte 20 grammes d'une solution de bichlorure de mercure au millième. Il extrait, chez son second malade, 20 centimètres cubes de liquide, et injecte la même quantité d'une solution de sublimé au même titre que précédemment. Dans les deux cas, le kyste se rétracta lentement et la guérison fut complète.

Notre excellent collègue et ami, M. Beaumetz, nous a communiqué une observation qui, quoique incomplète, est néanmoins intéressante à joindre aux précédentes. Son malade était atteint de kystes hydatiques multiples du foie, de la rate et de la paroi abdominale. Ce dernier seul fut opéré. Notre collègue en retira deux seringues de liquide (seringue de Pravaz) et injecta même quantité de peptonate mercurique ammonique de Delpech (ce qui équivaut à 2 centigrammes de sublimé). Huit jours plus tard, cette opération est renouvelée, puis, la semaine suivante, la poche fut vidée. La tumeur ne s'était pas reproduite au bout d'un mois.

Dans la plupart de ces observations, on retire une petite quantité de liquide et le remplace par une quantité équivalente d'une solution de sublimé. Cette méthode est intéressante au point de vue de la théorie, défectueuse dans la pratique.

Elle est intéressante au point de vue de la théorie, parce qu'elle montre l'action pour ainsi dire spécifique des solutions du sublimé. La ponction simple peut amener la mort des hydatides; mais la ponction simple avec une seringue de Pravaz paraît insuffisante pour amener ce résultat; il doit donc être attribué à l'injection de sublimé.

Au point de vue pratique, cette méthode doit être proscrite. En effet, les ponctions exploratrices sont toujours dangereuses dans les kystes hydatiques. J'ai insisté sur ce point dans un précédent mémoire (et cela après bien d'autres auteurs) : or, retirer seulement quelques grammes de liquide, c'est s'exposer à bien des complications. Et puis, il me paraît plus simple d'extraire d'abord les hydatides qu'on peut extraire, puis de tuer les autres par une injection appropriée. On a ainsi l'avantage d'agir sur ces dernières avec une solution non diluée. De plus, si on retire le liquide injecté, on peut employer des solutions de sublimé relativement concentrées. On peut ainsi produire une action locale énergique et supprimer toute action générale, autrement dit agir énergiquement sur les hydatides sans porter aucun préjudice au malade qui les porte.

C'est en agissant de la sorte que notre très excellent ami, le docteur Terrillon, a obtenu un éclatant succès chez un de nos collègues atteint de kyste hydatique. Il s'agissait d'une récidive. La première tumeur hydatique avait été traitée par laparatomie. Nous félicitons l'opérateur et surtout l'opéré et croyons que de nombreux malades pourront bénéficier de la même méthode.

Thérapeutique médicale.

D'un nouveau mode de traitement curatif et prophylactique du choléra asiatique. — Du bichlorure de mercure, considéré comme vaccin chimique anticholérique, par M. le docteur A. Yvert, médecin-major à l'École d'application de l'artillerie et du génie.

Quand il s'agit d'aborder une question aussi importante, de résoudre un problème aussi difficile, de traiter un sujet aussi compliqué que la thérapeutique du choléra asiatique, on est bien pardonnable, assurément, d'hésiter quelque peu à exposer en public, avant d'avoir pu les vérifier par une plus grande expérience, des idées nouvelles sur un point aussi délicat de la pathologie; et de ne s'engager qu'en tremblant dans ce champ d'étude, exploré déjà par tant d'esprits distingués. Aussi reculions-nous de jour en jour devant cette tâche difficile et hésitions-nous à publier : d'une part, les expériences que nous avions entreprises sur un nouveau mode de traitement curatif et prophylactique du choléra; d'autre part, les résultats tout à fait remarquables que nous avions obtenus par cette méthode thérapeutique. Attendant, pour ce faire, l'occasion d'expérimenter sur une plus grande échelle et de pouvoir apporter ainsi à l'appui de notre thèse une statistique plus nombreuse; poursuivi surtout par la crainte d'être tombé sur une série de cas particulièrement favorables, ou d'avoir été servi par des circonstances exceptionnellement avantageuses.

Mais, après avoir mûrement réfléchi, poussé par la conviction intime que le mode de traitement, auquel nous avons eu recours, avait une efficacité réelle; que nous n'avions pas eu à faire à une pure coïncidence; et que nous n'avions pas été l'objet d'une illusion ; il nous a paru que nous n'avions pas le droit de tenir caché plus longtemps un traitement appelé à sauver bien des existences, s'il est démontré réellement efficace ; et que nous devions mettre de côté toute espèce d'amour-propre au cas où, par hasard, nos expériences ne seraient pas vérifiées dans la suite. C'est donc, dans le but seul d'être utile à nos semblables, que nous nous sommes décidé à demander dans la séance du 9 juillet dernier, à l'Académie des sciences, de vouloir bien accepter le dépôt d'un pli cacheté renfermant nos principales conclusions à ce sujet, et que nous soumettons aujourd'hui le travail complet à la bienveillante attention de l'Académie de médecine.

Les récentes communications, faites le 20 août dernier à l'Institut, le 21 août à l'Académie de médecine par M. Pasteur, au nom de M. le docteur Gamaleïa (d'Odessa), sur la vaccination préventive du choléra asiatique, ont, d'ailleurs, fait de ce sujet une question d'actualité et à l'ordre du jour.

Nous devons dire, tout d'abord, que, d'après notre expérience et d'après les résultats cliniques que nous avons enregistrés, le traitement que nous préconisons aurait l'immense avantage de s'adresser, non seulement aux cas de choléra bien confirmés, mais encore d'en prévenir l'éclosion, l'apparition chez les sujets qui y sont plus particulièrement exposés pendant le cours d'une épidémie; en un mot, ce traitement serait, à notre avis, non seulement curatif, mais encore et surtout prophylactique. Il constituerait, pour employer l'expression technique, un véritable vaccin chimique du choléra asiatique, et rentrerait dans la grande

classe des vaccins chimiques, aujourd'hui étudiés plus spécialement par M. le docteur Peyraud, de Libourne, et sur l'immunité desquels ce médecin distingué vient, tout dernièrement, dans la séance du 25 septembre, de présenter un travail des plus complets à l'Académie de médecine.

J'ai dit que ce traitement serait non seulement curatif, mais encore et surtout prophylactique; car, en effet, nous avons remarqué que, s'il agit dans les attaques les plus violentes, dans les cas les plus foudroyants, il nous a toujours donné de bien meilleurs résultats quand la marche moins rapide de l'affection rend plus facile l'absorption du médicament et en permet la pénétration dans les points les plus reculés de l'économie; à plus forte raison, quand, administré préventivement, il aura rendu, par son mélange préalable avec le liquide sanguin, ce milieu absolument impropre au développement des éléments pathogènes du choléra.

Ce vaccin chimique a, de plus, sur tous les autres, cet immense avantage d'être complètement inoffensif et de n'exiger aucune préparation, aucune opération spéciale, devant lesquelles bien des personnes, des plus instruites et des plus au courant des progrès scientifiques, rec辛leraient assurément, même en pleine épidémie. Le grand précepte: *primo non nocere*, lui est avant tout et surtout applicable. Tel est, d'ailleurs, nous devons l'avouer, l'unique motif pour lequel nous avons osé entreprendre nos expériences sur de pauvres patients; c'est après nous être bien assuré que, si nos prévisions ne se réalisaient pas, nous aurions au moins la consolation de ne point aggraver leur situation.

C'est, pendant notre séjour dans les ambulances du corps expéditionnaire du Tonkin, que nous avons été, par dépit, et après avoir essayé successivement, mais en vain, toutes les méthodes thérapeutiques classiques dont les circonstances nous permettaient d'user; que nous avons été, disons-nous, amené à recourir au moyen que nous préconisons, et dont les résultats immédiats nous ont littéralement surpris.

Nous avions déjà, en 1885, assisté à la deuxième phase de la terrible épidémie de Lam; nous avions, au commencement de l'année 1887, vu le choléra faire son apparition dans la province de Thanh-Hoa, et partout, toujours, nous avions constaté, sinon l'inefficacité absolue, tout au moins, le peu d'efficacité des traitements les plus réguliers et les plus actifs, employés tant par nous que par nos différents collègues. Nous caractérisons la situation d'un mot en disant que le plus découragé des deux était, non pas le pauvre moribond, mais bien certainement le médecin appelé à lui donner des soins, et qui voyait si rarement le succès couronner ses efforts.

Cette triste situation nous avait déjà depuis longtemps donné beaucoup à réfléchir, et en examinant toutes les particularités du problème à résoudre, nous en arrivions toujours à cette conclusion fatale, qu'il ne pourrait guère en être autrement, tant que nous nous contenterions de remplir les indications symptomatiques, de nous adresser au résultat et non à la cause, au principe même de la maladie. En réchauffant, en effet, un cholérique atteint d'algidité; en cherchant à diminuer la diarrhée qui l'épuise; en remplaçant par des injections intraveineuses le sérum qu'il perd par tous les émonctoires; en faisant disparaître par des frictions les crampes atroces qui le font tordre sur son lit de douleur; en lui administrant des diurétiques de toute nature dans le cas de suppression ou de diminution de la sécrétion urinaire, nous ne nous adressons qu'aux symptômes. Nous mettons bien certainement le patient dans de meilleures conditions pour résister à la maladie qui le frappe; nous l'aidons à supporter le mal qui le ronge; nous facilitons sa tendance vers la guérison; nous prolongeons, en un mot, son existence. Mais, en somme, s'il sort victorieux de la lutte, nous ne pouvons pas nous attribuer le mérite de l'avoir guéri, car nous n'avons fait qu'activer sa guérison, qui a été la conséquence pure et simple de l'évolution normale et spontanée de la maladie. Nous lui avons permis d'en supporter les frais; nous avons paré à des accidents pouvant compromettre l'existence à plus ou moins bref délai; mais, dans aucun cas, nous ne nous sommes adressé à la cause immédiate, au principe même de tous ces désordres.

Puisque, grâce aux découvertes de Pasteur et des nombreux élèves qui l'ont suivi dans cette voie, il est démontré aujourd'hui, d'une façon indiscutable, que toutes les maladies zymotiques, et le choléra tout spécialement, sont engendrées par le développement de microbes pathogènes, agissant directement par eux-mêmes ou par les poisons qu'ils sécrètent, il est bien évident, dès lors, que le seul traitement rationnel et réellement actif sera celui qui s'adressera à la cause elle-même, c'est-à-dire au micro-organisme, point de départ de tous les symptômes accusés par le malade. Tant qu'on n'aura pas été attaquer sur place, dans l'estomac, dans les intestins, à l'intérieur de la circulation, les éléments pathogènes qui s'y développent, qui s'y multiplient; tant qu'on n'aura pas trouvé un agent chimique ou autre, capable d'aller le détruire dans les parties les plus reculées de l'économie, bien faibles seront les chances de succès. Nous en serons réduits à donner au malade le plus de résistance possible contre son ennemi; mais nous ne pourrons, en aucun cas, attaquer ce dernier directement, ni contribuer en quoi que ce soit à sa destruction. En un mot, le microbe pathogène étant la cause immédiate, unique de tous les accidents, nous ne faisions, comme on dit vulgairement, que reculer pour mieux sauter, en combattant les symptômes et en laissant persister l'élément primitif: conséquemment, la seule chose rationnelle à faire était de chercher un traitement, dit pathogénique, susceptible d'atteindre et de détruire sur place le microbe en question; tout en employant, comme adjuvant, le traitement symptomatique ordinaire.

Or, nous en étions là de nos réflexions, quand nous fûmes désigné, au mois d'avril 1887, pour aller prendre la direction de l'hôpital de Nam-Dinh, où sévissait assez violemment encore le choléra : nous nous demandions plus que jamais si, parmi les microbicides, assez nombreux déjà expérimentés, il n'y en aurait pas un capable d'aller frapper directement le microbe pathogène du choléra. Et comme ce bacille se retrouve tant à l'intérieur de l'estomac, des intestins que dans le courant sanguin, il fallait trouver un agent pouvant tout à la fois être ingéré sans inconvénient dans les voies digestives, puis absorbé impunément par les muqueuses stomacale et intestinale, de manière à poursuivre jusque dans ses derniers retranchements le principe même du mal. Morte la bête, mort le venin; à ce prix seul on pouvait espérer instituer un traitement réellement rationnel et efficace.

C'est alors qu'en parcourant les travaux nombreux publiés de tous côtés à cette époque sur le choléra, notre attention fut frappée par le résultat d'une expérience qui, sans la préoccupation particulière qui hantait notre esprit, serait certainement passé inaperçu pour nous, tant il était noyé et perdu au milieu de détails sans importance; il était dit que, expérimentalement, de tous les microbicides employés contre le bacille en virgule, celui qui était le plus actif, celui qui en déterminait le plus rapidement et avec le plus d'énergie la destruction et la disparition, était le bichlorure de mercure, dont l'effet était immédiat, même à très faible dose et en solution très étendue. De là l'auteur de cette note, dont nous n'avons pu, d'ailleurs, depuis, retrouver ni le nom, ni le travail, concluait en recommandant la solution de sublimé comme le meilleur agent pour désinfecter tous les objets en contact immédiat avec les cholériques et susceptibles de transmettre à distance le germe contagieux.

Mis en éveil par ce fait, ma première idée fut tout d'abord

de pres crire dans mon service, l'emploi d'une solution à 1/1000e de bichlorure de mercure pour tous les soins de propreté, et en particulier pour la désinfection des mains de tous ceux qui les avaient plus ou moins souillées par les déjections ou les sécrétions cholériques. Une fois lancé dans cette voie, je me suis dit alors : mais si réellement le bichlorure de mercure détruit avec tant de facilité, avec tant d'énergie, les microbes pathogènes qui peuvent se trouver à la surface de la peau, dans les interstices du derme, dans les sillons sus et sous-unguéaux, pourquoi ne pas administrer ce médicament à l'intérieur et poursuivre jusque dans l'estomac, dans l'intestin, ceux qui s'y rencontrent, qui s'y développent, qui y pullulent ? D'autant plus, qu'en raison de la facilité d'absorption des muqueuses stomacale et intestinale pour cette solution mercurique, le sang lui-même ne tardera pas à en contenir une quantité suffisante pour agir sur les bacilles jusque dans les parties les plus profondes de l'économie, et les détruire sur place, eux ou le poison, la ptomaïne qu'ils sécrètent.

Telle est l'idée qui a servi de point de départ au nouveau mode de traitement que nous avons institué à l'hôpital de Nam-Dinh, dont nous étions alors médecin-chef, du 1er mai au 30 juin 1887. Que le fait théorique soit plus ou moins exact, nous n'avons eu ni les moyens, ni les instruments nécessaires pour le vérifier, pour le contrôler : les conséquences thérapeutiques nous en ont paru éminemment rationnelles et pratiques; et nous nous sommes dit qu'après tout, nous avions tout à gagner et rien à perdre, puisque jusqu'à présent toutes les autres méthodes s'étaient montrées absolument inefficaces et n'avaient abouti qu'au découragement et à l'insuccès le plus complet. Avec la précaution, toutefois, d'agir prudemment; de commencer par administrer des doses très minimes et d'associer le bichlorure à un agent, tel que le laudanum par exemple, capable d'établir la tolérance et de prévenir les inconvénients du sel mercurique, au cas où ces inconvénients viendraient à se produire. L'adjonction au laudanum d'une certaine quantité de liquide alcoolique, telle que rhum, tafia, etc., etc., ne pouvait que faciliter l'absorption de l'agent médicamenteux, tout en déterminant un certain degré d'excitation, toujours à rechercher au début de la période algide.

C'est ainsi que j'ai été définitivement amené à recourir à la liqueur de Van-Swieten, que j'ai donnée tout d'abord aux faibles doses de 5 grammes, de 10 grammes ; et que j'ai bientôt prescrite aux doses plus fortes de 20 grammes, de 30 grammes et même de 40 grammes dans les vingt-quatre heures, associée au rhum et au laudanum : la dose étant toujours, bien entendu, proportionnée à la rapidité ou à l'intensité des accidents. Je suis arrivé à donner ainsi, comme dose moyenne, une potion contenant :

Liqueur de Van-Swieten....	20 grammes.
Rhum vieux..............	30 à 40 grammes.
Laudanum de Sydenham....	30 à 40 gouttes.
Eau......................	70 grammes.

A prendre par cuillerée à bouche toutes les heures.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1888.

Sur la claudication par douleur. Note de M. *Marey*. — Entre autres causes de la claudication, l'auteur s'occupe de celle qui se produit quand l'appui du pied sur le sol est douloureux. Dans ce cas, la boiterie est volontaire, car elle a pour but d'atténuer la souffrance en diminuant la pression du pied sur le sol. Si l'on observe avec quelque attention cette claudication, on voit qu'elle consiste en un abaissement subit du corps au moment où le pied douloureux repose sur le sol; le corps se relève ensuite énergiquement pendant l'appui du membre sain. Or la descente du corps pendant l'appui du pied sur le sol diminue la force de cet appui et, par conséquent, la douleur qui l'accompagne.

Au point de vue des lois mécaniques qui régissent la pression du pied sur le sol, il y a lieu de considérer trois cas, dans lesquels cette pression est tantôt égale au poids du corps, tantôt supérieure, tantôt inférieure à ce poids : 1° si le centre de gravité du corps est immobile ou animé d'un mouvement uniforme d'élévation ou d'abaissement, la pression sur le sol est précisément égale au poids du corps ; 2° si le centre de gravité s'élève d'un mouvement accéléré, c'est que l'appareil musculaire fait plus que soutenir le poids du corps, mais développe un surcroît d'effort qui se transmet au sol et qui a pour mesure l'accélération même imprimée à la masse du corps; 3° si le centre de gravité du corps s'abaisse d'un mouvement accéléré, le poids du corps ne se transmet pas tout entier au pied à l'appui, car une partie de la pesanteur travaille à produire l'accélération descendante de la masse du corps. Cette force qui ne se transmet pas au sol représente une partie du poids du corps d'autant plus grande que l'accélération descendante est plus grande et s'approche davantage de 9m,80 par seconde.

De la vaccination anticholérique. — Lettre de M. *Domingos Freire*. — Il s'agit d'une réclamation de priorité au sujet de la méthode d'atténuation du virus cholérique due à M. Gamaleïa.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Traitement du choléra par le deutochlorure de mercure. Note de M. *Yvert*. (Voy. aux *Travaux originaux*, p. 694).

Sur un microbe pyogène et septique (*Staphylococcus pyosepticus*) et sur la vaccination contre ses effets. Note de MM. *J. Héricourt* et *Ch. Richet*. — Les deux auteurs de cette note ont trouvé, dans une tumeur épithéliale non ulcérée, constatée à l'autopsie d'un chien et enlevée au moment de la mort, un micro-organisme qui y pullulait. Ils ont essayé, mais en vain, de reproduire des tumeurs analogues par l'inoculation de ses cultures. Aussi tous les phénomènes pathologiques dont ils donnent la description ne leur paraissent-ils pas avoir de rapports avec cette origine.

Par sa forme et par ses dimensions, par ses réactions colorées et par l'ensemble de ses caractères biologiques, ce microbe ressemble au *Staphylococcus pyogenes albus*, dont il diffère cependant par quelques autres caractères, notamment par une septicité et une virulence plus grandes et par le développement d'un œdème considérable, auquel il donne lieu lorsqu'il est inoculé sous la peau d'un lapin. Cet œdème, lorsque l'animal ne succombe pas dans les vingt-quatre heures, peut se résorber partiellement et se transformer en une collection purulente semblable aux abcès provoqués par le *Staphylococcus albus*. Chez le chien d'ailleurs on n'observe ni la mort ni l'œdème, mais simplement la formation d'un gros abcès. Pour rappeler le double effet de ce microbe sur les lapins, MM. Héricourt et Richet l'ont dénommé *Staphylococcus pyosepticus*. Ils rendent compte ainsi qu'il suit des essais de vaccination qu'ils ont entrepris sur des lapins contre ce micro-organisme.

« Nous avons pu, disent-ils, vacciner des lapins en les inoculant, au préalable, à une ou plusieurs reprises avec

des cultures faites en employant des bouillons moins aptes au développement du microbe, c'est-à-dire des bouillons (de bœuf) non peptonisés.

« Voici, entre beaucoup d'autres, une expérience bien démonstrative : le 20 août, on inocule une goutte de *Staphylococcus pyosepticus* à un lapin témoin, deux gouttes à un autre lapin témoin, trois gouttes à un troisième lapin témoin ; huit gouttes à un lapin vacciné deux fois, huit gouttes à un lapin vacciné trois fois, dix gouttes à un lapin vacciné deux fois. Les trois lapins vaccinés ont survécu et vivent encore aujourd'hui, tandis que les trois témoins sont morts en douze, vingt et trente heures. D'ailleurs, toutes les inoculations de *Staphylococcus pyosepticus* qui ne déterminent pas la mort sont des vaccins. Par conséquent il suffit de diminuer la virulence d'une culture par un procédé quelconque pour en faire un vaccin. Cette diminution de virulence s'obtient soit en employant des cultures vieillies (le maximum de virulence s'observe quarante-huit heures environ après l'ensemencement), soit en employant des cultures qui ont digéré à des températures supérieures ou inférieures à la température *optima* qui est de 36 à 39 degrés. Il nous a semblé que les bouillons stérilisés par une température de 100 degrés ou par la filtration sur porcelaine pourraient aussi, étant injectés dans la veine ou dans le péritoine, conférer l'immunité vaccinale. Mais nous n'avons pas poussé très loin nos recherches dans ce sens.

Ces effets vaccinaux ne consistent pas seulement dans la survie de l'animal ; ils portent encore sur la réduction de l'œdème qui, chez les lapins bien vaccinés, est insignifiant, et sur l'absence de fièvre. Ainsi, dans une expérience faite le 23 juillet, deux lapins témoins avaient, le lendemain de l'inoculation, 40 degrés et 40°,5 ; les autres lapins vaccinés préalablement par divers procédés et inoculés, en même temps que les témoins, par cinq gouttes de bouillon de culture du *pyosepticus* avaient 39°,6, 40 degrés, 40 degrés, 39°,8, 39°,4, 39°,6, 39°,5, 39°,4, 39°,5, 40°,4, 39°,9, 39°,7 et 39°,4.

« Ainsi les effets virulents du *pyosepticus* comportent une vaccination. Tous les procédés que nous venons de décrire restent dans les méthodes générales de M. Pasteur et de ses élèves. Mais nous avons pu employer un procédé nouveau (transfusion péritonéale de sang de chien) que nous décrirons avec détail dans une prochaine communication. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Porak* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'accouchements.

MM. les docteurs *Lacassagne* (de Lyon), *de Brun* (de Beyrouth), *Guelliot* (de Vouziers) et *Ouimus* envoient des lettres de candidature au titre de correspondant national.

M. le docteur *Loeve*, médecin-major, adresse un Rapport manuscrit sur *les vaccinations qu'il a pratiquées au 67° régiment d'infanterie en novembre 1887.*

M. *Bergeran* dépose une brochure de M. le docteur *Alison* (de Baccarat) concernant l'*influence de l'alcoolisme sur le développement de la tuberculose pulmonaire et de la cirrhose atrophique du foie* et un *Exposé de titres* envoyé par M. le docteur *Vastin* (d'Angers).

M. *Goubaux* offre un *Rapport sur les tueries particulières des bouchers et des charcutiers dans le département de la Seine.*

M. *Panas* présente une brochure de M. le docteur *Lambadarios* (d'Athènes) sur *le diagnostic différentiel entre la fièvre paludéenne subcontinue et la fièvre typhoïde.*

M. *Charcot* dépose une note de M. le docteur *Lanucgrace* (de Montpellier) sur l'*hémiopie homonyme et l'amblyopie croisée d'origine corticale.* — (Commission : MM. *Charcot, Mathias-Duval* et *François-Franck.*)

M. *Le Roy de Méricourt* présente un mémoire de M. le docteur *Barrallier* sur *les ruptures spontanées de la rate.*

M. *Verneuil* dépose : 1° deux brochures de M. le docteur *A. Corradi* (de Pavie sur *la diminution du sang* et *des lettres inédites de Morgagni* ; 2° au nom de M. le docteur *Brochon* (de Champdeniers), un mémoire manuscrit sur une *série de cas de tétanos équins après castration* et une *Étude clinique sur l'étiologie du tétanos*, publiée dans la *Gazette hebdomadaire.*

M. *Léon Colin* présente une brochure de M. le docteur *Ivert*, médecin-major de 2° classe à l'École d'application de l'artillerie de Fontainebleau, sur un *nouveau mode de traitement curatif et prophylactique du choléra asiatique : le bichlorure de mercure considéré comme vaccin chimique anticholérique* (voy. p. 694.

TRÉPANATION. — M. *A. Guérin* place sous les yeux de ses collègues des greffes de rondelles osseuses, pratiquées par M. le docteur *Mossé* (de Montpellier). — (Le mémoire de M. Mossé sera publié.)

ACIDE FLUORHYDRIQUE ET TUBERCULOSE. — Il résulte d'expériences qui ont été faites dans le service de M. *Jaccoud* et sous sa direction, que l'acide fluorhydrique, dilué en diverses proportions, concentré même jusqu'à égalité d'acide et d'eau, serait impuissant à modifier la vitalité et transmissibilité du bacille tuberculeux.

M. *Hérard* cite plusieurs observations dans lesquelles, au contraire, la virulence des bacilles tuberculeux a été détruite par l'acide fluorhydrique. M. *Jaccoud* fait observer qu'avec des cultures on peut quelquefois obtenir de tels résultats ; mais il n'en a jamais été de même, dans ses recherches, avec les crachats eux-mêmes tels que les rendaient les malades.

DÉMOGRAPHIE. — M. le docteur *Cherrin* lit un mémoire sur le nombre des enfants par ménage en France. Lors du dénombrement de la population effectué le 30 mai 1886, tous les Français ont dû faire connaître le nombre de leurs enfants vivants. D'après le dépouillement des fiches, on voit que 20 pour 100 des familles françaises n'ont pas d'enfant ; 24 pour 100 ont 1 enfant ; 22 pour 100, 2 ; 15 pour 100, 3 ; 9 pour 100, 4 ; 5 pour 100, 5 ; 3 pour 100, 6, et 2 pour 100, 7 enfants et plus.

En 1856 on avait relevé 1677110 familles n'ayant pas d'enfant, ce qui représente une moyenne de 170 ménages sans enfant sur 1000 ménages. En 1886, le nombre des familles sans enfant était de 2073205, soit 200 ménages sans enfant sur 1000 ménages. Donc, en trente ans, la proportion des familles sans enfant a augmenté de 30 pour 100. D'où l'on peut conclure que la cause du peu de développement de la population française réside dans la faiblesse de la fécondité des mariages.

La moyenne des enfants pour 100 familles ayant des enfants est de 259. Les départements où le nombre des enfants est minime se divisent en cinq groupes. Dans ces départements, la moyenne des enfants varie de 200 à 228 pour 100 familles. Les départements où les enfants sont les plus nombreux sont représentés d'un côté par la Bretagne et le Poitou ; de l'autre, par la Savoie, l'Auvergne et une partie du Limousin et du Berry ; au nord, par les Flandres et l'Artois.

Dans ces départements, la moyenne varie de 285 à 340 pour 100 ménages. Ainsi, la fécondité des mariages se répand d'une manière absolument inégale sur l'étendue du territoire.

Un grand nombre de personnes pensent que le petit nombre d'enfants par famille provient des restrictions volontaires de la part des époux dans l'acte de la reproduction. D'autres personnes, tout en faisant une large part à l'hypothèse précédente, pensent que, beaucoup plus souvent qu'on ne le croit, la fécondité des mariages est physiologiquement ou pathologiquement restreinte à un ou deux enfants, quels que soient d'ailleurs les désirs des époux. Mais quels sont les motifs de cette infécondité volontaire ou involontaire ?

M. Chervin dit que les partisans de l'infécondité volontaire accusent le morcellement de la propriété, l'absence de la liberté du droit de tester, la disparition du sentiment religieux et l'amour du bien-être de pousser les familles à restreindre le nombre de leurs enfants. Les partisans de

l'infécondité physiologique ou pathologique attribuent à la marche envahissante de l'alcoolisme et de la syphilis et à l'immigration des campagnes dans les villes une part considérable dans le ralentissement de notre natalité. Enfin, on fait intervenir les questions de race pour expliquer le plus ou moins de fécondité d'une région. — (Le mémoire de M. Chervin est renvoyé à l'examen de MM. *Bergeron* et *Lagneau*.)

Chirurgie abdominale. — M. le docteur *Ch. Périer* présente deux malades sur lesquelles il a fait avec un très grand succès les opérations suivantes: sur la première, la résection étendue de la paroi abdominale pour une éventration consécutive à une hystérectomie pratiquée quatre ans auparavant; et sur la seconde, l'extirpation par laparotomie d'un grand kyste hydatique du bassin et de l'abdomen qui simulait un kyste de l'ovaire. — (Commission: MM. *Duplay*, *Lannelongue* et *Cusco*.)

Tétanos. — A propos des mémoires communiqués par M. le docteur *P. Berger* sur la transmissibilité du tétanos de l'homme à l'homme et par M. le docteur *G. Richelot* sur la nature infectieuse de cette affection, M. *Verneuil* lit un rapport dans lequel il examine ces divers points de l'étude du tétanos. Il invoque tout d'abord à l'appui de la théorie infectieuse des preuves nombreuses, empruntées à l'observation clinique, à l'expérimentation sur les animaux et aux études microbiologiques. Les observations de MM. Berger et Richelot, que nous avons antérieurement analysées et qu'il commente avec soin, confirment cette manière de voir. Il en est de même de plusieurs exemples, aujourd'hui connus, de transmission ou contagion interhumaine qu'énumère M. Verneuil. Ces faits, il est vrai, sont loin de dissiper toutes les obscurités de ce mode de contagion et surtout ils n'indiquent guère les moyens de nous défendre contre lui. Si bien que, tout en réservant la question de doctrine sur laquelle il reviendra dans une prochaine séance, M. Verneuil croit pouvoir conclure dès aujourd'hui dans les termes suivants : la transmission inter-humaine, qu'on ne saurait contester en principe, n'est encore démontrée que par un petit nombre de faits; cette transmission ne paraît pas emprunter la voie atmosphérique et semble se faire exclusivement par contact direct ou indirect ; le premier mode, contagion immédiate, n'est encore établi par aucun fait décisif; le second mode, contagion médiate, s'appuie, au contraire, sur des observations cliniques assez nombreuses; il est parfois très difficile encore de découvrir le véritable agent du transport parmi les intermédiaires nombreux et variés échelonnés entre le premier tétanique et les suivants; cette recherche doit donc être poursuivie avec opiniâtreté, car seule elle apprendra à prévenir un mode d'extension du mal, rare peut-être, mais tout à fait indiscutable. — L'Académie décide, sur la demande du rapporteur, d'adresser des remerciements à MM. Berger et Richelot et de renvoyer leurs travaux au comité de publication pour être inséré dans ses *Mémoires*

Prix. — M. *Vallin* lit un rapport sur le concours pour le prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance en 1888; M. *Armand Gautier*, un rapport sur le concours pour le prix Orfila. M. *Bouchard* donne lecture, en comité secret, d'un rapport sur le concours pour le prix Capuron.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

A propos du traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olive à hautes doses : M. Millard. — A propos du traitement des kystes hydatiques du foie : M. Debove. — Tuberculose de la peau (présentation de malade par M. Morell-Lavallée) : M. Fournier. — Corne du gland : M. Chauffard. — Kyste hydatique guéri par la ponction simple : M. Troisier (Discussion : MM. Bucquoy, Féréol, E. Labbé, Sevestre, R. Moutard-Martin). — Pouls lent permanent et urémie : M. Debove (Discussion : MM. Rendu, Gingeot).

M. *Millard*, à l'occasion du procès-verbal, fait savoir que la priorité du traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olive à haute dose ne semble pas appartenir aux Américains, puisque, en 1886, il a reçu communication d'un cas dans lequel le docteur Feillée (d'Angers) avait employé ce traitement : ingestion de 150 grammes d'huile d'olive le soir, six heures après un repas léger, et, le lendemain matin, de 40 à 60 grammes d'huile de ricin. Le malade de M. Feillée avait expulsé ainsi plus de vingt calculs biliaires.

M. *Chauffard* rappelle que les recherches des médecins américains datent de 1884. Depuis la dernière séance il a eu connaissance d'un travail, antérieur au sien, du docteur Bernabei (de Pise), qui a reconnu, par l'analyse, que les concrétions expulsées par les malades ne sont pas des calculs biliaires. L'auteur ne donne d'ailleurs aucun renseignement clinique.

— La Société a reçu une lettre du docteur *Mesnard* (de Bordeaux) rapportant un cas de guérison d'un kyste hydatique suppuré du foie qu'il a traité, en 1883-84, par la ponction suivie du lavage avec la solution de sublimé. Il connaît deux cas de guérison obtenus par le même procédé par des médecins des environs de Bordeaux.

M. *Debove* a reçu de M. Bouilly communication de l'observation d'une malade opérée de laparotomie pour kystes hydatiques multiples de l'abdomen, et guérie tout d'abord; mais on constata, un an plus tard, un nouveau kyste du foie et un autre de la fosse iliaque gauche. La ponction et le lavage avec la solution de sublimé donnèrent une nouvelle guérison ; mais on voit actuellement se développer un kyste de la rate. On peut conclure de ces développements successifs, ne correspondant pas, évidemment, à des ingestions successives de germes, que dans les cas de récidive après un an ou plus de guérison apparente, il s'agit du développement de nouveaux kystes, demeurés latents pendant une longue période. Lorsque, plusieurs mois après la ponction d'un kyste hydatique, on n'observe pas la récidive, on peut considérer la guérison de ce kyste comme définitive : les hydatides ne sauraient vivre plus longtemps privées du liquide kystique.

— M. *Morell-Lavallée* présente, au nom de M. *Fournier*, un individu, ancien garçon d'amphithéâtre, qui portait à la main droite plusieurs tubercules anatomiques, et qui a vu se développer rapidement, depuis quelques mois, une lymphangite tuberculeuse, avec gommes, remontant le long du bras. Sous l'influences des injections de vaseline iodoformée pratiquées à la racine du membre, les lésions se sont sensiblement amendées; la santé générale est bonne, les poumons sont indemnes. Ce fait, tout analogue à ceux de MM. Hanot et Merklen, vient confirmer la nature tuberculeuse de certaines formes du tubercule anatomique.

— M. *Chauffard* présente un moulage reproduisant un cas de corne du gland mesurant 3 centimètres et demi de long et 2 centimètres et demi de diamètre à sa base. Cette corne, très dure, contournée vers sa pointe, s'est développée à la

suite d'un papillome du prépuce, opéré deux fois et récidivé. Elle tombe et se renouvelle tous les cinq à six mois, et l'on peut constater que la base d'implantation est constituée par un papillome corné. Cet individu est âgé de soixante-neuf ans, et si cette corne ne saurait être une entrave à des fonctions génésiques éteintes, du moins elle cause une grande gêne pour la marche. M. Duplay, consulté par le malade, a été d'avis de s'abstenir de toute opération chirurgicale.

— M. *Troisier* présente un malade atteint de kyste hydatique du foie traité par l'aspiration. Il insiste sur ce fait que la ponction simple peut amener la guérison des kystes hydatiques du foie, surtout s'il s'agit d'un kyste jeune et uniloculaire. Il faut y avoir recours avant tout autre mode de traitement. Son malade a subi la ponction aspiratrice avec le trocart n° 1 de l'appareil Dieulafoy il y a deux ans. On a extrait un litre de liquide limpide, contenant des échinocoques. Il s'est produit un léger mouvement fébrile dans les trois jours qui suivirent, sans accidents locaux. Le rétablissement fut rapide. Aujourd'hui la santé est excellente, mais le foie reste un peu plus gros qu'à l'état normal; cependant il est probable que le kyste ne s'est pas reproduit, car on a pu constater la diminution progressive du foie à partir de la ponction. Peut-être s'agit-il d'un autre kyste développé plus profondément?

M. *Bucquoy* constate, en examinant le malade, une saillie arrondie, rénitente, aisément appréciable par la palpation dans la région hypochondriaque droite. Il croit pouvoir diagnostiquer l'existence actuelle d'un kyste hydatique du foie, et ne saurait partager l'opinion de M. Troisier relativement à la guérison de son malade. Il conseille de pratiquer la ponction.

M. *Féréol* est entièrement du même avis, et fait remarquer que le malade se plaint encore de souffrir de temps à autre au niveau du foie et de l'épaule droite. S'agit-il d'une récidive du kyste opéré, ou du développement d'un nouveau kyste dans le voisinage?

M. *Troisier* est d'autant plus disposé à accepter le diagnostic de ses collègues, qu'il était lui-même hésitant sur la réalité de la question, en faveur de laquelle lui semblaient cependant plaider le retrait progessif du foie et la marche générale des phénomènes consécutifs à la ponction.

M. *E. Labbé* se joint à M. Debove pour conseiller la ponction et le lavage des kystes hydatiques avec la solution de sublimé. La ponction simple peut certainement amener quelquefois la guérison, mais on observe bien souvent des récidives et de graves accidents alors que l'on se figurait l'avoir obtenue.

M. *Sevestre* a rapporté un certain nombre d'observations de malades qui lui ont paru guéris de leur kyste après une ponction simple. Mais il a vu un malade chez lequel s'est développé un kyste hydatique du poumon gauche après guérison d'un autre kyste du foie: il ne s'agissait évidemment pas d'une récidive.

M. *R. Moutard-Martin* a traité par la ponction simple, en 1878, une jeune fille ayant un kyste du foie; il a pu constater, à diverses reprises depuis cette époque, que la guérison s'est maintenue.

— M. *Debove* donne lecture d'une note intitulée: *Pouls lent permanent et urémie*. On observe parfois, bien qu'assez rarement, une affection caractérisée par un ralentissement permanent du pouls, qui tombe à 28 ou 30 pulsations par minute. Ce ralentissement, dont la cause immédiate est encore indéterminée, et qui s'accompagne fréquemment de manifestations dyspnéiques et de menaces syncopales, a été attribué par Charcot à des altérations bulbaires; mais c'est là une conception jusqu'ici purement théorique, car les recherches nécroscopiques n'ont pas révélé de lésion appréciable des noyaux bulbaires du pneumogastrique. M. Debove a pu recueillir à cet égard une observation absolument négative: l'examen histologique du bulbe n'a montré aucune lésion perceptible. Dernièrement, il a reçu dans son service un homme, âgé de quatre-vingts ans, qui avait été pris, à la suite d'une course, d'accidents dyspnéiques, de syncope et d'accès épileptiformes. Ce malade présentait, lors de son entrée à l'hôpital, 32 pulsations; il était anhélant avec crises de dyspnée. L'auscultation révélait l'intégrité du cœur et des poumons. Songeant à la possibilité de l'urémie, M. Debove analysa les urines dont la quantité totale était de 5 à 600 grammes par jour, et qui renfermaient seulement de 7 à 8 grammes d'urée: pas d'albumine. Il institua le régime lacté; la diurèse se montra progressivement, l'urée augmenta jusqu'à 20^{gr},5, et les accidents dyspnéiques disparurent; malgré cette très notable et rapide amélioration, le ralentissement du pouls persista sans modifications. M. Debove croit pouvoir conclure de ce fait que, sous l'influence du ralentissement des systoles cardiaques, il se produit un abaissement de la tension artérielle et une diminution de l'excrétion urinaire, ainsi que l'a démontré Cl. Bernard; dès lors, la dépuration rénale étant insuffisante, apparaissent des accidents d'ordre urémique: dyspnée, syncopes, convulsions.

M. *Rendu* fait des réserves sur la réalité de cette interprétation: l'absence d'albumine rend douteuse l'existence d'une affection rénale; l'augmentation de l'urée peut résulter d'une nutrition plus active résultant du régime lacté, chez un sujet qui s'alimentait à peine auparavant; cette nutrition meilleure expliquerait la disparition des défaillances et des menaces syncopales. Enfin, le ralentissement du pouls n'est pas une manifestation ordinaire de l'urémie qui donne bien plutôt un pouls irrégulier et une dyspnée intermittente (Cheyne-Stokes); d'ailleurs, le pouls lent a persisté chez le malade de M. Debove, ce qui tend à montrer qu'il n'était pas sous la dépendance d'un trouble rénal. M. Rendu regarde le pouls lent permanent, comme une affection primitivement bulbaire, indépendante des altérations rénales, alors même qu'elle se montre chez un urémique. La pathogénie, à part les cas où existent des lésions des méninges basilaires ou du crâne, est encore indéterminée.

M. *Debove* regrette de s'être mal fait comprendre, mais il a dit que le pouls lent permanent amène une dépression de la tension artérielle et une excrétion urinaire insuffisante entraînant des accidents urémiques; il n'a pas voulu dire que l'urémie est la cause du pouls lent.

M. *Gingeot* observe une femme de quatre-vingt-trois ans, brightique, urinant un litre, en moyenne, par vingt-quatre heures, et dont le pouls est à 30 ou 32. Il y a deux ans, l'urine tomba à 500 grammes, l'urée descendit de 17 à 7 grammes, et apparurent des accidents dyspnéiques, épileptiformes et syncopaux. Le régime lacté ramena la diurèse et fit disparaître ces accidents surajoutés. Au cours d'une bronchite fébrile, avec température axillaire de 39 degrés, le pouls ne s'éleva pas au delà de 40.

La séance est levée à cinq heures et quart.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Colporrhaphie dans le traitement du prolapsus utérin: M. Montells. — Ostéomyélite infectieuse: M. Chavasse. M. De Lens, rapporteur (Discussion: M. Quénu). — Ostéomyélite du péroné: M. Polaillon (Discussion: M. Kirmisson). — Discussion sur le traitement du cancer de l'utérus: MM Bouilly, Richelot, Pozzi. — Ovariotomie: M. Terrillon. — Acné éléphantiasique du nez: M. Le Dentu (Discussion: M. Kirmisson). — Troubles trophiques du membre supérieur: M. Routier.

M. *Monteils* (de Mende) adresse un fait de *colporrhaphie* (procédé de L. Le Fort) pour prolapsus utérin.

— M. *Delens* lit un rapport sur un fait de M. *Chavasse: Ostéomyélite consécutive à un traumatisme de l'épaule.* La porte d'entrée de l'agent infectieux semble bien avoir été l'incision d'un épanchement sanguin. Il s'est déclaré une arthrite suppurée et M. Chavasse a réséqué la tête humérale. L'opération était à peu près guérie lorsqu'une poussée d'ostéite, terminée d'ailleurs par résolution, s'est manifestée sur un des fémurs. Il y a donc eu généralisation de l'infection.

M. *Quenu* a eu à réséquer l'épaule pour une ostéomyélite aiguë ayant causé un vaste abcès sous le grand pectoral. Il y avait lors de l'opération, dans le canal médullaire, un peu de pus concret qui fut enlevé à la curette. Au bout de quelques jours, la fièvre reparut. M. Quenu trépana alors l'extrémité inférieure du canal médullaire, qu'il vida, lava et transforma ainsi en un drain. Il n'y eut pas trace de nécrose, ce qui fut constaté à l'autopsie, le sujet étant mort d'une fièvre typhoïde, alors qu'il ne lui restait plus qu'une fistulette à l'épaule.

— M. *Polaillon* présente un enfant auquel il a *réséqué la diaphyse du péroné pour ostéomyélite.* L'os est en partie reproduit.

M. *Kirmisson* vient de pratiquer cette opération pour une *ostéomyélite insidieuse*, qui avait fait croire un instant à de la tuberculose osseuse.

— M. *Bouilly* reprend la discussion sur le *traitement du cancer utérin* et se déclare partisan, jusqu'à plus ample informé, de l'hystérectomie totale. Certes la bénignité de l'amputation du col (pour laquelle il préfère employer l'instrument tranchant) est démontrée. Mais ces opérations partielles sont contraires au principe du traitement du cancer par les ablations larges, principe si énergiquement soutenu par M. Verneuil pour le sein, pour la langue. Et les grandes opérations alors pratiquées ne sont-elles pas à peu près aussi graves que l'hystérectomie vaginale? En outre, les cas où l'amputation partielle est possible sont sans contredit assez rares. Ce qui rend la question douteuse, c'est qu'il n'est pas encore démontré que l'hystérectomie totale compense sa gravité plus grande par des résultats thérapeutiques supérieurs. Mais faut-il même avoir trop peur de cette gravité? Est-il juste de condamner sans appel une opération qui, en France au moins, n'a guère que trois ans de date? Les résultats des premiers jours ne sont pas bons; ceux des derniers sont encore trop récents. Mais n'est-ce pas l'histoire de l'ovariotomie, de l'opération césarienne à leurs débuts? M. Bouilly croit donc devoir aborder franchement l'hystérectomie vaginale, quitte à rebrousser chemin s'il reconnaît avoir fait fausse route. Jusqu'à présent il a opéré ainsi vingt-neuf cancers et une rétroversion irréductible, avec 23 pour 100 de mortalité. Mais en 1886 il a eu trois morts sur dix cas; deux sur huit en 1887; deux sur douze en 1888. De ces décès, il en est qui sont dus à l'inexpérience. En 1886, par exemple, deux relèvent de péritonite septique, la désinfection vaginale préalable ayant été insuffisante; un provient d'hémorrhagie. En 1887, encore une péritonite septique, des hémorrhagies incoercibles ayant empêché de désinfecter le vagin; l'autre mort est due à l'irruption des matières fécales dans le péritoine, une des pinces ayant saisi l'intestin, et M. Bouilly la regrette d'autant plus qu'il s'agissait d'un petit cancer, bien limité à la pointe du col et justiciable de l'amputation partielle. En 1888, enfin, les décès directement opératoires font défaut; M. Bouilly reconnait qu'il n'aurait pas dû opérer (s'il l'eût su à l'avance) une femme extrêmement diabétique, qui a succombé sans péritonite septique; pas de péritonite non plus chez une autre, morte de pneumonie au neuvième jour. Voici enfin les résultats des opérées guéries. 1886: une guérison maintenue; cinq récidives dans l'année; 1887: trois guérisons depuis seize mois et demi, quinze mois, onze mois; deux récidives; 1888: cinq guérisons, bien récentes il est vrai, et cinq récidives.

M. *Richelot* conteste que la bénignité doive entrer en ligne de compte autant que le veut M. Verneuil lorsqu'on a à sa disposition l'outillage matériel nécessaire pour aborder les grandes opérations. D'autre part, il ne se rallie pas à la manière de voir de M. Verneuil sur l'efficacité des opérations partielles, qui sont à peu près toujours palliatives. M. Verneuil renonce donc à la cure radicale, que M. Richelot pense au contraire devoir poursuivre, fût-ce au prix d'une gravité immédiate plus grande (M. *Verneuil* répond que l'hystérectomie totale ne peut pas davantage se flatter d'obtenir des cures radicales). Oui, l'amputation partielle s'applique aux cas qui débutent par la muqueuse externe du col et sont encore cantonnés au museau de tanche; mais ces faits sont rares. Pour les cancers de la muqueuse interne, au contraire, on ne sait jamais si on dépassera la lésion, dont il est impossible de déterminer à l'avance la hauteur exacte. M. Richelot termine par l'exposé de sa statistique: vingt-quatre opérations; neuf morts; six récidives; cinq guérisons maintenues, dont deux assez récentes. Y aura-t-il des guérisons définitives? L'avenir seul le jugera. Mais, quant à présent, il ne faut pas trop se hâter de discréditer ces tentatives.

M. *Verneuil* se déclare effrayé par ces 36 pour 100 de mortalité, et il demande, en outre, qu'on lui présente des survies de sept ans, de cinq ans, comme il en a obtenu. M. *Trélat* répond que, l'hystérectomie vaginale n'ayant eu en France que trois ans de date, cela est impossible. M. *Verneuil* s'en tient donc à ses cinq dernières opérations, depuis 1884, et constate qu'elles lui donnent vingt-neuf mois de survie moyenne.

M. *Kirmisson* n'admet pas la manière de discuter de M. Richelot, car pour aucun cancer on ne peut dire qu'on entreprend une opération radicale. On fait ce qu'on peut et on ne sait jamais à l'avance ce qu'on obtiendra.

M. *Pozzi* est partisan de l'hystérectomie totale, même pour le cancer exclusivement limité au col, et il ne faut la tenter que si on est sûr de tout enlever. Dans ces conditions, la mortalité n'est pas effrayante; il a obtenu cinq succès sur six cas. De ces cinq malades, une a été atteinte de récidive au bout de deux ans et demi; une au bout de cinq mois; trois vivent en bonne santé depuis plus d'un an. Les statistiques étrangères sont importantes. Les opérations récentes donnent environ 15 pour 100 de léthalité et les cinquante dernières interventions de Schrœder ne fournissent que trois morts. Cela démontre nettement l'importance de l'expérience acquise. Martin a plusieurs opérées qui survivent depuis quatre, cinq et six ans. Il est vrai que Hofmeier arrive à ce résultat bizarre, qu'au bout de la première année les succès de l'amputation totale sont plus nombreux que ceux de la partielle et qu'ensuite la proportion se renverse. Ne serait-ce pas que l'on applique l'amputation partielle aux cas les plus limités, les plus favorables? L'anatomie

pathologique, en effet, ne saurait se concilier avec l'amputation partielle, car presque tous les auteurs signalent que le cancer du col s'accompagne fort souvent de noyaux indépendants, situés très haut dans le col et même dans le corps, noyaux qu'on laisse en place, où ils continuent à croître. Certains auteurs parlent même d'une dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse.

M. *Terrier* a signalé au Congrès de chirurgie cette dissémination du cancer, il ne croitguère à la sarcomatose de la muqueuse; il s'agit du tissu embryonnaire de la métrite très fréquente. Sa mortalité opératoire individuelle est de 17 pour 100.

MM. *Trélat* et *Bouilly* font remarquer que les amputations partielles d'Hofmeier sont des opérations supra-vaginales et même souvent très élevées. Cela est absolument différent de l'amputation du col, telle que la préconise M. Verneuil.

— M. *Pozzi* ajoute quelques mots sur le *traitement de certaines métrites par l'amputation du col.* Cette thérapeutique, dont M. Verneuil vient de rapporter deux exemples, était déjà usitée par Lisfranc. M. Pozzi lui aussi s'en loue. De même, pour certaines déchirures du col avec éversion considérable, il la préfère à la trachélorrhaphie.

— M. *Terrillon* communique une *série de trente-cinq ovariotomies* avec trois décès (deux par choc; un tardif). Aucune de ses opérées n'a eu trace de péritonite. La plupart portaient des kystes adhérents et dix avaient subi une ou plusieurs ponctions. Notons une guérison d'ovario-hystérectomie avec pédicule externe. M. Terrillon, qui pendant un temps avait remplacé le catgut par la soie bouillie, est revenu au premier depuis que MM. Reverdin ont fait voir que le catgut dégraissé peut être mis à l'étuve à 120 degrés, 140 degrés.

— M. *Le Dentu* fait une communication sur trois cas d'*hypertrophie éléphantiasique du nez*, traités par l'abrasion simple avec un fort bon résultat. Récemment Hébra fils (de Vienne) a préconisé ce traitement et il aurait vu que les glandes sébacées (qui ont sans doute un rôle considérable dans le processus) gardent un cul-de-sac enfoncé dans la surface cruentée et cela constituerait autant d'îlots de cicatrisation. Mais Hébra fils a un peu trop rajeuni cette affection et la décortication du nez. Il y a deux observations heureuses de Civadier à l'Académie royale de chirurgie et de nos jours M. Ollier a étudié ce point de la chirurgie. La décortication se fait bien au bistouri et l'hémorrhagie s'arrête sans peine. La cicatrisation est rapide, sans autoplastie.

M. *Kirmisson* vient de faire cette opération. Mais il redoute assez le sang et préfère le thermocautère.

M. *Th. Anger* cite un fait analogue.

M. *Verneuil* préfère le thermocautère. Il confirme l'inutilité des autoplasties pour ces petites opérations sur la face, par exemple pour l'ablation des épithéliomas sudoripares.

M. *Le Dentu* craindrait que le thermocautère ne causât une nécrose des cartilages.

— M. *Routier* présente une jeune fille qui après un panaris de la phalangette du pouce a été atteinte de petites eschares cutanées du membre supérieur. Elle n'offre cependant pas de troubles nerveux.

A. Broca.

Société de biologie.

Séance du 27 octobre 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

Variations du contenu gazeux des plantes : M. Peyrou. — Action des rayons lumineux sur certains mollusqnes : M. Dubois. — Procédé pour anesthésier certains animaux : M. Dubois. — Action du chlorure d'éthylène sur la cornée : M. Dubois. — Effets des injections sous-cutanées d'huile : M. Daremberg. — Présentation d'ouvrage : M. Mathias-Duval — Sur l'enveloppe vaginale et la vaginite des rongeurs. — Influence des lésions corticales sur la vue : M. Lannegrace. — Des myopies et des amblyopies expérimentales : M. Lannegrace. — Sur la phosphorescence des noctiluques : M. Henneguy.

M. *Peyrou*, dans une série de recherches sur le contenu gazeux des plantes, a reconnu qu'il présente des variations importantes, non seulement dans des plantes de la même famille, mais même dans les diverses parties d'une seule et même plante. Ce sont les variations diurnes qui sont les plus notables; il y a toujours deux minima et deux maxima pour l'oxygène. D'une façon générale la quantité d'acide carbonique est en raison inverse de la quantité d'oxygène. Chaque fois qu'une plante est placée dans des conditions défavorables à son développement, on trouve plus d'oxygène; de telle sorte qu'on peut conclure que la quantité d'oxygène contenue dans les plantes est en raison inverse de leur activité vitale.

— M. *Dubois* a pu mesurer l'influence des excitations lumineuses produites sur certains mollusques lamellibranches par des sources d'intensité et de longueurs d'ondes différentes. En effet, lorsqu'un rayon lumineux tombe sur une pholade, on voit le siphon de l'animal se contracter. M. Dubois décrit le dispositif grâce auquel, enregistrant ces contractions, il a trouvé et mesuré la sensation lumineuse en fonction de la contraction musculaire; il décrit ensuite l'appareil qui lui sert à diriger sur l'animal telle ou telle lumière. Ce siphon des pholades, d'ailleurs, ne possède pas d'organes lumineux proprement dits, mais seulement des points oculiformes, des taches pigmentaires.

— M. *Dubois* indique un procédé simple et commode pour anesthésier certains animaux, tels que les vipères, que l'on tue si aisément par l'éther ou le chloroforme. Ce procédé consiste à diriger sur la tête de l'animal un jet d'éther ou de chlorure de méthyle; on obtient ainsi une anesthésie parfaite. Sur les grenouilles le résultat est le même.

— M. *Dubois* rappelle qu'il a montré qu'à la suite de l'anesthésie par le chlorure d'éthylène, sur les chiens, la cornée devient opaque. Ce fait si curieux tient à ce que, sous l'influence des vapeurs de ce corps, il se produit une déshydratation de la cornée qui est suivie d'une imbibition extrême; à ce moment l'opacification a lieu. On pouvait conséquemment se demander si par de nouvelles inhalations on ne mettrait pas obstacle à cette imbibition et par là même à l'opacité. C'est en effet ce que M. Dubois a vu, en réalisant cette expérience. En faisant respirer du chloroforme, il a constaté que la cornée s'éclaircit aussi, quoique moins complètement. Or, le chloroforme exerce également une action déshydratante snr les tissus.

— M. *Daremberg* a constaté que les injections sous-cutanées d'huiles diverses, faites à des cobayes ou à des lapins tuberculeux, avec les précautions antiseptiques nécessaires, entraînent toujours la mort de l'animal par péritonite : les doses toxiques sont extrêmement variables.

— M. *Mathias-Duval* présente, de la part de M. *Fromentel*, un livre sur les synalgies et les synesthésies et rappelle, à ce sujet, tout l'intérêt de ces phénomènes.

— M. *Lataste* a poursuivi ses recherches sur l'enveloppe vaginale que présentent certains rongeurs, au

moment de l'époque génitale. C'est là une production pathologique, car on ne la constate que chez certaines femelles et, dans ce cas, celles-ci répugnent à l'acte génital. Cette production, qui offre souvent le moule exact du vagin, consiste exclusivement en cellules épidermiques; c'est un produit de desquamation du vagin. C'est donc là une affection qui doit être considérée comme identique de tous points à la vaginite exfoliante de la femme.

— M. *Henneguy* présente trois notes de M. *Lannegrace* (de Montpellier) : les deux premières, relatives à l'influence des excitations et des lésions corticales sur le sens de la vue chez le chien et chez le singe; et la troisième sur les myopies et les amblyopies.

— M. *Henneguy* a étudié l'influence de la lumière du jour sur la phosphorescence des noctiluques et il a vu que, quand ces êtres ont été exposés pendant quelques heures à cette lumière, ils ne présentent plus dans l'obscurité la moindre phosphorescence pendant un assez long temps.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Pouvoir antiseptique de la saccharine : M. C. Paul (Discussion : MM. Hallopeau, Bilhaut, Cadet de Gassicourt, Grellety). — Hématoscopie : M. C. Paul (Discussion : M. Hénocque). — Des injections intraveineuses : M. Dujardin-Beaumetz (Discussion : MM. Hénocque, C. Paul, Bardet, Fernet).

M. *C. Paul* rappelle que, dans des expériences dont il a précédemment communiqué le résultat, il a établi le pouvoir microbicide de la saccharine à l'égard de certains micro-organismes, tels que le *Streptococcus pyogenes*, et les divers microbes de la bouche qui liquéfient la gélatine. C'est la constatation de ce fait qui l'avait amené à proposer la saccharine comme dentifrice antiseptique. Il a reconnu, d'ailleurs, que la saccharine n'entrave nullement le développement du bacille typhoïdique, et qu'elle diminue seulement la vitalité du microbe de la puerpéralité. Depuis lors, il a prié M. Trousseau d'expérimenter l'action antiseptique de la saccharine en chirurgie oculaire. Il résulte des essais tentés par cet observateur que la saccharine en solution au 1/500e et au 1/250e est un antiseptique aussi actif que l'acide borique; ces solutions sont, d'ailleurs, admirablement tolérées et d'une innocuité absolue pour la conjonctive ou la cornée.

M. *Hallopeau* demande à M. C. Paul s'il a employé la saccharine dans les stomatites, et en particulier dans la stomatite mercurielle.

M. *C. Paul* n'a eu recours à la saccharine que dans un cas de stomatite ulcéro-membraneuse ; elle a paru fournir d'assez bons résultats, mais une plus complète expérimentation est nécessaire avant de formuler aucune conclusion.

M. *Bilhaut* demande si M. Trousseau s'est servi de la solution de saccharine pour la désinfection des instruments. Un des meilleurs moyens de rendre aseptiques les instruments d'ophthalmologie consiste à les plonger dans le chloroforme, ainsi que l'a indiqué Lucas-Championnière.

M. *C. Paul* ne sait si les instruments ont été plongés dans la solution de saccharine; dans tous les cas, cette solution n'altère en rien les instruments, ni les brosses employées pour l'antisepsie des dents et de la bouche. Il insiste sur la nécessité d'étudier les solutions antiseptiques à l'égard de chaque microbe séparément; on ne fournit que des renseignements absolument incertains lorsqu'on indique le titre d'une solution antiseptique comme s'adressant indistinctement à tous les micro-organismes.

M. *Cadet de Gassicourt* fait remarquer que, dans l'empyème, par exemple, chez les enfants, on ne peut recourir aux lavages avec l'acide phénique dans la crainte d'une intoxication; il emploie, en pareil cas, l'acide borique, et serait tout disposé à donner la préférence à la saccharine, également inoffensive, si elle présente sur l'acide borique quelque supériorité comme antiseptique.

M. *Grellety* a conseillé la saccharine à plusieurs diabétiques qui n'ont pas accepté cette substance, ayant perdu, à la longue, tout désir d'ingérer des aliments sucrés.

M. *C. Paul* croit que, pour l'usage de la saccharine à l'intérieur, comme succédané du sucre chez les diabétiques, le refus des malades vient ordinairement des douleurs d'estomac que leur cause parfois cette substance. Ceux qui la tolèrent bien continuent à l'employer avec plaisir.

— M. *C. Paul* rapporte avoir vu à Vienne un instrument destiné à mesurer la richesse du sang en hémoglobine, basé sur la comparaison de la couleur du sang, renfermé dans un prisme et examiné suivant une épaisseur progressivement croissante, avec la teinte fixe d'un étalon situé à côté. Cet appareil diffère notablement, dans son principe, de l'hématoscope de M. Hénocque.

M. *Hénocque* connaît cet appareil : c'est le colorimètre de Flesch; il est très analogue et n'est pas supérieur à celui de Malassez. Il est passible, d'ailleurs, du même reproche applicable à tous les colorimètres basés sur le même principe, à savoir qu'il n'existe pas de verre coloré exactement de la teinte du sang et pouvant servir d'étalon. D'autre part, tous ces instruments ont l'inconvénient de nécessiter une dilution du sang, ce qui en altère la teinte. On ne saurait, d'ailleurs, attendre de ces divers appareils les renseignements multiples et précieux que fournit l'hématospectroscopie : cette dernière seule permet d'étudier, outre l'oxyhémoglobine, la méthémoglobine, l'hématine, et l'activité de réduction au sein des tissus.

— M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que dans une récente discussion à l'Académie (voy. le n° 42), il a combattu les injections intraveineuses en tant que méthode rationnelle d'étude de l'action thérapeutique des médicaments. Par contre, M. Bouchard a soutenu que c'est, au contraire, le seul procédé permettant de juger exactement de l'action thérapeutique des médicaments, de certains alcools en particulier. Si M. Bouchard a raison de dire que pour étudier l'action d'un médicament dans le sang, il faut l'y introduire de façon à apprécier la dose à laquelle il devient toxique, cependant M. Dujardin-Beaumetz pense n'avoir pas tort de faire des réserves sur la valeur, ou tout au moins la précision d'un semblable renseignement. On s'est en effet placé, en pareil cas, dans des conditions différentes de l'expérimentation thérapeutique, car il est impossible, lorsque le médicament est introduit par l'estomac ou la voie hypodermique, de savoir la dose exacte qui en aura pénétré à un moment donné dans le sang. De ce que la magnésie introduite directement dans le sang est toxique à la dose de 2 grammes, s'ensuit-il que c'est un médicament dangereux qu'il faut abandonner? Et les pommes de terre qui renferment, pour 1 kilogramme, 6 grammes de potasse, c'est-à-dire une dose bien supérieure à la dose toxique en injection intraveineuse, sont-elles un aliment dont il faut se défier? Il est donc nécessaire d'étudier les médicaments pour une autre méthode permettant de déterminer la quantité qui pénètre dans la circulation en un temps donné, et les modifications subies pendant les phénomènes d'absorption. Ne sait-on pas, par exemple, que l'on peut ingérer sans inconvénients une quantité d'eau considérable qui passe évidemment par le sang puisqu'elle est éliminée dans les urines, alors que la même dose injectée directement dans le sang lui fait subir de graves altérations? En un mot, si les injections intra-

veineuses constituent un excellent procédé d'étude pour la *toxicologie expérimentale*, elles ne peuvent convenir pour les recherches de l'expérimentation thérapeutique.

M. *Hénocque* insiste sur ce fait que M. Bouchard a recommandé les injections intraveineuses comme le plus sûr moyen de déterminer la dose toxique des substances liquides ou solubles. On ne peut employer, évidemment, ce procédé pour l'étude de certains poisons qui altèrent immédiatement le sang, le perchlorure de fer par exemple; mais l'eau peut être injectée dans les veines en quantité considérable sans amener d'altération manifeste du sang : on a pu s'en convaincre chez les cholériques. Si l'eau de lavage des poumons est toxique, ainsi que l'a montré Brown-Séquard, c'est par les principes qu'elle renferme et non par elle-même : M. Dastre a mis hors de doute le fait de la non-toxicité de l'eau pure. Il faut d'ailleurs, pour bien étudier une substance, recourir à tous les procédés d'introduction dans l'économie : ainsi M. Hénocque a reconnu que le nitrite de sodium injecté dans les veines détermine la production d'une grande quantité de méthémoglobine; injecté sous la peau, il agit de même, mais plus lentement; enfin, son effet est encore plus lent lorsqu'il est administré par la voie gastrique. Il faut se rappeler, d'ailleurs, que le sang *vivant* est moins vulnérable que le sang *in vitro*, qui s'altère vite en présence de l'eau. Enfin, M. Hénocque est d'avis que les injections intraveineuses constituent une opération dangereuse chez l'homme et doivent être réservées pour les expériences sur les animaux.

M. *Dujardin-Beaumetz* admet fort bien que les injections intraveineuses sont un excellent procédé d'expérimentation *toxicologique;* qu'au point de vue *thérapeutique*, elles ne doivent pas être employées chez l'homme; enfin que pour les recherches *physiologiques* elles doivent marcher de pair avec les autres méthodes et en particulier avec les injections hypodermiques qui sont un excellent moyen d'introduction thérapeutique des médicaments.

M. *C. Paul* rappelle que M. Bouchard s'est appuyé, pour qualifier de dangereuses les injections de chloroforme, sur ce fait qu'une injection de 1 gramme fait périr un lapin. C'est possible, mais 1 gramme chez l'homme est absolument inoffensif et donne souvent d'heureux effets. Il en serait de même pour le lapin si on lui injectait une dose proportionnelle à son poids, soit environ soixante fois plus faible.

M. *Bardet* reproche aux injections intraveineuses d'agir, à dose massive, trop rapidement et de ne pas permettre de suivre le développement des phénomènes successifs jusqu'à la crise finale, c'est-à-dire l'action physiologique des médicaments : c'est un point important en thérapeutique expérimentale.

M. *C. Paul* s'efforce depuis plus de dix ans de faire disparaître du langage médical cette expression inexacte : *action physiologique*, pour désigner des phénomènes qui ne sont qu'une perturbation progressivement croissante de l'état physiologique, et aboutissant à la mort. Il n'y a en thérapeutique qu'une action *physiologique*, c'est celle du lavement simple. Il faut dire, avec Bazin, « action *pathogénétique* » des médicaments.

M. *Dujardin-Beaumetz* pense qu'il faut aussi modifier le mot *thérapeutique expérimentale* qui ne serait exact que si l'on donnait d'abord aux animaux la maladie avant de la combattre. Or, en dehors des vaccins et des cultures microbiennes, nous ne pouvons jusqu'ici obtenir un semblable résultat.

M. *Fernet* trouve l'expression *pathogénétique* inexacte. Une substance qui, par exemple, fait contracter les muscles n'engendre pas un phénomène pathologique; il en est de même pour le ralentissement du cœur par la digitale.

M. *C. Paul* ne connaît que l'électricité produisant la contraction musculaire sans autre phénomène pathologique. Quant à la digitale, puisqu'elle ralentit le pouls au dessous de la normale du sujet en expérience, elle le place en dehors de ses conditions physiologiques.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

André Petit.

BIBLIOGRAPHIE

Études sur la méthémoglobine, par M. le docteur Henri Bertin-Sans. — J.-B. Baillère et fils, Paris, 1888.

Dans ce très intéressant travail, l'auteur a cherché à élucider une question jusque-là assez obscure et au sujet de laquelle on ne trouvait que des renseignements épars dans un certain nombre de recueils ou de traités. Signalée pour la première fois en 1864 par Hoppe-Seyler parmi les produits de transformation de la matière colorante du sang normal, la méthémoglobine ne fut considérée comme un composé défini particulier que quelques années plus tard. Le premier chapitre du livre de M. Henri Bertin-Sans donne un exposé historique fort complet de cette découverte et des incertitudes par lesquelles passèrent les recherches de Hoppe-Seyler avant que leurs résultats fussent devenus définitifs et sanctionnés par les travaux des plus éminents biologistes. Cette longue énumération des travaux de chimistes des plus remarquables, les nombreuses discussions qui s'élevèrent à propos de leurs résultats, sont bien de nature à faire apprécier les difficultés de toute sorte que l'on rencontre dans les recherches de chimie biologique en apparence les plus simples : il a fallu plus de vingt années d'études persévérantes avant que l'existence, la nature, les modes de formation et de préparation, les propriétés de la méthémoglobine fussent connus avec quelque certitude. Pourtant les circonstances dans lesquelles ce composé peut se former se présentent avec une extrême fréquence, et cela n'a certainement pas été une des moindres difficultés dans l'étude de cette curieuse transformation de l'hémoglobine que de voir des actions chimiques diamétralement opposées, des phénomènes d'oxydation ou de réduction par exemple, donner également lieu à la formation de méthémoglobine lorsqu'on les applique à la matière colorante du sang normal.

Malgré les nombreux travaux dont la méthémoglobine a été l'objet, sa constitution et les rapports qui l'unissent avec l'oxyhémoglobine ne sont pas encore entièrement élucidés. Trois hypothèses restent encore en présence : pour les uns, la méthémoglobine est un produit d'oxydation de l'hémoglobine moins élevé que l'oxyhémoglobine; pour d'autres, elle serait un peroxyde d'hémoglobine; enfin la dernière opinion, à laquelle se rallie M. Bertin-Sans, envisage la méthémoglobine comme une modification moléculaire de l'oxyhémoglobine. Toutes les expériences invoquées pour expliquer chacune de ces opinions sont relatées et discutées dans un assez long paragraphe qui n'est certes pas le moins intéressant de ce livre. Certaines de ces expériences permettent en effet d'interpréter quelques phénomènes biologiques parmi ceux exposés ensuite sous le titre de « *la méthémoglobine dans l'organisme* », où l'auteur a groupé dans un chapitre spécial toutes les connaissances relatives aux circonstances et aux conditions dans lesquelles la méthémoglobine apparaît dans le sang ou les humeurs. Parmi les phénomènes biologiques mis en évidence par l'étude de la méthémoglobine, le plus intéressant est sans contredit la différence

existant entre l'hémoglobine dissoute dans le plasma sanguin et celle qui fait encore partie intégrante des hématies : tandis que, sous l'influence des agents capables de produire cette modification, la transformation de l'hémoglobine dissoute en méthémoglobine est définitive, l'hémoglobine des globules n'est transformée que d'une façon temporaire et se trouve encore capable de disparaître graduellement, permettant ainsi au sang de reprendre ses propriétés normales. M. Hayem a récemment interprété, au point de vue de ses conséquences physiologiques et thérapeutiques, ce phénomène si curieux que l'on peut citer comme un des nombreux exemples de la délicatesse des réactions qui caractérisent la chimie des corps vivants.

M. Bertin-Sans a cherché à vérifier expérimentalement les données acquises jusqu'à ce jour relativement au mode de production, aux propriétés, aux caractères spectroscopiques et aux procédés de recherche de la méthémoglobine. Il expose dans un dernier chapitre les résultats obtenus par lui ; c'est la partie originale et personnelle de son travail dans laquelle se révèle un observateur patient et consciencieux. Des planches accompagnent cette partie expérimentale et reproduisent, soit au moyen de courbes, soit par des dessins de spectres d'absorption, les apparences spectrales minutieusement décrites et dans lesquelles les positions des bandes d'absorption sont exprimées en longueurs d'onde, de façon à préciser exactement leur situation dans le spectre. Il y a là toute une série d'expériences et d'observations qui, par leur précision et le soin avec lequel elles ont dû être conduites, ont certainement donné beaucoup de peine à leur auteur et lui ont demandé beaucoup de temps.

Outre l'intérêt que présente toujours l'étude des questions de biologie, le travail de M. Bertin-Sans offre l'avantage d'exposer aussi complètement que possible l'état des connaissances actuelles sur un point délicat de chimie physiologique.

Gabriel Pouchet.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Tarnier est chargé, à partir du 1er novembre 1888, du cours de clinique obstétricale.

M. le docteur Ménétrier est nommé chef des travaux anatomiques au laboratoire de clinique — hôpital de la Pitié — en remplacement de M. Duflocq, appelé à d'autres fonctions.

M. Belin est nommé chef des travaux chimiques du même laboratoire, en remplacement de M. Ménétrier.

Hôpital Beaujon. — M. Léon Labbé reprendra ses conférences cliniques, à l'hôpital Beaujon, le mardi 6 novembre, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera les mardis suivants.

Faculté de médecine de Lyon. — Le concours pour deux places de chef de clinique médicale s'est terminé par les nominations suivantes : M. Mouisset, attaché à la clinique de M. le professeur Lépine ; M. Roque, attaché à la clinique de M. le professeur Boudet. — M. Désir de Fortunet est nommé chef de la clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

École de médecine de Marseille. — Par arrêté ministériel, en date du 27 octobre 1888, un concours s'ouvrira le 20 juin 1889, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Marseille.

Internat. — Le concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Baudet, Lacaze, Regnier, de Coquets, Labougle, Estradère, Lamacq, de Sardac et Bégouin.

Externat. — Le concours de l'externat des hôpitaux de Lyon s'est terminé jeudi soir par les nominations suivantes : *Titulaires :* MM. Mathieu, Tellier, Allemand, Marotte, Lagoutte, Geley, de Giverdey, Perriot, Tuja, Genoud, Barjon et Barraud. *Suppléants :* MM. Roussy, Chapuis, Casimir Faure, Lathuraz-Viollet, Thevenet, Mercier, Moullade, Bayle, Montoja, Perriollat, Alex, Gérard, Cadot, Grivet, Deydier, Pillard, Jeannin, Cotsos, Garcin, Sortais, Ogier, Branthomme, Guyod, Bourdin, Savigné et Guedeney.

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Vingt-troisième liste.

Souscription recueillie par le Crédit foncier :

Commune d'Argenteuil	200 fr.			
— de Monsoult	44			
— de Bilhac	12	72		
— de Magny	12	25		
— de Bazoches	10	80	369 fr.	92
Divers	18	15		
Trésorier général de Meurthe-et-Moselle	50			
Trésorier général de la Mayenne	22			
Docteur Pitta à Funchal (île Madère)			25	
Commune de Morigny-Champigny			80	
— de Craon			50	
— de Dornecy			50	
— de Fontenay-sous-Bois			50	
— d'Issoudun			50	
— de Reuil			25	
— de Thorigny			25	
— de Dampierre			20	
— de Villiers-le-Bel			20	
— de Saint-Germain-les-Couilly			16	
— d'Ons-en-Bray			13	
— de Bruges			10	
— de Saint-Ambroix			9	75
— de Belhomert			8	
— de Montalembert			5	15
— de Cuvilly			3	
Total			829 fr.	82
Montant des listes précédentes			61 860	40
Total général			62 690 fr.	22

Société médicale des hôpitaux (Séance du vendredi 9 novembre). — *Ordre du jour.* M. Marie : Deux cas d'hystérie. — M. Gaucher : Traitement de la diphthérie. — Communications diverses.

Mortalité a Paris (42e semaine, du 14 au 20 octobre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 3. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 19. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs : cancéreuses, 35 ; autres, 5. — Méningite, 22. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 42. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 16. — Maladies organiques du cœur, 47. — Bronchite aiguë, 28. — Bronchite chronique, 30. — Broncho-pneumonie, 27. — Pneumonie, 47. — Gastro-entérite : sein, 18 ; biberon, 66. — Autres diarrhées, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 29. — Suicides, 14. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 183. — Causes inconnues, 7. — Total : 928.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

16099. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 7 novembre 1888.

Académie de médecine : **Acide fluorhydrique et tuberculose.**

La communication faite par M. Hérard, en réponse aux observations présentées par M. Jaccoud, établit un certain nombre de faits cliniques et mérite quelques réflexions d'ordre général. M. Hérard, nous l'avions déjà dit, a constaté chez certains malades, placés dans des conditions spéciales, que les inhalations d'acide fluorhydrique avaient donné des résultats favorables. Il fait remarquer à ce propos que, au point de vue thérapeutique, il importe beaucoup moins de savoir si l'on retrouve, après l'inhalation, quelques bacilles tuberculeux dans les crachats, que de voir les sécrétions se tarir, l'appétit renaître, les forces revenir et le poids du malade augmenter progressivement. « Qui nous dit, ajoute M. Hérard, que les vapeurs antiseptiques et antiputrides n'agissent pas sur les surfaces ulcérées, les fistules pulmonaires par lesquelles les produits de destruction du parenchyme sont rejetés au dehors, et que l'amélioration de ces surfaces dénudées, purulentes et putrides ne contribue pas dans des proportions notables à la guérison au moins apparente des tuberculeux ? »

En attendant que l'expérience ait démontré ou non l'efficacité réelle des inhalations fluorhydriques, il nous semble que ce qu'il faut surtout retenir des observations présentées par M. Hérard, c'est la critique qu'il a faite des diverses méthodes de recherches employées dans les laboratoires pour juger les faits cliniques. M. Jaccoud a déclaré lui-même que la technique qu'il avait adoptée différait de celle qui avait été suivie par ses prédécesseurs. Et M. Grancher, qui inoculait les lapins en expérience soit par injection intra veineuse, soit par introduction dans l'oreille des produits tuberculeux, n'a pas manqué non plus de reconnaître que cette méthode d'inoculation mettait les sujets dans des conditions absolument différentes de celles où se trouve un sujet qui, atteint de tuberculisation *localisée* du poumon cherche à se guérir en respirant des vapeurs qu'il croit antiseptiques et qui peut-être pénètrent dans certaines régions du poumon malade. Le procédé à mettre en usage pour juger sur des lapins ou des cobayes la valeur des inhalations d'acide fluorhydrique consisterait donc à rendre ces animaux tuberculeux par inhalation de poussières de crachats, par exemple; puis à chercher à guérir cette tuberculose *pulmonaire* par les vapeurs fluorhydriques. Mais ne sait-on pas que, dans les expériences de ce genre, on échoue presque toujours?

Il faut donc conclure que l'on n'arrivera à la certitude *clinique* qu'après un grand nombre d'observations prou-

FEUILLETON

Les hôpitaux marins pour les enfants.

L'admirable littoral maritime qui borde plus de la moitié de la France a depuis longtemps été apprécié à sa valeur par le corps médical, pour le traitement des maladies de l'enfance. Non seulement les familles riches ont pris l'habitude d'en utiliser les bienfaits; mais les parents d'une fortune moyenne en font également jouir de plus en plus leurs enfants, à mesure que les facilités des communications augmentent et que les conditions de la vie deviennent plus favorables dans les petites stations maritimes. Il reste à en faire bénéficier dans la plus large mesure possible les enfants des pauvres et des malheureux. Lorsqu'on visite un hôpital dans la belle saison et qu'on y aperçoit de pauvres petits êtres qui y végètent en épuisant l'arsenal thérapeutique de la pharmacie de l'établissement, comme on voudrait pouvoir les éloigner de ce milieu et les voir s'exposer tout le jour aux brises marines et au séjour réconfortant des plages! Il y a longtemps aussi que l'exemple a été donné et que les preuves sont faites; pourquoi donc les applications en sont-elles si rares encore?

On connaît l'intéressante installation réalisée à Berck-sur-Mer par la famille Rothschild, suivie de la création du grand hôpital de l'Assistance publique de Paris dans le même lieu; on connaît l'établissement de bains de mer pour les malades indigents fondé à Cette, dès 1846, par l'Eglise évangélique de Nîmes; on connaît les nombreux hôpitaux marins des côtes italiennes, de la mer du Nord et de la Baltique, etc., etc. Le remarquable ouvrage de Cazin, les travaux de Bergeron, de Gibert, d'Uffelmann, de Barellaï, de Piétra-Santa, de Pini, de Gamba, de Marc d'Espine, d'Armaingaud, etc., ont montré toutes les ressources que l'on peut tirer de ces créations. Les unes, et jusqu'ici ce

vant chez des malades de même espèce l'innocuité et l'efficacité des inhalations fluorhydriques et que, au point de vue des recherches de laboratoire, les expériences citées jusqu'à ce jour n'ont qu'un intérêt très relatif.

PATHOLOGIE MENTALE

Étiologie de la paralysie générale.

(Second article.)

II

Parmi les causes occasionnelles de la paralysie générale qu'on cite en première ligne, se trouvent les excès de tout genre : excès alcooliques et vénériens, abus du tabac, du travail intellectuel, etc. Examinons ces différents points.

Excès alcooliques. — Ces excès étant un symptôme habituel du début de la paralysie générale, on a une grande tendance dans le public à les considérer comme la cause de la maladie. Il ne faut donc accepter qu'avec beaucoup de réserves les renseignements fournis sur ce point par les parents et amis des malades, et surtout exiger la plus grande précision. Combien de paralytiques généraux, sobres toute leur vie, n'ont commencé à boire que depuis l'explosion de leur affection !

Mais abstraction faite de ces cas, en existe-t-il d'autres où les excès alcooliques peuvent être invoqués? Cette cause même doit-elle être considérée comme prépondérante, ainsi que l'enseignent certains auteurs? M. Christian se montre très sceptique sur ce point, car il a vu, dit-il, tant de paralytiques généraux qui avaient été toute leur vie d'une sobriété exemplaire, et, d'un autre côté, un nombre plus grand encore d'alcooliques qui même après dix, quinze attaques de delirium tremens, ne sont pas devenus paralytiques.

La paralysie générale est d'ailleurs très rare en Suède et en Irlande, où cependant l'alcoolisme est très répandu.

A ces arguments notre confrère ajoute les résultats de sa statistique. Parmi ses 340 malades, il n'y a que 8 marchands de vin, aubergistes, et 12 seulement à profession entraînant presque fatalement à l'intempérance (sommelier, cocher de fiacre, marchand de chevaux, etc.). Il en conclut donc que « l'alcoolisme n'est que très rarement la cause de la paralysie générale ».

Et cependant, comme l'a démontré M. Magnan, certains alcooliques finissent par présenter les symptômes de la paralysie générale; on peut se demander si, dans ces cas, il ne s'agit pas de la *pseudo-paralysie générale alcoolique*, dont la marche diffère notablement de la paralysie générale classique.

Excès vénériens. — « De toutes les fatigues, de tous les abus, ce sont incontestablement les excès vénériens qui favorisent le plus le développement de cette maladie ; nous avons déjà signalé cette conséquence des abus sexuels, et nous avons fait remarquer que, même dans l'état conjugal, ces accidents pouvaient se produire. Il en est surtout ainsi des hommes mûrs, qui, se mariant ou se remariant, à un âge relativement avancé, croient devoir faire honneur à leur signature. » Cette opinion du professeur Ball (*Leçons sur les maladies mentales*, p. 763) est presque diamétralement opposée à celle de M. Christian, que nous citerons aussi textuellement : « Là encore on confond les excès que le malade commet au début de l'accès, avec ceux qui auraient pu réellement provoquer la maladie. En écoutant les confidences des familles, j'ai appris bien souvent que ces paralytiques, qui, depuis quelques semaines, étaient en proie à une excitation génésique portée au plus haut degré, se montraient en réalité depuis des années, d'une frigidité tout à fait anormale. Et enfin, si l'on y regarde de près, on voit que l'excitation génésique du début est presque toujours tout intellectuelle : c'est un roman qui se passe dans la tête, qui se fait jour dans les écrits, mais qui ne pourrait devenir que difficilement un roman en action. Il n'y a pas de satyriasis ; et ce n'est que très exceptionnellement que l'on observe de l'onanisme ou des pertes séminales nocturnes; ce qui prouve bien que l'excitation ne porte pas sur les organes génitaux eux-mêmes.

« On objectera évidemment à ma manière de voir qu'il y a des paralytiques généraux qui ont fait, à n'en pas douter, des excès *in Bacho* et *in Venere;* je ne le nie pas et moi-même j'en ai connu un assez grand nombre. Mais je crois que ces excès n'ont jamais pu intervenir que comme cause accessoire, et que leur rôle a été singulièrement exagéré. »

Lorsque deux observateurs distingués, tels que MM. Ball et Christian, sont en opposition aussi complète sur un point d'étiologie d'une si réelle importance, il est permis de conclure que de nouvelles recherches sont indispensables et qu'elles devront porter — chose difficile — sur ce qu'il y a de plus intime dans la vie des malades.

---

sont les plus nombreuses, sont dues à l'initiative privée; les autres ont été faites par les administrations hospitalières. Tantôt il s'agit de recevoir pendant toute l'année, lorsque le climat est propice et que le budget de l'œuvre le permet, des enfants scrofuleux, rachitiques, débilités; tantôt l'établissement ne peut subsister que pendant quelque mois, de préférence pendant les mois d'été; quelquefois aussi il s'agit seulement d'une de ces colonies de vacances pour les écoliers des grandes villes, que l'on multiplie avec tant de raison depuis quelques années.

Plusieurs projets de ce genre étaient en voie d'élaboration en France, lorsque la création de l'Œuvre nationale des hôpitaux marins a permis de hâter leur mise à exécution. C'est ainsi que M. le docteur Armaingaud vient de créer, à Arcachon, un hôpital marin que l'on inaugurait il y a un mois; qu'à Pen-Bron, en face du Croisic, M. Pallu a réussi à établir, cet hiver, un hôpital marin dont les lits sont déjà tous occupés; qu'à Hyères, grâce à la générosité de M. Sabran, le conseil des hospices de Lyon construit un sanatorium pour les enfants scrofuleux de la région lyonnaise, et qu'enfin, à Banyuls-sur-Mer, dans les Pyrénées-Orientales, on a inauguré, le 7 octobre, un semblable établissement, créé sur l'initiative de MM. Armaingaud et Lafargue par le conseil général des Pyrénées-Orientales et confié à l'Œuvre nationale des hôpitaux marins.

Cette dernière création offre un intérêt tout particulier; car c'est la première fois qu'un de nos départements du littoral se décide à instituer un service en faveur des enfants scrofuleux. Aussi le gouvernement a-t-il tenu à marquer tout l'intérêt qu'il y attachait en s'associant officiellement à l'inauguration de cet établissement. M. Henri-Ch. Monod, directeur de l'Assistance publique en France, chargé de représenter M. le président du conseil des ministres, a prononcé à cette occasion une allocution qui donne assurément plus de prix encore à cette manifestation officielle; car elle est à elle seule un programme

Abus du tabac. — Si l'on interrogeait un membre de la Société contre l'abus du tabac sur les causes de la paralysie générale, sa réponse ne serait pas douteuse : du tabac à fumer vient tout le mal. A cela, M. Christian réplique avec raison : « Mais, si le tabac exerce une influence réelle, comment expliquer que la maladie soit presque inconnue dans les pays où l'on fume continuellement (Espagne, Turquie), et qu'elle ne soit pas plus répandue dans d'autres contrées où la consommation du tabac atteint ses dernières limites (Hollande, Allemagne)? »

Après ces excès de divers genre, viennent se placer d'autres causes, qui, telles que la syphilis, les traumatismes crâniens et autres, l'insolation, etc., ont été plus particulièrement étudiées dans ces derniers temps.

Syphilis. — La paralysie générale peut-elle être une conséquence de la syphilis ? A cette question trois réponses ont été faites. La première est négative : la vérole ne saurait trouver place dans l'étiologie de la paralysie générale. La seconde est très absolue ; c'est celle de certains auteurs, qui assurent que cette maladie a la syphilis pour origine dans la majorité des cas. Enfin, il y a une opinion moyenne; c'est celle soutenue par M. le docteur Coffin, qui avance que « la syphilis serait la cause la plus fréquente d'un *certain ordre* de paralysies générales qu'il appelle *précoces*, c'est-à-dire de celles qui font leur apparition dans la jeunesse, entre vingt-cinq et trente-cinq ans (1). »

C'est à la première de ces trois opinions que se rangent MM. Christian et Arnaud; leurs statistiques ne leur fournissent même que de rares vérolés parmi leurs nombreux paralytiques généraux. Mais il y a d'autres arguments en faveur de leur opinion que les chiffres qu'ils ont relevés (2).

Comme le fait remarquer avec raison le premier de ces auteurs, si la paralysie générale était d'origine syphilitique, elle devrait guérir par le traitement spécifique. Il n'en est rien. En effet, quand, en même temps que les symptômes de la paralysie générale, existaient chez le malade des altérations de nature non douteuse (ulcérations, plaques muqueuses, éruptions cutanées), M. Christian a toujours constaté que les spécifiques font disparaître ces accidents réellement vénériens, mais restent sans influence sur la maladie principale.

Il semble en outre démontré que la méningo-encéphalite de la paralysie générale n'est pas une altération de nature syphilitique. Ainsi la syphilis du cerveau, qui se traduit par la gomme, est toujours localisée en un point, d'où elle gagne de proche en proche, en profondeur plus encore qu'en surface. De telle sorte qu'une gomme qui débute par le crâne, envahit rapidement les méninges, puis le tissu cérébral ; ou bien, si elle a pris naissance dans l'encéphale même, elle se propage aux enveloppes, puis aux os. Autres sont les lésions anatomiques de la paralysie générale; elles se présentent sous une forme diffuse et siègent essentiellement dans les méninges et dans le cerveau.

Il existe néanmoins certains syphilitiques qui présentent des accidents pouvant jusqu'à un certain point simuler la paralysie générale. On a alors affaire à la *pseudo-paralysie générale syphilitique*, si bien décrite par le professeur Fournier (*loc. cit.*, leçon XIII), qui n'est que « l'analogue, comme symptômes et comme lésions, de la paralysie générale vulgaire ; elle ne lui est pas identique ».

Traumatismes du crâne. — Déjà Bayle écrivait : « Les *violences extérieures* exercées sur la tête peuvent disposer à l'espèce d'aliénation mentale que nous décrivons, en imprimant au cerveau des commotions plus ou moins fortes, qui peuvent à leur tour déterminer des congestions sanguines dans les vaisseaux de la pie-mère. » Cette opinion a été pleinement confirmée par les observateurs compétents, tels que Baillarger, Lasègue, Lunier, Ball, Aug. Voisin, qui tous ont trouvé l'ictus traumatique à l'origine de la paralysie générale (1).

Mais cette cause est-elle fréquente? M. Arnaud affirme ne l'avoir rencontrée qu'une seule fois ; M. Christian l'a vue, au contraire, 38 fois. Chez 7 de ces malades, le traumatisme avait eu lieu dans l'enfance, et il était resté une cicatrice ou une déformation caractéristique. Tous les autres avaient été frappés dans l'âge adulte, et de la façon la plus variée (chute d'un lieu élevé, chute de cheval, coup à la tête par éclat d'obus, coup de sabre, etc.).

D'après certains auteurs, cette cause serait encore plus fréquente ; cherchez-la toujours, et vous la trouverez sou-

(1) Voyez sur ce point les excellentes leçons de M. le professeur Fournier sur *la syphilis du cerveau*. Paris, 1879.

(2) Dans une savante revue critique : *Syphilis et folie*, qui vient d'être publiée dans les *Annales médico-psychologiques* (n° de novembre 1888), M. le docteur V. Parant fait observer que « chez les Arabes d'Algérie la syphilis est très commune, sinon même généralisée à tous les individus; et cependant la paralysie progressive est rare parmi eux. »

(1) Voy. la thèse de M. Ch. Vallon, *De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques*. Paris, 1882.

---

d'assistance publique administrative. « Vous n'êtes pas des médecins », lisons-nous dans ce discours adressé aux autorités assistant au banquet d'inauguration, « vous êtes des administrateurs, mais des administrateurs disposés à écouter les médecins, non pas pour prendre parti entre eux lorsqu'ils discutent, mais pour suivre leurs indications quand les faits les ont mis d'accord. Tel est le véritable rôle de l'administration dans les questions d'hygiène et d'assistance. Les médecins vous ont dit : Nous sommes unanimes à reconnaître l'heureuse et puissante action qu'exerce l'eau de mer, le séjour au bord de la mer, sur les affections scrofuleuses. Et, bien que le département des Pyrénées-Orientales ne fût pas l'un de ceux où la scrofule fait le plus de victimes, vous avez créé le sanatorium de Banyuls. » On ne saurait, à la vérité, mieux dire et tous ceux qui connaissent M. Monod savent avec quelle ardeur et quelle persévérance il n'a jamais cessé de s'inspirer de ce programme dans toute sa carrière administrative.

« La science progresse, a-t-il ajouté dans le même discours, et, en matière sanitaire et hospitalière, les progrès de la science augmentent les responsabilités des gouvernements. Les expériences se multiplient ; d'observations nombreuses, scrupuleusement étudiées, se dégagent enfin des lois, et voici que s'imposent, avec une quasi-certitude de succès, des moyens nouveaux de sauvegarder la santé publique : pensez-vous que les administrations, les corps élus, tous ceux qui détiennent une part de la puissance publique, aient le droit de n'en tenir aucun compte? La seule constatation de ces progrès leur crée de nouvelles obligations, une responsabilité grave et faite pour alarmer les consciences les plus rebelles. Tant que ces résultats heureux n'étaient qu'une espérance du savant, ou même, si vous voulez, du législateur, tant que les mesures recommandées par la science ou prescrites par la loi étaient encore à l'état d'expériences, les résistances pouvaient à la rigueur se concevoir. Mais quand les faits sont acquis,

vent, semblent-ils dire, et nous sommes assez porté à leur donner raison.

A la suite des traumatismes crâniens, il faut placer les blessures graves des autres organes. M. Christian en cite plusieurs exemples, dont il ne veut pas exagérer l'importance, mais qui sont intéressants à noter. Ainsi un paralytique avait eu, deux ans avant l'explosion de sa maladie, une fracture du fémur; un autre, après une chute de voiture, avait eu une fracture compliquée de la jambe gauche, qui n'a guéri qu'après des mois de traitement et après que plusieurs fois l'amputation avait paru indispensable; un troisième avait été criblé de blessures à Gravelotte, sans plaie à la tête.

Dans la séance de juin 1888 de la Société médico-psychologique (1), M. le professeur Ball a présenté un malade bien intéressant au point de vue spécial qui nous occupe. C'est un individu qui paraît avoir joui d'une bonne santé jusqu'au jour où, travaillant dans sa cuisine, il est tombé sur un carreau cassé et s'est profondément entamé l'avant-bras gauche. Le nerf cubital gauche a été sectionné à la partie moyenne de l'avant-bras. La suture du nerf n'ayant pas été faite, il en est résulté l'affaiblissement et l'atrophie progressive des muscles qui empruntent leur innervation au cubital. Mais ce qui est remarquable, c'est que cet homme a commencé, bientôt après, à présenter des troubles psychiques. Il a pris de la tendance à traîner sur les syllabes, à les répéter, de l'empâtement de la parole, du tremblement fibrillaire. Les mouvements se sont affaiblis dans les membres supérieurs et inférieurs; à cela s'ajoutèrent de la perte de la mémoire et la confusion des dates, des accès de délire, etc., bref tout le tableau symptomatique de la paralysie générale.

Ce cas est des plus nets; il s'agit d'une grosse et brutale section de nerf ayant entraîné une paralysie générale aux caractères non contestables.

Insolation. — Bayle croyait peu à l'action de cette cause pour la production de la paralysie générale; elle est cependant presque toujours invoquée chez ceux, tels que les militaires et les marins, qui ont été dans les pays chauds.

Une cause, qui avait tout particulièrement frappé M. Calmeil (*loc. cit.* p. 374), est « le séjour habituel auprès d'un feu ardent, auprès des fourneaux ». Aussi considérait-il la paralysie générale comme fréquente chez les cuisiniers, les boulangers, les maréchaux, les serruriers, etc. 10 des malades de M. Christian appartiennent à cette catégorie.

(1) Voy. *Annales médico-psychologiques*, n° de septembre 1888, p. 260.

Notre collègue croit pouvoir faire jouer un rôle analogue au *froid*, et il se fonde sur l'observation suivante. « Un de ses paralytiques, contrôleur des contributions, s'étant égaré pendant la nuit dans une tourmente de neige, ne retrouva son chemin qu'au matin. Il rentra chez lui transi de froid, et, à partir de cette époque, il éprouva de violentes douleurs dans les membres. Deux ans après, ces douleurs cessèrent et il commença à délirer. »

Maladies antérieures. — La question des rapports de la paralysie générale avec les affections aiguës, ou chroniques, antérieures, est encore fort obscure. On a accusé la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la pneumonie, le rhumatisme articulaire, d'autres maladies encore de déterminer les symptômes de la périencéphalite (1); mais les observations qu'on a publiées ne paraissent pas toutes bien convaincantes. M. Christian n'en a trouvé que quelques rares exemples; il cite deux malades qui paraissent avoir été atteints de paralysie générale à la suite d'une maladie fébrile grave; un autre à la suite d'un érysipèle; un dernier, consécutivement à un abcès du sinus maxillaire.

L'*épilepsie* peut-elle à la longue provoquer la paralysie générale? M. Delasiauve le croit, mais c'est d'après lui une *démence paralytique* qui se produit, se distinguant de la paralysie générale classique (*Traité de l'épilepsie*, 1854, p. 161). Depuis lors de nombreux faits d'épileptiques devenus paralytiques généraux ont été publiés par Billod, Calmeil, Aug. Voisin, etc. L'observation la plus connue est celle du comte Gustave Chorinski, dont le procès eut un certain retentissement. Cet individu, épileptique, excentrique, d'une émotivité extraordinaire, tua sa femme en lui envoyant des fruits empoisonnés. Il fut traduit devant la cour d'assises de Munich; un débat des plus intéressants eut lieu entre les docteurs Solbrig et de Gudden, qui soutenaient la culpabilité consciente de l'accusé, et le docteur Meyer, assisté de notre éminent compatriote Morel, qui concluaient tous deux à la folie. Morel fut même amené à pronostiquer la mort du malade dans quinze ou dix-huit mois, dans deux ans au plus, par suite de ramollissement cérébral. Et de fait, Chorinski, qui fut condamné à quinze années de réclusion, mourut dans sa prison dix-

(1) Voy. Aug. Voisin, *Traité de la paralysie générale des aliénés*. Paris, 1879, p. 333 et suivantes.

---

indiscutables, ce qui pouvait n'être qu'une divergence de vues devient une ignorance coupable, et quand cette ignorance elle-même a dû se dissiper à la lumière de l'évidence, comment qualifierons-nous la négligence, l'apathie ou l'avarice sacrifiant des existences humaines, qui pouvaient être préservées?

« Voici un homme de bien qui s'émeut devant l'effroyable mortalité des enfants mis en nourrice. Il se dit qu'à ces petits êtres, si faibles, sur lesquels leur mère ne peut veiller, la société doit sa protection. Il prépare, il soutient, il fait voter la loi qui restera son honneur et gardera son nom : la loi Roussel. De cette protection de la société, il espère une diminution de la mortalité, supposant que des nourrices surveillées et informées perdront moins d'enfants que des nourrices sans contrôle et ignorantes. Certes, une telle supposition n'était pas bien téméraire. Mais maintenant que des faits nombreux, concordants, sans contradiction possible, en ont démontré la justesse, maintenant qu'il est prouvé que partout où la loi Roussel est exécutée, que, partout où est organisée en faveur des nourrissons une inspection médicale sérieuse, le résultat immédiat est la diminution de la mortalité infantile, ne faut-il pas que cette loi soit en effet partout exécutée, et les conseils généraux qui se refuseraient à assurer cette exécution, les administrateurs qui ne s'occuperaient pas de l'assurer, qui répondraient négligemment qu'ils ne croient pas à la protection de l'enfance, n'assumeraient-ils pas une part de responsabilité dans les morts qu'ils auraient pu en partie éviter?

« Voulez-vous un exemple d'une portée plus générale? Depuis une vingtaine d'années, l'étude minutieuse des causes des maladies, et spécialement de celles des maladies contagieuses, a conduit presque tous les peuples civilisés à créer une administration sanitaire, et à édicter des lois préservatrices de la santé publique. S'il est démontré que ces dispositions ont été efficaces, que, par exemple, la vaccination

huit mois après; et à son autopsie, faite par le docteur Hagen, on constata toutes les lésions caractéristiques de la paralysie générale.

M. Christian, sur les nombreux malades qu'il a observés, n'a trouvé que deux épileptiques qui soient devenus paralytiques généraux; aussi n'accorde-t-il à l'épilepsie qu'une influence très modérée sur la production de la périencéphalite chronique.

Quant à l'*ataxie locomotrice progressive* et à ses rapports avec la paralysie générale, on connaît les opinions de M. Christian : il n'admet pas qu'il y ait là un travail de propagation de la lésion de bas en haut ou de haut en bas. « Cliniquement, dit-il, la paralysie générale ne survient que très rarement chez les ataxiques : je n'en ai que 3 cas parmi mes 340 observations. Par contre, dans la même période de temps, j'ai vu un assez grand nombre d'ataxiques devenus aliénés, j'en ai encore en ce moment dans mes salles : ce ne sont pas des paralytiques généraux. »

A ce paragraphe des maladies antérieures, se rattache la question de la paralysie générale consécutive à la folie simple. Ni M. Christian ni M. Arnaud ne l'ont abordée; elle a cependant sa place marquée deans un chapitre d'étiologie. Les cas en sont rares, il est vrai, mais ils n'en sont pas moins très probants.

Causes morales. — Comme pour toutes les formes de folie, il faut faire la part des causes morales dans la production de la paralysie générale; ce sont même celles sur lesquelles les familles s'étendent le plus longuement. On invoque le plus ordinairement des chagrins violents provoqués par la perte de la fortune, la mort d'un enfant, l'ambition déçue, des déceptions de toutes sortes, etc. Ces causes agissent d'une façon lente, progressive; mais quelquefois il se produit un véritable ictus moral, une sorte de choc violent, soudain, dont le malade ne se relève plus. M. Christian cite à ce propos le cas d'un négociant qu'il a vu mourir à l'asile de Maréville, et qui, conseiller municipal de son village en 1870, avait été arrêté par les Prussiens et sur le point d'être fusillé; celui d'un médecin qui avait couru les mêmes dangers pendant la Commune, et n'avait échappé que par miracle; enfin celui d'un négociant qui avait vu son magasin envahi, pillé, incendié, lui-même menacé de mort.

III

Bayle, après avoir décrit successivement les diverses causes qui exercent une influence plus ou moins marquée sur le développement de la paralysie générale, qu'il appelait méningite chronique, ajoute : « Mais cette analyse, nécessaire pour donner une idée claire de chacune de ces causes, serait insuffisante pour expliquer la pathogénie de la maladie qui nous occupe; elle pourrait même jeter dans l'erreur, en donnant à chaque cause considérée d'une manière isolée, une importance qu'elle n'acquiert, en général, qu'autant qu'elle est associée à d'autres causes plus ou moins nombreuses et d'espèces différentes. La méningite chronique est ordinairement le résultat d'un concours et d'une combinaison d'influences variées qui, agissant chacune à leur manière, modifient l'organisme et finissent par aboutir à un effet commun, qui devient la cause prochaine de la maladie. » (*Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, 1826, p. 422.)

Ces remarques judicieuses subsistent encore aujourd'hui, après plus d'un demi-siècle de recherches. L'étude de l'étiologie de la paralysie générale nous met toujours en présence de causes multiples, et en outre ces causes n'offrent rien de spécifique. C'est donc une erreur absolue d'invoquer une cause unique, selon la tendance de certains auteurs, qui, les uns, accusent l'alcool, les autres les excès vénériens ou la syphilis ou toute autre cause morbifique. Il faut, pour produire une paralysie générale, un « concours », une « combinaison d'influences variées », qu'il est important de déterminer. Quelque difficile que soit le problème à résoudre, il y a quelques inconnues qui paraissent se dégager grâce aux travaux les plus récents, et il est bon de les mettre en lumière.

La première question qui se pose est celle de savoir s'il existe une prédisposition à la paralysie générale. M. Christian n'en doute pas. « Lorsque l'on étudie, dit-il, les paralytiques généraux au point de vue de leur état cérébral, antérieur à la maladie, on constate (c'est du moins le résultat de mon expérience) que presque tous n'avaient qu'une capacité intellectuelle médiocre, ne dépassant pas la moyenne ou même restant en dessous. Chez ceux que l'on pouvait citer pour leurs facultés brillantes, il existait en même temps des lacunes singulières : il n'en est aucun qui se fît remarquer par une intelligence supérieure bien pondérée. »

Cette faiblesse intellectuelle (faiblesse toute relative, cela va sans dire) a une double origine : elle peut être congénitale ou acquise. Dans le premier cas, il s'agit de ces *héréditaires*, de ces *dégénérés*, qui apportent en naissant

---

et la revaccination obligatoires suppriment la mortalité par la variole, si c'est devenu un axiome que l'assainissement des villes et des maisons, assuré par un service d'inspection et des lois coercitives, a pour effet certain la diminution de la mortalité générale, et particulièrement de la mortalité par maladies transmissibles, s'il est vrai que ces maladies transmissibles ont été à juste titre appelées maladies *évitables*, n'est-ce pas un devoir pour toutes les nations de prendre des dispositions analogues? Ce devoir n'est-il pas étroit, urgent pour les nations chez lesquelles le nombre des victimes des maladie évitables augmente, alors qu'il diminue chez leurs voisines? Et si elles n'accomplissent pas ce devoir, si elles ne tiennent compte ni des données de la science, ni des résultats de la pratique, n'encourent-elles pas, elles aussi, une sérieuse responsabilité? Eh bien! ce qui reste à faire dans un si grand nombre de départements pour l'application de la loi Roussel, chez plusieurs peuples pour la sauvegarde de la santé publique, vous l'avez fait pour les enfants scrofuleux, et mon troisième exemple, c'est vous qui me l'allez fournir.

« Parmi tant de fléaux qui déciment l'humanité, il en est un dont le nom a quelque chose de sinistre, presque de répugnant : c'est la scrofule. Elle saisit l'homme peu de temps après sa naissance, modifie les traits de son visage, enflamme ses paupières, arrête sa croissance, brise l'harmonie entre les différentes parties de son corps, dévie sa colonne vertébrale, déforme ou ankylose ses membres, le couvre d'ulcérations ou de tumeurs, le rend inapte au service militaire, inapte à tout travail productif, le conduit jusqu'au seuil de la plus terrible, de la plus meurtrière des maladies, la phthisie, et le pénètre si bien que les enfants qui naîtront de lui auront des chances d'être scrofuleux comme lui. C'est par centaines de mille que se comptent ses victimes, tellement que le docteur Armaingaud a pu dire que la scrofule a produit plus de ravages que n'ont jamais fait la peste ni le choléra. La science a découvert un

cette tare psychique dont ils deviendront les victimes ; dans la seconde catégorie, rentrent tous ces individus chez lesquels la faiblesse mentale survient accidentellement, dans l'enfance, à l'époque de la puberté, ou même plus tard, sous l'influence de causes telles que les convulsions, la fièvre typhoïde, un traumatisme crânien, une insolation, un violent choc moral, etc.

Les uns et les autres, présentant un cerveau amoindri, n'offrent plus aucune résistance, ou une résistance très faible aux mille difficultés de la vie. Les chagrins, les déboires, les déceptions, que tout homme a à subir, et qu'il supporte avec plus ou moins de courage selon son caractère, le *prédisposé* ne les supporte pas ; il succombe parce qu'il manque de la force de résistance nécessaire.

Ce qui est vrai du moral, l'est aussi du physique. Pour le prédisposé, le moindre écart devient un excès ; il supporte mal la boisson, les plaisirs vénériens, et, sans être ni alcoolique, ni débauché, il dépasse facilement la mesure de ce qui lui est permis. Il en est de même du travail intellectuel, le moindre effort pour peu qu'il soit continu et qu'il faille le renouveler chaque jour, sera encore de trop, il le surmènera, et la paralysie générale pourra être le résultat final.

En résumant les considérations qu'il a développés sur le thème précédent, M. Christian réduit l'étiologie de la paralysie générale aux termes suivants :

1° *Causes prédisposantes :* faiblesse relative du cerveau, congénitale ou acquise (au moins dans le plus grand nombre de cas) ;

2° *Causes occasionnelles :* tout ce qui est susceptible de déterminer une fatigue prolongée de l'organe (chagrins, veilles, excès de travaux intellectuels et physiques, etc.).

D'où, enfin, la formule générale : « La cause de la paralysie générale, c'est le *surmenage du cerveau* dans l'âge adulte. »

M. Arnaud donne une formule plus large. Pour lui, « la paralysie générale résulte, chez des sujet *presque toujours héréditairement prédisposés*, non pas du surmenage intellectuel, non pas même du surmenage cérébral, mais du *surmenage en général* ». Ce qui n'est, sous une autre forme, que la conclusion adoptée par le professeur Ball : « Tous les genres de fatigue et d'affaiblissement peuvent déterminer l'explosion de la paralysie générale. »

On arrive ainsi, malgré la multiplicité des documents réunis, à un principe général, déjà entrevu par les premiers observateurs, et qui a fini par se dégager plus nettement. On en peut tirer avec M. Christian une conclusion dernière peu rassurante : si c'est, en réalité, le surmenage qui produit la paralysie générale, il y a tout lieu de croire que cette maladie est destinée à augmenter de fréquence. Par suite de la concurrence, le *combat pour la vie* est devenu plus difficile, plus âpre ; il faut pour arriver — et le nombre de ceux qui veulent arriver est de plus en plus grand — se surmener et souffrir. Ceux qui sont insuffisamment armés pour cette lutte sans merci, succombent, et la majorité de ces surmenés deviennent paralytiques généraux. Les partisans des idées darwiniennes s'en consoleront, il est vrai, en invoquant le principe de la sélection naturelle : ce qui est peut-être une explication, mais ne remédie pas au mal.

Ant. Ritti.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique médicale.

D'un nouveau mode de traitement curatif et prophylactique du choléra asiatique. — Du bichlorure de mercure, considéré comme vaccin chimique anticholérique, par M. le docteur A. Yvert, médecin-major à l'École d'application de l'artillerie et du génie.

(Suite. — Voyez le numéro 44.)

Passons maintenant au côté clinique, pratique de la question ; et voyons si les résultats fournis ont répondu à notre attente ; s'ils ont confirmé les idées absolument rationnelles auxquelles nous avaient conduit ces données théoriques : eh bien, nous devons avouer que nous avons été étonné nous-même de la modification rapide apportée, dans presque tous les cas, à la marche ordinaire de la maladie. Nous citerons, d'ailleurs, dans un instant, la statistique intégrale des cas que nous avons traités par cette méthode ; et l'on pourra juger en connaissance de cause.

Nous dirons, tout d'abord, que dès nos premières tentatives, et malgré les faibles doses du bichlorure que nous administrions, nous avons toujours constaté une amélioration immédiate dans l'état local du tube digestif ; après l'ingestion de deux, trois, quatre cuillerées au plus de la potion, la diarrhée diminuait d'une façon très notable, les selles devenaient moins nombreuses, moins liquides, et bientôt prenaient une consistance semi-solide. Dans aucun

moyen de combattre ce fléau, et la pratique a confirmé la découverte de la science. Ce moyen, bien simple, c'est le traitement marin, le séjour au bord de la mer... A Berck, la moyenne du nombre des guérisons est de 70 pour 100...

« On ne peut étudier sans une tristesse poignante les tableaux de la natalité et de la mortalité en France comparés à ceux des autres pays de l'Europe. L'excédent des naissances sur les décès — et vous comprenez facilement, messieurs, que c'est par l'excédent des naissances que se mesure la force d'expansion d'une race — est en moyenne de 13 pour 1000 habitants en Angleterre, de plus de 12 en Allemagne, de 10 à 11 en Italie. Il est de 2, de 1 1/2 pour 1000 habitants en France. N'y a-t-il pas là de quoi inquiéter, de quoi alarmer tous les cœurs patriotes ? N'y a-t-il pas de quoi émouvoir les grands corps de l'Etat ? Peut-être est-il difficile d'augmenter la natalité par des mesures législatives. Mais il est possible de diminuer la mortalité. Il est possible surtout de diminuer celle de la première enfance. Des établissements comme ceux que vous venez de fonder y contribueront puissamment. Non seulement vous sauverez des existences, mais vous transformerez des existences ; d'enfants qui semblaient condamnés à être toute leur vie des charges sociales, vous ferez des forces sociales, de vaillants soldats et de vigoureux travailleurs. Fondateurs du sanatorium de Banyuls, vous avez servi les intérêts de votre patrie en même temps que ceux de l'humanité. Victor Hugo a dit : « Montrez-moi la femme et l'enfant. C'est à la quantité « de protection qui entoure ces deux êtres faibles que se « mesure le degré de civilisation. » Et nous pouvons ajouter : Protégez, préservez, fortifiez, sauvez les enfants ; c'est à la quantité de protection qui les entoure que se mesure le degré de prospérité et de sécurité nationales. »

Est-il bien nécessaire d'ajouter que les administrateurs n'ont guère jusqu'ici habitué les médecins et les hommes de science à s'associer avec une conviction si profonde et si généreuse à la mission qu'ils accomplissent ? Que se

cas, nous pouvons l'affirmer en toute sincérité, nous n'avons vu la plus petite aggravation survenir du côté du tube digestif, du fait du bichlorure; pas plus qu'on ne peut reprocher à cet agent d'avoir provoqué les vomissements quand ils n'existaient pas encore, ou de les avoir augmentés quand ils existaient déjà antérieurement.

De cette simple constatation, nous étions déjà en droit de tirer les deux conclusions suivantes : 1° que le sublimé, administré à l'intérieur contre le choléra, ne présentait pas la moindre nocuité; et que, par conséquent, nous avions la certitude de ne pas faire de mal à nos malades, de ne pas aggraver leur situation; en admettant, comme pis-aller, que ce médicament fût absolument inefficace. Ce qui mettait déjà, tout au moins, notre conscience à l'aise, et nous permettait de pousser plus loin nos investigations dans ce sens. Mais, en second lieu, et surtout, nous nous tenions ce raisonnement : puisque à l'état normal, et en temps ordinaire, l'ingestion par les voies digestives du sublimé provoque habituellement, et chez presque tous les sujets qui en font l'expérience, ou auxquels on en prescrit l'usage; puisque, dis-je, le sublimé provoque des coliques, de la diarrhée, parfois même des selles dysentériformes, et qu'au contraire, aussitôt administré contre les accidents cholériques, il produit une amélioration subite, une modification instantanée, tant dans le nombre que dans la nature des selles, force est bien de conclure que le bichlorure de mercure doit avoir contre le microbe pathogène du choléra ou contre le poison qu'il sécrète, ce qui au fond revient au même pratiquement parlant, une action spéciale, particulière, spécifique pour employer l'expression consacrée. En un mot, cette donnée clinique seule nous démontrait que le sublimé est bien un agent microbicide énergique du bacille en virgule.

Nous étions donc désormais encouragé à persévérer dans cette voie, et à poursuivre plus activement nos expériences; aussi n'avons-nous pas hésité à recourir hardiment à ce mode de traitement dans tous les cas qui se sont présentés successivement à notre observation du 1er mai au 30 juin 1887, et que nous rangerons, suivant la gravité et l'intensité des accidents, en trois catégories, afin de mieux faire saisir les modifications que nous avons observées dans les différentes formes de la maladie, et de rendre un compte plus exact des diverses phases qui ont été imprimées à la marche de l'affection par le traitement pathogénique institué.

Nous devons, tout d'abord, et pour écarter toute espèce d'objection de ce côté, déclarer que nous n'avons pas compris, et à dessein, dans notre statistique actuelle, tous les cas de diarrhée plus ou moins séreuse, non plus que les observations simplement suspectes, accidents si fréquents en temps d'épidémie; bien que tous ces faits (et ils ont été nombreux) constituent à notre avis des degrés atténués de l'intoxication, ou la période tout à fait de début de l'évolution cholérique, et auraient bien certainement, dans un délai plus ou moins rapproché, abouti à une attaque absolument confirmée. Mais, pour éviter toute équivoque et toute discussion, nous n'avons admis que les faits bien prouvés et réunissant toutes les conditions d'exactitude nécessaires; de plus, nous n'avons jamais manqué, quand nous avions avec nous un de nos collègues, de lui faire contrôler notre diagnostic et de n'accepter comme réellement démontrés que les cas qui lui paraissaient à l'abri de toute hésitation. Nous citerons plus particulièrement le témoignage d'un de nos aides-majors les plus instruits et les plus distingués, de M. le docteur Nicolas, qui n'a pas hésité à employer personnellement ce mode de traitement, à titre préventif, dans le cours d'une dysenterie qui présenta pendant quelques jours des allures assez suspectes, et qui nous fit même craindre à plusieurs reprises l'apparition du choléra confirmé. On pourra ainsi, nous l'espérons du moins, juger en toute connaissance de cause, et en tirer des conclusions se rapprochant autant que possible de la vérité absolue.

Ceci bien établi, nous rangerons tous les faits personnellement observés par nous, pendant cette période épidémique, dans les trois classes suivantes :

A. Choléra confirmé, avec tous les symptômes classiques.

B. Choléra à marche insidieuse, mais à diagnostic non douteux.

C. Diarrhées cholériformes, d'origine microbienne non douteuse, mais dont les symptômes étaient encore relativement peu accusés et à la première phase de leur développement.

Quelques mots d'explication rendront cette distinction plus facile à saisir.

1° Par choléra confirmé, avec tous les symptômes classiques, nous entendons parler de l'attaque violente, brusque, survenant presque instantanément, sans prodromes, sans malaises antérieurs appréciables, et qui saisit, pour ainsi dire, la victime au milieu même de ses occupations. C'est l'affection caractérisée d'emblée par des vomissements violents, abondants, répétés; par des fortes coliques, accompagnées de selles séreuses, riziformes, extrêmement nombreuses; par des crampes atroces et intolérables pour les malades; par la cyanose, l'algidité, le refroidissement des extrémités, qui se couvrent de cette sueur visqueuse, rappelant, comme on l'a dit avec raison, la sensation produite par le contact de la peau des reptiles; par l'anurie; et dans bien des cas par une difficulté tellement prononcée de la respiration, que le malade meurt par asphyxie à bref délai.

---

passe-t-il d'ordinaire? En présence des indications, des revendications, si l'on veut, du corps médical, l'administration se refuse, par routine plutôt que par mauvaise volonté, par une sorte de méfiance instinctive, à rechercher dans ces revendications ce qu'elles peuvent permettre de réalisations pratiques plus ou moins immédiates, si bien que les meilleurs projets, les propositions les mieux étudiées sont annihilés. Et cependant, partout où cette alliance commune pour le bien public, que M. Monod appelle de tous ses vœux, et qu'il est prêt à aider de toute sa compétence et de son autorité, est réalisée, que de progrès accomplis! Ici, c'est une ville où le vaccin parvient graduellement à diminuer la mortalité par la création d'un bureau d'hygiène; là, c'est l'administration réglementant, avec l'aide du corps médical, l'industrie nourricière pour le plus grand profit des petits enfants soumis à sa protection. Oui, certes, l'administration ne peut ni ne doit à elle seule suffire à la tâche; mais il lui appartient de susciter les initiatives, de les encourager, de les aider; il est aussi de son devoir de briser les oppositions irréfléchies, les mauvaises volontés persistantes, dangereuses au pays tout entier. Trop longtemps elle n'a exercé sa puissance d'action que pour entraver tous les progrès.

École dentaire de Paris. — L'École dentaire de Paris, dirigée par M. le docteur Th. David, fera sa neuvième rentrée scolaire le samedi 10 novembre, à neuf heures du soir, dans son nouveau local, 4, rue Turgot, sous la présidence de M. Ollendorf, directeur de l'enseignement technique, délégué de M. le ministre du commerce.

Enseignement médical libre (*Ophthalmologie*). — M. le docteur A. Darier fera, à partir du 15 novembre, des *conférences cliniques sur les maladies des yeux*, les mardis et samedis à trois heures.

Les autres jours les élèves seront exercés au maniement de l'ophthalmoscope, 172, boulevard Saint-Germain (ancienne clinique du docteur Abadie).

Ce dernier accident, qui se traduit surtout par une sensation de constriction poignante à la base du thorax, par ce qu'on appelle ordinairement la barre épigastrique, nous paraît, soit dit en passant, résulter de crampes violentes siégeant dans le diaphragme, et de tous points comparables à celles qu'on constate simultanément dans la plupart des autres muscles de l'appareil locomoteur. C'est malheureusement le symptôme le plus alarmant et celui qui pardonne le moins.

2° La seconde classe comprend tous les cas dans lesquels se retrouvent encore, et dans le même ordre, l'ensemble des symptômes de l'attaque classique du choléra asiatique; mais ces symptômes, au lieu de se présenter avec l'éclat, l'intensité, la soudaineté ordinaires, évoluent beaucoup plus lentement, sans bruit, d'une manière pour ainsi dire latente, frustre. En un mot, ils sont notablement atténués; parfois même quelques-uns manquent totalement, la diarrhée en particulier; et l'on a alors affaire à cette affection qu'on a désignée, à juste titre et avec beaucoup de raison, sous le nom de choléra sec, c'est-à-dire choléra qui évolue sans la moindre évacuation stomacale ou intestinale. Les malades de cette catégorie nous arrivaient dans un état de prostration indéfinissable, se plaignant d'un malaise général, les yeux profondément excavés, la face grippée, les extrémités froides, cyanosées, visqueuses; indifférents à tout ce qui se passait autour d'eux, et oubliant pour ainsi dire de respirer. D'une manière constante, les urines étaient ou complètement supprimées, ou tout au moins diminuées d'une manière très sensible.

Et cette forme, tout à fait anormale en Europe, s'est montrée avec une telle fréquence pendant l'épidémie de 1887 à Nam-Dinh, sur les indigènes plus particulièrement, que nous la signalions en ces termes, dans notre rapport mensuel d'avril 1887, adressé à M. le Directeur du service de santé du corps expéditionnaire du Tonkin : « Quant aux indigènes, ceux qui ont succombé sont morts sans violence, sans vomissements, sans crampes, sans diarrhée pour la plupart; les extrémités se refroidissent et se cyanosent; le facies se grippe, les yeux s'excavent et rentrent dans l'orbite; ils accusent une faiblesse générale de plus en plus grande, l'asphyxie survient, et ils s'éteignent sans secousse et sans la moindre réaction. » Et l'on ne saurait accuser de cette anomalie l'influence exercée sur la marche ordinaire de la maladie par notre traitement hydrargyrique, attendu que cette constatation est antérieure à l'institution de notre nouvelle méthode thérapeutique. Dans tous les cas, on ne saurait nier un instant l'exactitude du diagnostic.

3° Enfin, dans la troisième catégorie, nous rangerons sous le nom de *diarrhées cholériformes*, toutes celles qui étaient caractérisées par un ensemble de symptômes, moins accusés, bien certainement, que ceux des deux classes précédentes, mais tellement nets cependant, que pour tous ceux qui avaient assisté aux épidémies antérieures, et qui s'étaient déjà à plusieurs reprises trouvés au milieu des cholériques, l'hésitation n'était pas permise, et le nom de la maladie pour ainsi dire gravé sur la figure du pauvre patient. On avait, il est vrai, affaire au début, à la première période de l'affection; mais il y avait, dans tous les cas, cet aspect général, ce facies, ce type particulier qui ne sauraient laisser prise au moindre doute de la part d'un esprit tant soit peu observateur. Comment, en effet, dénommer une maladie, qui présentait les différents caractères suivants: selles séreuses, fréquentes, abondantes, survenant brusquement et compliquées de coliques assez violentes; vomissements à peu près constants; gêne notable de la respiration; tendance à l'algidité générale, et refroidissement surtout prononcé au niveau des extrémités; pas encore de crampes, mais un état de courbature généralisé à tous les membres; enfin, la face légèrement grippée et les yeux déjà profondément enfoncés dans les orbites? N'est-il pas évident qu'un pareil ensemble, constaté dans le cours d'une épidémie cholérique, ne saurait donner lieu à la moindre discussion et que le diagnostic s'impose? Nous répondrons, d'ailleurs, à ceux qui pourraient nous objecter que rien ne démontre qu'en réalité ces diarrhées sont bien le début, la période initiale d'une attaque de choléra confirmé, et qui prétendraient que, peut-être, sans notre intervention, la guérison aurait eu lieu dans les mêmes conditions; nous leur répondrons, disons-nous, par cette simple constatation clinique : que tous les cas, rangés dans cette catégorie, observés par nous antérieurement à l'application de notre méthode thérapeutique, tous sans exception ont abouti dans le plus bref délai à l'attaque classique du choléra confirmé, et presque tous malheureusement se sont terminés par une issue fatale. La question capitale, en somme, la chose essentielle, est d'arriver à sauver les malades, qui succombaient auparavant. C'est la seule manière, à notre avis, de démontrer la valeur pratique, la supériorité réelle d'un nouveau mode d'intervention.

Il en est, en effet, du choléra comme de toutes les autres maladies zymotiques: il lui faut un temps plus ou moins long pour se développer, après la pénétration à l'intérieur de l'économie du microbe pathogène. Mais l'intoxication n'en est pas moins réelle, alors que les accidents ne sont encore qu'à leur début; et elle suivrait bien certainement le cours normal de son évolution, si rien ne venait en troubler ou en entraver la marche. On ne saurait donc s'arrêter à cette fin de non-recevoir, qui consiste à ne considérer comme faits absolument démontrés que les degrés ultimes de la maladie; car, à ce compte, il n'y a plus d'expérience possible en clinique. Mais, quand sur une série de cas absolument comparables, observés dans des conditions identiques, en dehors de tout parti pris, et avec le seul désir d'arriver à la vérité; quand, disons-nous, la première moitié, traitée par une certaine méthode, ne fournit guère que des insuccès, tandis que la seconde, traitée par un moyen tout différent, donne des succès presque absolus, force est bien de conclure à l'efficacité de ce dernier mode d'intervention.

D'autant plus qu'on ne saurait, dans le cours d'une épidémie cholérique, quand le diagnostic paraît malheureusement certain, attendre un seul instant l'aggravation des accidents, pour le plaisir de confirmer son opinion: car chaque minute, chaque seconde perdue, est un pas de plus vers la tombe, et tout retard apporté au traitement serait un véritable crime. Quitte aux argumentateurs de toujours en revenir à leur opposition systématique. Pour nous, comme pour tous ceux qui ont vu nos malades, notre conviction est profonde : nous avons bien eu, dans tous les cas qui servent de base à nos expériences, affaire au véritable choléra asiatique, à des degrés plus ou moins avancés, il est vrai, mais dans tous il y avait bien certainement intoxication par le bacille en virgule, avec tous les accidents qu'il comporte en perspective.

Laissons maintenant parler les chiffres, et passons aux résultats fournis par la statistique. Or les 45 cas relevés par nous, du 1er mai au 30 juin 1887, se décomposent ainsi :

A. *Choléra confirmé avec tous les symptômes classiques :*

Européens..........	4	1 décès	3 guérisons.
Annamites..........	15	7 —	8 —

B. *Choléra à marche insidieuse, mais à diagnostic non douteux :*

Européens..........	7	1 décès	6 guérisons.

C. *Diarrhées cholériformes, d'origine microbienne non douteuse :*

Européens..........	3	0 décès	3 guérisons.
Annamites..........	16	0 —	16 —
Total : Européens.....	14	2 —	12 —
— Annamites.....	31	7 —	24 —
Total général : malades.	45	9 —	36 —

Tels sont les faits constatés, numériquement parlant. Mais quelques réflexions sur le mode d'action du bichlorure de mercure, dans ces différentes formes, ne sont pas inutiles.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1888.

Sur la forme de la cornée humaine normale. Note de M. *C.-J.-A. Leroy*. — Il résulte des observations de l'auteur que la surface de la cornée normale peut être assimilée à un ellipsoïde déformé; la courbure diminue du centre de la cornée à la périphérie, mais cette diminution n'est pas la même dans tous les méridiens: si l'on prend pour unité l'aplatissement temporal, les aplatissements du méridien vertical en haut et en bas sont égaux sensiblement à deux, tandis que l'aplatissement nasal est égal à quatre. Ainsi la cornée appartient à une surface asymétrique; mais, suivant que cette asymétrie se poursuit à un degré appréciable jusqu'au centre ou non, la cornée est dite *normale* ou bien elle est dite *astigmate*.

Le mode de distribution des maxima et des minima est très significatif; il est évident que la forme de la cornée est étroitement liée à celle de la sclérotique; or l'aplatissement maximum, le nasal, se trouve précisément en regard de l'insertion du droit interne, dont l'importance fonctionnelle est prépondérante à un si haut degré; il est présumable que les muscles moteurs du globe oculaire sont les agents principaux de son asymétrie. Les choses se passent comme si l'œil, primitivement sphérique, était déformé par les sangles musculaires qui lui donnent le mouvement; cette déformation, considérée à l'équateur, serait très inégale comme l'est l'action des divers muscles; cette déformation se transmettrait toujours jusque sur une étendue plus ou moins considérable de la cornée; si, au centre, cette déformation ne se faisait plus sentir à un degré appréciable, la cornée serait dite *normale;* elle serait dite *astigmate* dans le cas contraire.

Sur l'action du chlorure d'éthylène sur la cornée. Note de M. *Raphaël Dubois*. — L'auteur a poursuivi ses recherches sur ce sujet; voici les conclusions de ses nouvelles expériences :

1° Dans un empoisonnement aigu, on peut voir survenir, après suppression brusque du poison, des accidents comparables à ceux qu'il a autrefois désignés sous le nom d'*intoxication en retour*, dans l'alcoolisme, le morphinisme, etc.;

2° Ces accidents peuvent être combattus par l'introduction, dans l'organisme, d'une nouvelle dose du même poison;

3° Dans le traitement de l'*intoxication en retour*, le poison primitif peut être remplacé par un poison similaire qui produit alors des effets équivalents, mais à des doses différentes (équivalents physiologiques des toxiques).

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

De la transfusion péritonéale et de l'immunité qu'elle confère. Note de MM. *J. Héricourt* et *Ch. Richet*. — Ces deux auteurs ont d'abord essayé de faire passer directement du sang de chien dans le système sanguin du lapin; mais ils ont bientôt renoncé à ce procédé, car, même à la dose de 12 grammes (1), le sang du chien injecté directemen dans une veine fait mourir un lapin. La transfusion péritonéale, au contraire, comme cela a été indiqué par M. Hayem en 1884, est une opération inoffensive qui équivaut à une transfusion intravasculaire très lente.

L'innocuité de cette opération est remarquable; en effet, sur trente-quatre expériences, MM. Héricourt et Richet n'ont eu qu'un cas de mort par septicémie. Dans vingt-huit expériences où la dose de sang injectée a été inférieure à 70 grammes, il y a eu survie des lapins, sauf une exception. On peut donc considérer une transfusion péritonéale au-dessous de 70 grammes de sang comme inoffensive. La dose injectée a été en général de 30 à 50 grammes. Il est vrai qu'une dose plus forte que 70 grammes est offensive. En effet, dans cinq cas où la quantité de sang injectée a atteint ou dépassé 70 grammes, sauf une exception, il y a eu mort des lapins en moins de vingt-quatre heures.

Les effets de cette transfusion sont immédiats. On observe une accélération de la respiration, une polypnée quelquefois très intense. L'animal se couche à plat ventre et sa température s'abaisse de 1, 2 et même 3 degrés (dans un cas, 35°,3, deux heures après l'opération). Il y a aussi émission d'une urine abondante et claire. Tous ces phénomènes sont explicables, d'une part, par le passage rapide du sang intrapéritonéal dans le système vasculaire; d'autre part, par l'action dissolvante que le sérum du sang de chien exerce sur les globules rouges du lapin (Landois).

Cette action toxique est rendue plus évidente encore par la transfusion intrastomacale. Injecté dans l'estomac par transfusion directe, le sang de chien est encore toxique. Un lapin est mort en quelques heures après avoir reçu 470 grammes de sang; un autre est mort après avoir reçu 180 grammes. D'autres ayant reçu 130, 110, 100 et 70 grammes ont survécu. L'absorption doit être très rapide, car les effets de polypnée, de polyurie et d'hypothermie s'observent après l'injection stomacale comme après l'injection péritonéale.

Or, en inoculant le *Staphylococcus pyosepticus* à des lapins ayant subi cette transfusion péritonéale depuis vingt-quatre heures, MM. Héricourt et Richet ont constaté une immunité remarquable portant: 1° sur l'œdème; 2° sur la fièvre; 3° sur la survie.

Voici quelques exemples pris parmi beaucoup d'autres pour démontrer ces trois effets différents :

1° Le 26 octobre sont inoculés, chacun avec quatre gouttes de culture de *Staphylococcus pyosepticus*, six lapins ayant reçu des transfusions péritonéales, deux lapins vaccinés depuis longtemps par les procédés décrits antérieurement et quatre lapins témoins; quarante-huit heures après l'inoculation, les six premiers lapins présentent, au point d'inoculation, une petite tumeur, dont la plus grosse a le volume d'une noix. Deux de ces lapins n'ont qu'une tumeur à peine appréciable. Les deux lapins vaccinés ont, l'un une tumeur grosse comme une noix; l'autre, nulle tumeur. Enfin les quatre lapins témoins ont une énorme tumeur, qui s'étend dans toute la région abdominale et qui est plus grosse que le poing.

2° Le 10 septembre on inocule quatre lapins avec quatre gouttes de culture. Le lapin témoin a le lendemain 41°,6. Les trois autres qui ont reçu du sang de chien dans le péritoine ont 40°,2, 40°,4 et 40°,1. Le 27 septembre, trois lapins sont inoculés avec trois gouttes de culture. Deux lapins ont reçu du sang dans l'estomac : ils ont, huit heures après l'injection, 40°,2 et 40°,6. Le lapin témoin a 41°,6.

3° Le 4 octobre, sept lapins sont inoculés avec quatre gouttes de culture. Six ont reçu, quarante-huit heures auparavant, du sang de chien dans le péritoine. Le témoin

(1) Ce chiffre, comme tous ceux donnés dans cette note, se rapportent à des lapins pesant tantôt un peu plus, tantôt un peu moins que 2000 grammes.

meurt moins de vingt heures après l'inoculation. Des six autres, trois meurent : l'un cinquante heures, l'autre soixante-dix heures et le troisième quatre-vingt-dix heures après l'inoculation ; les trois autres survivent et sont encore vivants aujourd'hui.

Il faut remarquer que les trois lapins transfusés qui sont morts avaient reçu du sang provenant d'un chien intact, tandis que les trois lapins qui ont survécu avaient reçu du sang provenant d'un chien qui avait précédemment (deux mois auparavant) subi à diverses reprises des inoculations sous-cutanées de *Staphylococcus pyosepticus*.

Or, ce n'est pas là un fait exceptionnel. Parmi les chiens qui ont servi à donner du sang, il en est trois qui avaient été inoculés quelques mois auparavant par le *Staphylococcus pyosepticus*, et qui, après avoir présenté d'énormes abcès, en avaient guéri complètement. Or, tous les lapins qui ont été inoculés avec le sang de ces chiens ont résisté à l'inoculation du *Staphylococcus pyosepticus*, tandis que les lapins transfusés avec du sang de chien intact ont généralement succombé.

Ainsi, sur dix-huit expériences, six ont été faites avec du sang de chien pyosepticisé. Il y a eu survie des lapins dans les six expériences; sur douze transfusions faites avec du sang de chien intact, il y a eu neuf morts (il est vrai que dans l'expérience du 27 septembre, le lapin témoin a survécu ainsi que les deux lapins qui avaient reçu du sang dans l'œsophage).

Il paraît donc assez probable que le sang des chiens pyosepticisés confère une immunité plus complète que celui des chiens intacts, comme s'il contenait, plus que ce dernier, des substances conférant l'immunité antipathogène.

Mais ce qui est incontestable, c'est l'effet saisissant de l'atténuation par la transfusion du sang de chien (soit pyosepticisé, soit intact) sur la fièvre et surtout sur les phénomènes locaux, c'est-à-dire sur l'œdème.

Ce procédé d'atténuation d'un virus comporte peut-être quelque généralisation. Si la transfusion dans l'estomac, comme quelques-unes de ces expériences autorisent à le croire, a des effets vaccinaux identiques à ceux de la transfusion péritonéale, il s'ensuivrait qu'un mode spécial d'alimentation peut conférer certaines immunités.

MM. Héricourt et Richet font connaître qu'ils poursuivent leurs recherches sur des microbes plus répandus tels que celui du charbon et celui de la tuberculose, car il ne s'agit pas là d'un fait spécial au *Staphylococcus pyosepticus*, mais bien d'un phénomène général d'immunité.

E. RIVIÈRE.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. *H.-Ch. Monod*, directeur de l'Assistance publique en France, informe l'Académie que, sur sa proposition, M. le président du conseil, ministre de l'intérieur, vient d'allouer une subvention de 8000 francs pour aider l'Académie à propager la vaccination animale. Cette subvention est destinée à permettre l'envoi de tubes de vaccin animal aux établissements hospitaliers, aux services des enfants assistés et des enfants du premier âge.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation d'un décret autorisant l'Académie à accepter le legs consenti en sa faveur par M. Alvarenga (de Lisbonne). Le produit de ce legs, qui se compose de sept contos de réis d'inscriptions nominatives de la Junta du Crédit public portugais, sera placé en rente 3 pour 100 sur l'État français avec mention sur l'inscription de la donation des arrérages à la fondation d'un prix annuel dit *Prix Alvarenga*, do Piauhy (Brésil), qui sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ou de la meilleure œuvre inédite sur n'importe quelle branche de la médecine.

M. le docteur *Pissot* (de Cholet) envoie une Note manuscrite sur *la procréation des sexes dans l'espèce humaine*. (Commission : MM. *Lagneau* et *Charpentier*.)

M. le docteur *Courrant* adresse un Rapport sur *les vaccinations qu'il a pratiquées à Tuchan* (*Aude*).

M. *Dujardin-Beaumetz* présente une Note de M. le docteur *Mairet* (de Montpellier) sur l'*action toxique de la liqueur d'absinthe*.

M. *Laboulbène* dépose : 1° de la part de M. le docteur *Moura*, un mémoire manuscrit intitulé : *Voix et registres* ; 2° au nom de M. le docteur *Fabre* (de Commentry), une brochure ayant pour titre : *Un médecin naturaliste en province, Léon Dufour*.

M. *Damaschino* présente un *campimètre de poche*, imaginé par M. *Azoulay*, externe des hôpitaux.

MOUCHE TSÉ-TSÉ. — M. *Laboulbène* fait passer sous les yeux de ses collègues des mouches tsé-tsé de l'Afrique méridionale qui lui ont été envoyées par le P. Leroy. Ce missionnaire, ayant eu connaissance de son rapport lu il y a un an, s'est empressé de lui adresser plusieurs échantillons de cette mouche à la date du mois d'août dernier. Ces insectes, au dire du P. Leroy, ne sont pas dangereux pour l'homme, sur lequel ils se bornent à produire de l'urticaire ; mais leur piqûre est funeste aux animaux et notamment aux bœufs, à tel point qu'à sa connaissance une tribu guerrière dut se retirer précipitamment devant l'attaque par les tsé-tsé du bétail qu'elle avait avec elle. M. Laboulbène estime que l'action funeste de la piqûre de cette mouche sur certains animaux s'explique par l'inoculation, faite au moyen de sa trompe acérée, des matières septiques puisées sur un animal déjà malade et portées sur un animal sain. Il renverra à M. Straus les spécimens qui lui ont été adressés, afin de procéder à des inoculations sur des bœufs.

ACIDE FLUORHYDRIQUE ET TUBERCULOSE. — Contrairement aux résultats expérimentaux présentés à la dernière séance par M. Jaccoud, M. *Hérard* maintient que les vapeurs d'acide fluorhydrique pur peuvent être impunément respirées, qu'elles atténuent la virulence du bacille tuberculeux et qu'elles la détruisent même complètement lorsque l'acide est très concentré. Il fait observer à M. Jaccoud que l'animal de sa cinquième série d'expériences, le seul qui avait été soumis aux vapeurs d'acide fluorhydrique pur, est précisément resté en parfaite santé ; c'est là un résultat qui infirmait à lui seul tous ceux des autres séries, puisque dans ces dernières les vapeurs avaient des degrés différents de concentration. D'autant plus que la pratique médicale montre que l'air chargé de vapeurs d'acide fluorhydrique pur peut être respiré pendant une heure entière à la dose minimum d'un litre par minute, sans provoquer le moindre malaise, à peine un léger picotement des yeux. On sera moins surpris de ce fait si l'on réfléchit que cet acide fluorhydrique dit pur contient lui-même une notable quantité d'eau oscillant, selon la fabrication, entre 50 et 60 pour 100 environ ; ce qui étonnera davantage, c'est que l'acide fluorhydrique obtenu à l'état naissant par la réaction de l'acide sulfurique sur le spath fluor, et alors véritablement pur, puisse être parfaitement supporté même par des enfants.

Un grand nombre d'expérimentateurs français et étrangers ont démontré l'action réelle de l'acide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux. Parmi eux, il faut citer au premier rang M. le docteur Trudeau (de New-York), dont les expériences ont été faites sur des cultures tuberculeuses contenues dans des tubes, en employant des solutions d'acide dans l'eau ou en faisant inhaler de l'air plus ou moins chargé de vapeurs du même acide.

MM. Grancher et Chautard sont, il est vrai, arrivés à conclure que l'action des vapeurs d'acide fluorhydrique est nulle sur l'évolution de la tuberculose expérimentale ; mais le procédé d'inoculation qu'ils ont choisi, celui des injections intraveineuses, est de tous le moins favorable à l'action utile des vapeurs médicamenteuses. Ce n'est pas d'ailleurs que, même dans les conditions simples de l'expérimentation, il faille avoir beaucoup plus d'espoir que M. Grancher et espérer que les vapeurs inhalées d'acide fluorhydrique puissent atteindre et détruire les bacilles enfouis dans les profondeurs du parenchyme pulmonaire où l'air ne pénètre d'ailleurs qu'incomplètement. L'examen micros-

copique des crachats a prononcé aujourd'hui ; on sait en effet que, si, sous l'influence de ces inhalations, le nombre des bacilles diminue quelquefois d'une manière très notable, surtout lorsqu'on prescrit aux malades de faire à des intervalles plus ou moins rapprochés de larges inspirations, souvent cette diminution est peu marquée et plus rare encore est leur disparition complète. Est-ce là une raison pour nier les effets thérapeutiques de ces inhalations? N'ont-ils donc pu se trouver modifiés dans leur vitalité et, en dehors de l'infection bacillaire, n'y a-t-il pas, dans la phthisie, des ulcérations, des sortes de fistules pulmonaires par lesquelles les produits de destruction du parenchyme sont rejetés au dehors? Les microbes de la suppuration, ceux de l'air y pénètrent, s'y cultivent et s'y développent; or, ne peut-il pas se faire que ces surfaces dénudées, purulentes et putrides, soient notablement améliorées au contact des vapeurs antiseptiques, antiputrides? Cela est probable. Savons-nous enfin si ce n'est pas par une action indirecte sur les sécrétions et la nutrition que les inhalations influencent favorablement la marche de la phthisie? Et, de fait, les premiers signes de l'amélioration, tels que le retour si prononcé de l'appétit et l'augmentation consécutive du poids du corps, semblent donner quelque apparence de raison à cette hypothèse. On sait aussi que les causes qui peuvent modifier les résultats thérapeutiques sont ici nombreuses et variées; toutes les médications contre la phthisie ont eu et ont encore leurs succès et leurs revers. Il est incontestable que les inhalations d'acide fluorhydrique sont parmi celles qui ont donné les résultats les plus heureux. MM. Moreau et Cochez, Chevy, Hoël, Pitoy, Goëtz, Seiolla, Araros, viennent encore de corroborer cette opinion favorable.

M. *Jaccoud* fait observer combien il s'est, avec intention, montré réservé dans les conclusions qu'il a présentées mardi dernier; il n'a pas dit que l'acide fluorhydrique *est* impuissant à modifier la vitalité et la transmissibilité des bacilles tuberculeux, mais seulement qu'il l'*a été* dans ses expériences. D'autre part, MM. Grancher et Chautard ont montré que les vapeurs d'acide fluorhydrique pur, mises pendant plus de quatre heures en contact direct avec une culture de tuberculose, n'ont pas réussi à tuer tous les bacilles de cette culture. Ce résultat est identique, avec une technique différente toutefois, à celui auquel il est parvenu lui-même. Il se voit donc obligé de maintenir les conclusions qu'il en a tirées.

Arsenicisme. — M. *Ollivier* lit un rapport sur les mémoires qu'ont envoyés MM. les docteurs *Vidal*, *Marquez* et *Dubrandy*, concernant les accidents qu'ils ont observés à Hyères, il y a huit à dix mois, à la suite de l'ingestion de vins renfermant de l'acide arsénieux. Il s'agit de l'affaire dite des vins empoisonnés d'Hyères dont il a été grandement question à l'époque.

Concours de prix. — L'Académie entend, soit en séance publique, soit en comité secret, des rapports : de M. *de Villiers*, sur des mémoires adressés à la Commission de l'hygiène de l'enfance en 1887; de M. *A. Robin*, sur le service médical des eaux minérales en 1888; de M. *François-Franck*, sur le concours pour le prix Barbier, et de M. *Cusco*, sur le concours pour le prix de la fondation Monbinne.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

Acné éléphantiasique du nez : MM. Kirmisson, Le Dentu, Marc Sée, Lucas-Championnière. — Traitement du cancer de l'utérus : MM. Terrier, Kirmisson, Trélat. — Tuberculose de l'épiploon hernié : M. Largeau (de Niort). M. Lucas-Championnière, rapporteur.

M. *Kirmisson* revient sur l'observation d'*éléphantiasis du nez*, traitée par l'abrasion, dont il a parlé dans la dernière séance. Suivant les points, il s'agissait, au microscope, d'un processus glandulaire ou d'une hypertrophie purement connective.

M. *De Lens* a vu un malade chez lequel la tumeur était réellement pédiculisée et pendait devant la lèvre. De même, M. *Le Dentu*, sur une négresse dont la lèvre était devenue blanche derrière ce polype.

M. *Marc Sée* a soigné quatre ou cinq cas de ce genre. Il a abrasé les tubercules les plus saillants et fait de l'ignipuncture dans le reste.

M. *Lucas-Championnière* fait observer que tout cela est décrit depuis longtemps, par M. Ollier surtout. Et même auparavant, réplique M. *Le Dentu*, qui cite une observation remontant à 1732.

— M. *Terrier* a déjà communiqué au Congrès de chirurgie de 1888 les résultats de ses *hystérectomies vaginales pour cancer*. Il arrive aujourd'hui à un total de vingt et une opérations pour cancer, avec quatre morts (une hémorrhagie ; deux chocs ; une péritonite), soit 19,09 pour 100 (si l'on ne tient compte que du cancer, la mortalité est de 17,82 pour 100). La léthalité, malgré M. Pozzi, est donc sérieuse, mais il faut remarquer que trois des décès chargent les dix opérations faites en 1885 et 1886 ; que depuis il n'y en a eu qu'un sur onze cas.

Les opérations s'attaquaient douze fois à des cancers exactement limités au col; trois fois à des cancers du col et du corps; dans les autres cas, soit avec le col, soit avec le corps, soit avec les deux, il y avait des lésions du ligament large ou du vagin. Douze fois, donc, M. Verneuil eût pu pratiquer l'ablation du col. Mais c'est bien aléatoire, car quatre fois le corps était pris sans que le diagnostic clinique en eût été posé à l'avance. Les trois cancers du corps ne ressortissent certainement qu'à l'ablation totale. Les six derniers cas, enfin, sont des opérations palliatives, qui ne peuvent pas entrer ici en ligne de compte; une d'entre elles, par exemple, n'a été entreprise que pour parer à des hémorrhagies jusqu'alors incoercibles. Ces six femmes ont eu, en moyenne, six mois et douze jours de survie.

Les douze cancers du col ont fourni deux morts et dix succès opératoires, avec cinq morts de récidive après treize mois et six jours de survie moyenne; cinq sont aujourd'hui vivantes, dont quatre sans trace de récidive, ayant douze mois et trois jours de survie moyenne. Soit au total douze mois et dix-huit jours de survie moyenne.

La comparaison de ces chiffres avec ceux de M. Verneuil est fort difficile à établir. Le premier mémoire de M. Verneuil (1884) donne seize opérations, dont sept certainement incomplètes, vu la rapidité de la récidive, et neuf avec survie fort longue.

On ne peut comparer les opérations incomplètes à celles de l'hystérectomie totale, laquelle ne devient palliative que lorsque le vagin et les ligaments larges sont pris et qui eût probablement presque toujours dépassé le mal dans les sept cas où M. Verneuil est resté en deçà.

Les neuf opérations sans récidive ou avec récidive tardive manquent à certains points de vue de données précises, permettant d'établir une statistique rigoureuse. Avant 1880, les observations se bornent à une simple mention et la cure radicale y survient avec une fréquence qui fait douter de l'exactitude constante du diagnostic. D'autant plus que les faits postérieurs à 1880 sont plus complètement relatés, sont plus probants, et donnent déjà une survie moyenne moindre. Quant aux cas sans récidive, ils ne sont plus qu'au nombre de trois, dont un ancien (soixante mois); un de dix-sept mois; un de trois mois et demi. Cela se rapproche plus des allures que chacun reconnaît au cancer utérin. Or, depuis 1885, M. Troisier a cinq malades, qui n'ont pas trace de récidive et il est à remarquer que la série de M. Verneuil date de plus longtemps.

M. *Kirmisson* a fait trois hystérectomies totales avec des résultats déplorables : deux morts (une hémorrhagie et une péritonite), où l'inexpérience a sans doute un rôle; une récidive péri-utérine au bout d'un an, avec mort quatre mois après d'urémie.

M. *Trélat* constate l'aspect paradoxal sous lequel se présente la discussion. Contrairement à tout autre cancer, celui de l'utérus serait justiciable surtout d'opérations partielles. Certes, M. Verneuil soutient l'hystérectomie partielle plus qu'il n'attaque la totale : la cause serait pourtant entendue si toutes les pièces étaient au dossier. Mais M. Trélat pense qu'elles n'y sont pas et que M. Verneuil pousse trop au noir le tableau de l'ablation complète. M. Trélat a fait cinq opérations avec un décès, soit 20 pour 100, c'est-à-dire à peu près le même chiffre que M. Bouilly. Mais ce n'est certainement pas le dernier mot. Les statistiques actuelles portent le poids des erreurs, des incertitudes, des insuffisances du début. Les chirurgiens novices joignent aux maladresses opératoires inévitables une connaissance imparfaite des contre-indications. La femme que M. Trélat a perdue immédiatement avait subi une intervention très laborieuse, qu'il ne faudrait plus entreprendre aujourd'hui. M. Bouilly a bien fait voir toute l'importance de l'éducation; et Schrœder, enfin, n'a-t-il pas trois décès seulement sur ses cinquante derniers cas? Mettons même à part cette série exceptionnelle. De plus en plus on se rapproche des 10 pour 100 de mortalité que donnent les amputations partielles supravaginales, car l'ablation de la seule portion extravaginale ne semble pas pouvoir être bien souvent appliquée. Ainsi M. Quénu a eu à examiner deux cols enlevés par Gallard au galvanocautère. La section semblait saine à l'œil nu; et pourtant le microscope y a révélé des boyaux épithéliaux. L'opération était donc incomplète.

Or, à quel moment se fait cet envahissement profond? Comment au juste se fait-il? A quoi le reconnaît-on? Autant de questions encore obscures et dont la solution est pourtant indispensable avant d'établir un parallèle sérieux entre l'ablation partielle et l'ablation totale. C'est précisément parce que nous sommes encore dans l'ignorance que la discussion actuelle a lieu. Autres questions encore : Quand sont envahis les lymphatiques? Cet envahissement est-il constant? Quels sont et ses signes et sa marche? Ici encore, pas de réponse. On a dit que quand le corps est pris, les lymphatiques sont toujours malades, que dès lors l'hystérectomie totale est à l'avance frappée de stérilité; il y a des faits cliniques contraires à cette opinion, qui ne s'appuie d'ailleurs pas sur des données anatomiques précises. Et si c'était exact, l'ablation partielle ne vaudrait guère mieux. Donc, pour le moment, il est impossible de formuler un jugement absolu, mais à priori, avec tout ce que nous savons du cancer en général, l'opération totale doit être admise en principe.

A ce principe, M. Verneuil oppose un calcul de survie moyenne. Mais il est impossible de le suivre sur ce terrain. Sa moyenne bénéficie de quelques observations heureuses, où les malades ont vécu six, sept ans. Or, les chirurgiens parisiens n'ont commencé à faire l'hystérectomie totale qu'en 1885, et leur maximum de survie, obtenu par MM. Trélat, Terrier, Bouilly, Demons, est de trois ans au plus. On objecte qu'on peut se fonder sur des statistiques étrangères : dans une question aussi litigieuse, on est bien autorisé à ne se fier qu'à ses propres observations. Ce n'est pas tout : dans le calcul de la survie moyenne, les décès opératoires comptent pour zéro et diminuent vite le total. Dans l'hystérectomie complète, les zéros sont aujourd'hui nombreux; mais on peut prévoir le temps où ils seront eu nombre acceptable.

Dernier argument enfin : le calcul de la survie moyenne est séduisant, mais est-il bien probant? La série de M. Verneuil, depuis 1884, est excellente à ce point de vue, avec ses vingt-neuf mois de survie; mais toutes les malades sont en récidive. Une seule cure radicale pèserait lourd dans la balance, malgré tous les calculs de moyenne.

Au reste, il y a une époque où l'on aurait pu démontrer de même que les femmes opérées de kyste de l'ovaire vivaient moins longtemps que les opérées. Peu à peu, les chirurgiens ont appris à pratiquer les interventions, et ils ont fait une conquête importante. Avant de repousser l'hystérectomie totale, il faut lui laisser, à elle aussi, le temps de faire ses preuves.

— M. *Lucas-Championnière* lit un rapport sur une observation de M. *Largeau* (de Niort) : *Hernie inguinale avec hydrocèle* chez l'enfant, cure radicale. Le fait intéressant est que l'épiploon hernié était tuberculeux; il a été réséqué, et, depuis deux ans, la santé de l'enfant est parfaite.

A. BROCA.

Société de biologie.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Influence de la salive humaine sur la germination : M. Chouppe. — Cicatrisation osseuse : M. Mossé. — Tuberculose expérimentale du foie : MM. Gilbert et Lion. — Constitution du placenta humain : M. Ed. Van Beneden. — Sur le bouchon vaginal des rongeurs : M. Lataste. — Effets des injections sous-cutanées d'huile d'olive chez l'homme : M. Gimbert. — A propos du centre respiratoire bulbaire : M. Laborde. — Effets des injections d'huile grise chez les animaux : M. Balzer.

M. *Chouppe* a observé que certaines graines ne germent pas dans de la terre arrosée de salive humaine, d'autres au contraire se développent très bien, comme, par exemple, le blé, l'orge, etc.; les graines oléagineuses ne germent pas. Quant à celles qui germent, leur développement est plus rapide que si elle n'avaient pas été en contact avec la salive, mais cependant il a paru à M. Chouppe que le développement total de la plante était moindre.

— M. *Féré* présente, de la part de M. *Mossé*, des pièces qui montrent la cicatrisation osseuse à la suite de trépanations pratiquées sur des animaux; la rondelle osseuse enlevée avait été, après l'opération, replacée et s'est réunie au tissu circonvoisin.

— M. *Lion* a déterminé expérimentalement avec M. *Gilbert*, dans le laboratoire de M. Duclaux, la tuberculose du foie, chez des lapins, en injectant dans une veine mésentérique des cultures pures de bacilles. Sur les animaux sacrifiés le lendemain même de l'injection, les auteurs ont trouvé une grande quantité de bacilles dans les vaisseaux du foie; sur ceux qui ont été sacrifiés quatre jours après, on voyait les bacilles entourés déjà par les cellules endothéliales des vaisseaux et la lésion tuberculeuse ordinaire en voie de parfait développement. Quant aux lapins qu'on a laissés vivre plus longtemps, ils ont présenté à l'autopsie des tubercules naturellement plus avancés; le foie était hypertrophié et les lésions localisées autour des espaces portes.

De plus, le foie, dans ces conditions, n'a pas servi de barrière à ces micro-organismes. La rate, en effet, quatre à cinq semaines après l'injection, présentait des tubercules. Cependant les autres organes étaient indemnes.

— M. *Mathias-Duval* présente une note de M. *Ed. Van Beneden* qui confirme absolument les résultats de ses propres recherches sur la nature du placenta des rongeurs : le placenta est constitué par des lamelles épithéliales dans lesquelles circule le sang de la mère. De plus, M. Van Beneden a eu la bonne fortune d'étudier récemment un

œuf humain de quatre semaines et il étend au placenta humain tout ce que M. Duval a dit de celui des rongeurs. M. Duval fait enfin ressortir l'analogie que l'on peut dès maintenant constater entre le placenta des mammifères et l'organe qu'il a découvert en 1884 chez les oiseaux et décrit sous le nom d'organe placentoïde.

— M. *Lataste* continue l'exposé de ses recherches sur le bouchon vaginal des rongeurs; il en étudie la structure histologique.

— M. *Charrin* présente une note de M. *Gimbert* sur les effets des injections sous-cutanées d'huile d'olive chez l'homme, cette huile étant considérée ou comme véhicule ou comme aliment. Ces effets ont toujours été excellents; quand les précautions antiseptiques nécessaires sont exactement observées, il n'y a jamais d'accidents locaux. Les tuberculeux soumis à ce traitement ne s'en sont jamais mal trouvés; beaucoup en ont retiré une réelle amélioration et ont engraissé.

— M. *Laborde* communique un fait relatif à la localisation dans le bulbe du centre des mouvements respiratoires; il s'agit d'un homme qui, étant à la chasse, à l'affût, reçut en pleine figure un coup de feu et fut trouvé mort dans l'attitude la plus naturelle et la plus calme; un plomb avait traversé l'orbite et avait atteint dans le bulbe le bec même du calamus, où on le retrouva. M. Laborde pense que cette mort subite ne peut s'expliquer que par la cessation soudaine et immédiate des mouvements respiratoires, dont le centre est à cet endroit du bulbe.

M. *Brown-Séquard* fait remarquer qu'il n'a jamais contesté le rôle de ce point bulbaire par rapport à la fonction respiratoire; ce qu'il met en doute, c'est la signification fonctionnelle d'ordinaire attribuée à cette région qui, d'après lui, agit par le mécanisme de l'inhibition, ainsi qu'il croit l'avoir prouvé par diverses expériences.

— M. *Balzer* a étudié sur des chiens les effets des injections sous-cutanées d'huile grise (mélange de mercure, de lanoline et d'huile d'olive). En sacrifiant les animaux à des intervalles plus ou moins éloignés du jour de l'injection, il a constaté dans tous les cas la formation d'un foyer purulent, malgré les précautions antiseptiques prises au moment de l'injection: on trouve des gouttelettes de mercure, entourées de cellules conjonctives, et des leucocytes en assez grand nombre. Dans les muscles, l'infiltration est toujours limitée aux gaines conjonctives; les fibres musculaires restent intactes. De même, en ce qui concerne les nerfs, l'inflammation ne pénètre pas au delà des couches superficielles du névrilemme.

Société anatomique.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Chaput* fait une communication sur le *mécanisme des fractures de la rotule.*

M. *Mallet* décrit des pièces de *tuberculose urinaire.*

REVUE DES JOURNAUX

De l'influence de l'exercice corporel modéré sur la digestion, par M. Cohn. — Faut-il faire de l'exercice, faut-il rester au repos pour favoriser la digestion? Avant et après Brillat-Savarin les avis ont été partagés. Pour élucider ce point de physiologie, l'auteur a entrepris des expériences dans le laboratoire du professeur Rossbach. Il a fait prendre à des chiens des repas composés de viande râpée et d'eau. Le contenu de l'estomac a ensuite été retiré avec la sonde à des heures déterminées, les animaux ayant été soumis à des conditions précises de repos et d'exercice.

Chez les chiens au repos, la digestion est en pleine activité une heure après le repas; les liquides de l'estomac sont riches en acide chlorhydrique et en pepsine, pauvres en acide lactique; au bout de deux heures la digestion est plus avancée encore; les quantités d'acide chlorhydrique et de peptone sont considérables; il n'y a plus que des traces d'acide lactique. Au bout de six heures la digestion est terminée.

Quand les chiens ont été soumis à une promenade de deux heures après le repas, on ne trouve que des traces d'acide chlorhydrique et de peptone, mais de fortes quantités d'acide lactique. Ce n'est que cinq heures après le repas (les chiens ayant eu de nouveau un repos de trois heures) que la digestion est en train et qu'on trouve de l'acide chlorhydrique et de la peptone en notable quantité. Au bout de six heures la digestion n'est pas encore terminée.

Ewald et Boas avaient déjà signalé ce balancement entre l'acide chlorhydrique et l'acide lactique dans l'estomac; le premier est un produit de sécrétion; le second un produit de fermentation des hydrocarbures. A mesure que l'acide chlorhydrique est sécrété, la digestion est activée et l'acide lactique disparait. La digestion est d'autant plus lente que l'acide lactique met plus de temps à disparaître.

L'auteur conclut de ses expériences que, chez le chien du moins, l'exercice après le repas influe sur la digestion en la ralentissant. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 13 septembre 1888.)

Effet diurétique des préparations mercurielles, par M. Biegansky. — Les travaux des Jendrassik ont porté l'auteur à vérifier les propriétés diurétiques du mercure (calomel, sublimé à l'intérieur, frictions, injections hypodermiques), dans les affections diverses telles que maladies du cœur, pleurésie, syphilis, néphrite. Il est arrivé aux conclusions suivantes:

Les préparations mercurielles sont diurétiques et souvent à un haut degré. Elles produisent, après une oligurie passagère, une abondante diurèse du deuxième au dixième jour. Les meilleurs effets ont été constatés dans les œdèmes d'origine cardiaque. Ces effets deviennent faibles ou nuls quand les reins sont altérés.

Les injections hypodermiques sont les plus actives; puis viennent les préparations pour l'usage interne; les frictions le sont beaucoup moins. Pour produire des effets diurétiques, il faut d'assez fortes doses de médicament; de petites quantités sont sans action. Ces effets tiennent sans doute à une irritation provoquée par le mercure quand il s'élimine par les reins. (*Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, 13 septembre 1888.)

Observations cliniques sur l'action diurétique et hydragogue du calomel, par M. Stintzing. — L'action diurétique du calomel a été étudiée par l'auteur dans le service du professeur de Ziemssen. Il résulte de son observation que le calomel est un diurétique plus énergique que tous les autres. Il est légèrement diurétique chez l'homme sain, considérablement dans certaines formes d'hydropisie. Cette action se manifeste surtout dans les hydropisies cardiaques, qu'elles soient dues à des lésions valvulaires ou à des altérations primitives du muscle lui-même.

Quand les hydropisies sont dues à un engorgement du système de la veine porte ou à une néphrite parenchymateuse chronique, le calomel est moins actif. La disparition de l'hydropisie (cardiaque) est due non seulement à l'action diurétique du calomel, mais encore aux évacuations alvines qu'il provoque.

Le calomel est un prompt hydragogue, mais il exerce aussi une influence favorable sur l'état général, l'appétit, le sommeil. Dans les processus exsudatifs (pleurésie, péricardite), son action diurétique et par suite curative est nulle.

Le dosage proposé par Jendrassik est le meilleur : donner 3 fois par jour 20 centigrammes de calomel avec 1 centigramme d'extrait d'opium. Le continuer pendant trois jours au moins, et douze au plus; sauf à recommencer plus tard.

Le calomel est supérieur à la digitale comme diurétique, mais ne peut la remplacer comme médicament cardiaque. On retire d'excellents effets de l'association de ces deux médicaments. (*Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, 13 septembre 1888.)

Sur un cas d'élévation unilatérale et anormale de la paupière à l'occasion des mouvements de la mâchoire inférieure, par M. Uhthoff. — Une malade de dix-neuf ans présente une chute considérable de la paupière supérieure gauche qui souvent recouvre la pupille et gêne la vision. Quand elle ouvre largement la bouche, la paupière se relève et reste ainsi tant que la bouche est ouverte. Pendant la mastication, la paupière s'élève et s'abaisse avec des mouvements correspondants à ceux de la mâchoire inférieure. Quand elle porte la mâchoire à droite, la paupière s'élève aussi. Pas de troubles de la vision.

Le ptosis permanent doit être attribué à un développement incomplet du noyau du nerf oculo-moteur gauche. L'élévation de la paupière qui coïncide avec le mouvement de la mâchoire à droite, semble indiquer une anastomose anormale et congénitale du nerf oculo-moteur avec le noyau de la troisième branche du trijumeau du même côté, sur le trajet du faisceau longitudinal postérieur. C'est en effet cette branche qui innerve les muscles qui produisent ce mouvement.

Il est à remarquer que presque dans tous les cas analogues connus, il s'est agi de l'œil gauche et de malades du sexe féminin. (*Berl. klinische Wochenschr.*, 3 septembre 1888.)

Travaux à consulter.

De la valeur thérapeutique du salol dans le rhumatisme, par M. Bradford. — Une série de seize cas de rhumatisme articulaire aigu, traités par cette substance, a motivé de la part de l'auteur les remarques suivantes. Le salol, écrit-il, est le plus efficace des antipyrétiques à la dose de 50 centigrammes toutes les heures chez les adultes. Il est inférieur au salicylate de soude comme agent modérateur de la douleur articulaire, et ses effets analgésiques disparaissent dès que l'on cesse de l'administrer, de sorte que l'on doit en continuer l'usage dix jours encore après la disparition de la fièvre.

D'autre part, il l'emporte sur le salicylade de soude parce qu'il ne provoque pas de troubles nutritifs, avantage qu'il faut attribuer à la proportion relativement faible de salicylate de soude entrant dans sa composition. Au demeurant, sa valeur thérapeutique contre le rhumatisme est inférieure à celle du salicylate de soude. (*The Lancet*, juin 1888, p. 1072.)

Du traitement abortif de l'hay-fever, par M. C. Genth. — Sous ce titre, cet observateur publie l'histoire d'un cas dans lequel la fièvre des foins débutait par une conjonctivite aiguë, suivie bientôt de l'invasion de la muqueuse du nez et des bronches. Il institua donc le traitement de la conjonctivite par une solution de sublimé au 3 millième, sous forme de bains locaux qui furent continués pendant quinze jours et complétés par l'instillation entre les paupières d'un collyre de même base. Cette médication arrêta le développement de l'accès et en prévint le retour pendant longtemps. M. Carl. Genth estime que le succès dépend de l'énergie à l'employer dès le début quand la muqueuse oculaire est seule envahie, car l'application de cette solution sur la muqueuse nasale offre plus de difficultés. (*Brit. med. Journal*, 16 juin 1888.)

Du traitement des callosités et des verrues par l'acide salicylique, par M. Rovsen. — C'est le collodion salicylique que l'on avait proposé dans ce but. La méthode de M. Rovsen est peu différente et consiste à appliquer sur la tumeur une compresse imbibée d'une solution d'acide borique ou d'acide salicylique, puis à la couvrir d'une couche d'acide salicylique pulvérisé maintenue par une compresse de gaze boriquée, une feuille de gutta-percha et un bandage contentif. Ce pansement doit rester en place pendant cinq, dix et même quinze jours, temps nécessaire, paraît-il, pour assurer la chute de la tumeur. (*Munch, med. Wochens*, 1888, n° 9.)

De la valeur thérapeutique de la terpine dans les affections pulmonaires, par M. Cammann. — Vingt-cinq malades atteints d'affection des voies respiratoires furent soumis à cette médication pendant un espace de temps variant de deux jours à neuf semaines et en moyenne pendant seize jours; quatre cas étaient ceux de phthisiques et les autres d'individus atteints de bronchites aiguës ou chroniques. La plupart ingéraient quotidiennement quatre doses de 20 centigrammes chacune du médicament.

La guérison ou du moins une amélioration fut obtenue chez vingt-quatre de ces malades ; un seul résista au traitement, sous l'influence duquel la toux s'atténuait. Dans vingt cas, l'expectoration fut notablement diminuée, soit immédiatement après le début de la médication, soit après une augmentation temporaire de quelques jours. La dyspnée ne fut pas modifiée dans trois cas mais, devint moindre dans les vingt et un autres.

Douze malades éprouvèrent une augmentation de la diurèse, quelques-uns, un accroissement de l'appétit et un seul fut atteint de nausées. La terpine était administrée sous la forme pilulaire. (*The N. Y. medical Record*, 30 juin 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Six cas de périnéorraphie opérés par le procédé de Lawson Tait, par le docteur F. Fraipont, assistant à l'Université de Liège. — Liège, 1888.

La brochure de M. Fraipont nous fait connaître six observations de périnéorraphie, dont deux appartiennent au professeur Von Winiwarter, et dont quatre lui sont propres.

L'auteur commence par décrire le procédé de Lawson Tait, qui consiste à dédoubler la cloison recto-vaginale, après avoir mené deux incisions latérales réunies par une incision transversale faite le long du bord cicatriciel de la rupture. On forme ainsi deux lambeaux de muqueuse vaginale et rectale entre lesquels on réunit les deux incisions latérales, qui vont, elles, constituer le périnée. La suture est faite suivant une méthode particulière que l'on trouvera très bien décrite, ainsi que toute l'opération, dans un article de M. Auvard (*Archives de tocologie*, mai 1888). Ces six observations ont donné six succès caractérisés par la reconstitution d'un périnée de 3 centimètres à 3 centimètres et demi, et le rétablissement des fonctions du sphincter anal.

A cette occasion, M. Fraipont combat les critiques faites à ce procédé par Rokitansky. Ce dernier aurait eu des insuccès qui tiennent à ce qu'il n'a pas placé les points de suture, comme l'indique Lawson Tait, qu'il a pris la peau dans son anse de fil, tandis que le chirurgien de Birmingham la laisse et ne la réunit même pas. M. Fraipont ne la prend pas dans la suture profonde, car, en ce faisant, on évite son renversement en dedans et une mauvaise coaptation, mais, la première suture qu'on pourrait appeler interstitielle faite, il pratique, avec des crins de Florence, une seconde suture superficielle ne comprenant que la peau.

Rokitansky s'est servi de soie au lieu de fil d'argent, et surtout a mis cinq ou six points de suture, quand il en faut quatre au maximum. Les points trop rapprochés gênent, en effet, la circulation, et entravent la réunion au lieu de la favoriser.

On the deleterious results of a narrow prepuce and preputial adhesions, by Lewis A. Sayre, professor of orthopœdic surgery in Bellevue Hospital medical college New-York. — Reprinted from the *Transactions of the ninth international medical Congress*, vol. III.

Cette brochure, est un extrait des comptes rendus du neuvième congrès international de médecine. Comme l'analyse n'en a pas été faite dans les journaux français, et que M. Sayre a complété son travail par l'adjonction d'observations et de réflexions nouvelles, nous allons en dire quelques mots. Il s'agit, du reste, il faut l'avouer, d'un sujet assez connu, qui a fait déjà l'objet de nombreux travaux français, car les *résultats délétères d'un prépuce étroit et des adhérences préputiales*, chez les enfants, sont aujourd'hui de connaissance vulgaire. M. Sayre avait déjà attiré l'attention sur ce sujet en 1870 et 1875. Depuis, il a fait une enquête et a recueilli des quantités d'observations qui prouvent que des convulsions, des hyperesthésies généralisées, des paralysies, de l'incoordination des mouvements, des phénomènes de chorée et des attaques d'épilepsie sont dus à des réflexes dont le point de départ est dans l'irritation causée au niveau du gland par les magmas qu'un prépuce trop long et très étroit retient. Fleury, dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1851, avait signalé tous ces accidents, ainsi que des troubles dans l'urination, et, dans *the Lancet*, de 1867, on trouve un travail d'Althaus rattachant au phimosis congénital le développement de l'épilepsie. Il faut donc découvrir le gland, et pour cela opérer. Quelle est la meilleure méthode?

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Sayre, le docteur de Forest-Villard, de Philadelphie, déclare, dans ses conclusions, qu'il préfère un prépuce facilement mobile à un gland découvert, qu'il fait l'incision et la dilatation dans tous les cas où le phimosis est peu serré, et qu'il ne pratique la circoncision que chez les enfants de moins de dix ans, ou bien chez les adultes, chez lesquels le prépuce n'a pas pu être mobilisé par un autre moyen.

M. le docteur Love est au contraire partisan de la circoncision, suivant les préceptes de Moïse.

Le docteur Smith, le président de la section, rend hommage au travail de M. Sayre, et signale les accidents de rétention d'urine et de tumeur herniaire provoqués par l'étroitesse de l'orifice préputial. Rappelons que c'est Laugier, en 1831, dans les *Archives générales de médecine*, qui a appelé le premier l'attention sur ces faits.

Enfin M. Sayre termine la discussion en se montrant très heureux d'avoir fait connaître à ses collègues des faits qui, quoique signalés depuis longtemps dans l'ancien monde, n'en rendront pas moins de services aux jeunes habitants du nouveau.

Section of contractured tissues essential before mechanical treatment can be effectual, by Lewis A. Sayre, M. D., of New-York.— Reprinted from the *Transactions of the ninth international medical Congress*, vol. III.

C'est encore un extrait du Congrès international des sciences médicales que le docteur Sayre nous envoie sous le titre de *Section essentielle des tissus contracturés avant d'effectuer le traitement mécanique*. Il semble que l'auteur veuille réhabiliter la ténotomie et réagir contre toutes les méthodes nouvelles de tarsotomie et de tarsectomie, car c'est surtout le pied bot qu'il a en vue. Mais, tout d'abord, il établit une différence considérable, au point de vue de la section, entre les *tissus contractés*, qui n'ont pas changé de structure, et les *tissus contracturés* qui, eux, ont subi des changements dans leur composition, qui ne peuvent plus être allongés, et pour lesquels la section est absolument nécessaire. Le moyen de reconnaître si un muscle est contracté ou contracturé est le suivant : Il faut tendre le plus possible, à l'aide des mains ou des machines, les parties raccourcies, et, une fois tendues, les comprimer ou les pincer fortement entre le pouce et les autres doigts. Si, de cette façon, on produit un réflexe local ou général, on a affaire à des tissus contracturés; dans le cas contraire, s'il n'y a pas de spasme de produit, les parties sont simplement contractées et sont susceptibles d'un traitement par les tractions, les manipulations, sans être justiciables de la division. Suit le manuel opératoire de la ténotomie antiseptique, du redressement et de l'application de l'appareil plâtré; puis viennent les observations et la discussion qui porte principalement sur l'âge auquel il faut opérer.

Les chirurgiens américains opèrent de très bonne heure et à partir de l'âge de quatorze jours, comme M. Balkwill.

The formation and excretion of uric acid considered with reference to gout and allied diseases, by A. Haig, M. A., being a thesis for the degree of M. D, in the University of Oxford. — London, 1888.

Le but de l'auteur est de prouver, d'après ses recherches qui ont été continuées pendant plusieurs années, que l'excès d'acide urique dans le torrent circulatoire produit les maladies comme la goutte et toutes celles qui s'en rapprochent.

Il est arrivé à trouver que, à l'aide des médicaments et de l'alimentation, on pouvait conduire à sa guise l'excrétion de l'acide urique; que, lorsque cette excrétion diminuait, l'acide urique s'emmagasinait dans le rein, la rate et peut-être d'autres tissus; et quand, au contraire, elle augmentait, c'est qu'elle était soustraite à ces organes. Pour M. Haig, l'acide urique n'est en excès dans le sang que lorsque le foie, la rate et les autres organes saturés le déversent dans le torrent circulatoire, et, de plus, tous les médicaments et les régimes alimentaires, qui diminuent la solubilité de cet acide diminuent son excrétion et le font s'accumuler dans l'organisme, tandis que les traitements qui augmentent sa solubilité produisent l'effet inverse. Il faudra donc donner des alcalins qui augmentent la solubilité de l'acide urique et se méfier des acides.

M. Haig examine ensuite les médicaments qu'on doit prescrire et fait l'éloge de l'iodure de potassium à hautes doses, du phosphate de soude, des salicylates et du colchique. Ce sont, en somme, les médications françaises.

L'auteur passe ensuite du médicament à la maladie, et commence par étudier la céphalalgie, et cette espèce de migraine particulière à ceux qui, pour lui, ont un excès d'acide urique dans le sang. C'est encore en favorisant la sortie de ce dernier qu'on arrivera à faire cesser cet état pénible.

Les attaques d'épilepsie sont quelquefois sous la dépendance de la même cause. M. Haig cite plusieurs faits à l'appui de son assertion. Ses recherches lui ont aussi fait découvrir quelques relations entre l'hypochondrie et la présence d'un excès d'acide urique dans le sang.

Pour la goutte, la chose est depuis longtemps prouvée par les recherches de Sir A. Garrod, et si les accidents du côté des articulations ne s'amendent pas aussitôt l'administration d'un médicament comme le salicylate de soude, c'est que les cartilages et les ligaments ont une composition moins alcaline que le sang, et, de plus, que ces tissus sont très peu vasculaires. Il faut donc un certain temps pour que le sang désacidifié réagisse sur les tissus articulaires, et, de plus, cette action est toujours lente à cause de la circulation peu active de toutes ces parties.

Pour le rhumatisme, quoique Sir A. Garrod n'ait pas pu trouver l'acide urique dans le sang des malades en pleine attaque, M. Haig est cependant convaincu que c'est tou-

jours à ce produit qu'il faut attribuer l'origine de cette affection. Il n'en veut pour preuve que l'excellent effet du salicylate dans le traitement du rhumatisme, et que les effets funestes d'une alimentation exagérée.

E. R.

SCÈNES DE LA VIE MÉDICALE, par M. le docteur Jules CYR, médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy. — Paris, 1888. J.-B. Baillières et fils.

Il est difficile d'écrire avec plus de verve et d'esprit que ne l'a fait M. J. Cyr le récit humouristique des diverses circonstances dans lesquelles peut se trouver un médecin... plus ou moins fantaisiste. Plusieurs des récits que contiennent ces scènes de la vie médicale sont très amusants à lire et de nature à distraire, le soir, nos confrères fatigués par une journée de travail professionnel. Sont-ils bien tous photographiés d'après nature les médecins dont M. J. Cyr nous trace le tableau? Je n'oserais l'affirmer. Mais, parmi les scènes qui intéressent plus spécialement les journalistes médicaux, il en est au moins une qui nous a bien fait rire. Nous n'avons pas à la citer plus explicitement. Cherchez, lecteur, et vous n'aurez pas perdu votre peine en lisant les autres chapitres du livre que nous adresse notre distingué confrère.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours d'histologie.* — M. le professeur Mathias-Duval commencera ce cours le jeudi 8 novembre 1888, à cinq heures (grand amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Objet du cours : les tissus conjonctifs, cartilagineux et osseux ; les éléments de la génération ; le système nerveux.

Cours de physique médicale. — M. le professeur Gariel commencera ce cours, le lundi 12 novembre 1888, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Objet du cours : phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Dieulafoy commencera ce cours le mardi 13 novembre 1888, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours de clinique médicale. — M. le professeur Potain commencera le cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 6 novembre 1888, à dix heures, et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure.

— M. le professeur G. Sée commencera à l'Hôtel-Dieu son cours de clinique, le lundi, 12 novembre 1888, à neuf heures et demie, et le continuera tous les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours de clinique chirurgicale. M. le professeur Le Fort, commencera son cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker, le mardi 13 novembre 1888, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Trélat commencera son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, le mercredi 14 novembre 1888, à dix heures.

Cours de médecine opératoire. — M. le professeur Duplay commencera son cours de médecine opératoire le mardi 13 novembre 1888, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur Laboulbène commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 15 novembre 1888, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Cours de clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le professeur Tarnier commencera son cours de clinique d'accouchements et de gynécologie, le samedi 10 novembre 1888, à neuf heures du matin (Clinique d'accouchements, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred Fournier commencera ce cours à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 16 novembre, à neuf heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

ÉCOLE PRATIQUE (amphithéâtre n° 2). — M. le docteur Galezowski recommencera son cours sur les maladies des yeux le mardi 13 novembre prochain, à huit heures du soir et le continuera les mardis suivants à la même heure. Il traitera de la syphilis oculaire et de ses conséquences.

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — Les médecins de cet établissement commenceront le mardi 13 novembre une série de conférences qui auront lieu dans l'ordre suivant :

Le mardi, à deux heures. Docteur Abadie : Clinique et opérations.

Le jeudi, à trois heures. Docteur Valude : Optique physiologique, théorie et pratique.

Le vendredi, à une heure. Docteur Trousseau : Thérapeutique usuelle. Opérations.

Le samedi, à deux heures. Docteur Chevallereau : Ophthalmoscopie clinique, exercices ophthalmoscopiques.

SERVICE MÉDICAL DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS. — Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le service médical des asiles d'aliénés :

M. le docteur Maret, directeur-médecin de l'asile d'Auch, est promu à la classe exceptionnelle de son grade.

MM. les docteurs Cullerre, directeur-médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon, et Langlois, médecin en chef de l'asile de Maréville, sont promus à la première classe de leur grade.

MM. les docteurs Germain Cortyl, directeur-médecin de l'asile d'Alençon, et Boubila, médecin en chef de l'asile de Marseille, sont promus à la deuxième classe de leur grade.

M. le docteur Lemoine, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul, est promu à la première classe de son grade.

M. le docteur Guyol, médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares, est nommé directeur-médecin de l'asile de Châlons, en remplacement de M. Henry Bonnet, retraité. Il est promu dans la troisième classe de son grade.

M. le docteur Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif, est promu à la deuxième classe de son grade.

M. le docteur Dubuisson, ancien médecin-adjoint des asiles publics, en disponibilité, médecin en chef de l'asile privé de Leyme, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares, et est placé dans la première classe de son grade.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Daussure (de Saint-Vrain), Jacquet (de Lyon), Mailho (de Bordeaux) et Phélippeaux (de Saint-Savinien).

MORTALITÉ A PARIS (43e semaine, du 21 au 27 octobre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 18. — Variole, 3. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 25. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 210. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs : cancéreuses, 48 ; autres, 6. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 58. — Paralysie, 13. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 69. — Bronchite aiguë, 26. — Bronchique chronique, 40. — Broncho-pneumonie, 23. — Pneumonie, 70. — Gastro-entérite : sein, 16 ; biberon, 41. — Autres diarrhées, 0. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 17. — Sénilité, 35. — Suicides, 14. — Autres morts violentes, 12. — Autres causes de mort, 156. — Causes inconnues, 11. — Total : 996.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

16792. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 14 novembre 1888.

Inauguration de l'institut Pasteur. — *Académie de médecine :* **Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis. — La strophantine et les strophantus.**

Nous venons d'assister à l'inauguration de l'institut Pasteur. Mais, avant de rendre compte de cette belle solennité scientifique et de donner une description sommaire du monument élevé par l'admiration et la reconnaissance de ses contemporains à la gloire de M. Pasteur, nous devons unir nos applaudissements aux acclamations qui viennent de lui prouver l'enthousiasme avec lequel la France sait reconnaître ce qu'elle doit à ses immortels travaux. La découverte de la vaccination anti-rabique est-elle autre chose en effet qu'une glorieuse étape dans la voie scientifique que M. Pasteur a si brillamment parcourue depuis un quart de siècle? Ses recherches sur les fermentations (1863) et les brillantes expériences qu'il a entreprises pour démontrer qu'elles sont dues à la vie d'organismes cellulaires et affirmer dès lors l'inanité des doctrines relatives aux générations spontanées n'ont-elles pas été, de même que ses travaux sur la maladie des vers à soie, le prélude de ces belles études qui ont révolutionné la pathologie et établi sur les bases les plus précises la doctrine des maladies épidémiques et contagieuses? Que faut-il admirer le plus, lorsqu'on parcourt cette longue suite d'œuvres consacrées à l'analyse du genre de vie et du fonctionnement organique des microbes? Est-ce la sagacité de l'expérimentateur qui varie incessamment ses procédés de recherche et les multiplie avec tant d'ingéniosité pour arriver à démontrer ce qu'il sait être la vérité, ou le génie du philosophe qui, sans se laisser détourner de la voie qu'il s'est tracée, poursuit avec patience, avec ténacité, avec une rigueur scientifique absolue la série des recherches qui doivent le mener au but qu'il s'est proposé? Certes les travaux qui ont rendu possibles l'atténuation du virus rabique et la vaccination préventive des sujets atteints de rage ont surtout contribué à rendre populaire le nom de M. Pasteur. Mais ils ne sont que la confirmation attendue et prédite à l'avance, que la conclusion nécessaire de ses études sur le charbon, le choléra des poules, le rouget du porc, etc. Et les nouvelles découvertes que l'on fera prochainement à l'institut Pasteur seront dues, elles aussi, à la méthode scientifique inaugurée par l'illustre savant et suivie avec tant de zèle et de compétence par ses savants collaborateurs. Cette méthode n'a-t-elle pas déjà inspiré les travaux de Davaine, d'Alphonse Guérin et de Lister; n'a-t-elle pas conduit M. Pasteur lui-même à la solution de problèmes réputés jusqu'alors comme absolument insolubles? Aussi convient-il d'espérer que l'institut Pasteur, qui va devenir un foyer d'enseignement international, soit largement subventionné, que la souscription publique ouverte depuis quelques années reçoive de nouvelles offrandes et que l'on puisse y convier et y accueillir tous ceux qu'attirera en France la gloire de M. Pasteur et la renommée de ses travaux.

Nous reproduisons plus loin le magnifique discours par lequel M. Pasteur a répondu aux diverses allocutions prononcées successivement par M. J. Bertrand qui, en termes pleins d'élévation et d'émotion communicative, a loué en lui le patriote et le savant, par M. Grancher, qui a rendu compte des travaux de l'Institut français et des Instituts étrangers depuis leur fondation jusqu'à ce jour, enfin par M. Christophle, trésorier de l'œuvre.

Nous tenons également à applaudir aux récompenses décernées, sur la proposition de M. Pasteur, à MM. Grancher et Duclaux, qui ont été promus officiers de la Légion d'honneur, et à M. Chantemesse, qui a été nommé chevalier.

— L'Académie a accueilli par une approbation unanime la lecture du remarquable rapport, si bien pensé et si bien écrit, lu par M. Mesnet au nom de la commission du prix Falret. Nous aurions aimé à relever tout de suite, dans cet important travail, les considérations relatives au diagnostic différentiel de la paralysie générale proprement dite et des pseudo-paralysies générales dues à diverses lésions syphi-

litiques du cerveau. Mais nous préférons laisser à notre collaborateur, M. Ritti, qui a déjà écrit sur ce sujet (*Gaz. hebd.*, 1879, p. 725), un article inspiré par les observations de MM. L. Colin, Foville, Christian, etc., le soin d'exposer en quoi la doctrine des médecins aliénistes français diffère de celle qui a été si brillamment soutenue autrefois par M. le professeur Fournier.

— Le défaut d'espace nous oblige aussi à ne mentionner qu'en quelques lignes la communication de M. G. Sée sur la strophantine et les strophantus. Nous publierons d'ailleurs très prochainement sur ce sujet une Revue de thérapeutique générale, et nous aurons soin, à cette occasion, de faire ressortir les différences qui paraissent exister, au point de vue thérapeutique, entre la strophantine et les strophantus. On ne saurait, en effet, trop prémunir les praticiens contre les tendances exclusives d'une certaine école qui prétend aujourd'hui, sous prétexte de simplification, substituer toujours les alcaloïdes aux autres médicaments tirés des plantes dont on les extrait. Les recherches de M. G. Sée lui ont montré, en effet, les différences d'action qui existent, au point de vue physiologique, aussi bien qu'au point de vue thérapeutique, entre la strophantine et les strophantus. La première nous a paru être souvent dangereuse, alors que la teinture de strophantus peut rendre les plus grands services chez les cardiaques et même, bien qu'on ait soutenu récemment le contraire, dans certaines albuminuries avec diminution notable de la sécrétion urinaire. Mais il faut, pour réussir, avoir soin, comme l'a fait remarquer M. Dujardin-Beaumetz, de faire usage d'un médicament aussi pur que bien dosé. Et c'est là ce qu'il fallait immédiatement faire connaître à tous les praticiens.

HYGIÈNE

Des hôpitaux-baraques russes et en particulier de l'hôpital-baraque Alexandre de Saint-Pétersbourg.

Un récent voyage que je viens de faire m'a permis d'étudier l'installation de quelques établissements hospitaliers et le fonctionnement des centres d'instruction médicale en Russie. J'ai tiré de cette étude quelques enseignements dont notre pays, je crois, peut profiter; aussi je me propose d'examiner ici dans deux articles successifs, d'abord l'organisation des hôpitaux, puis celle de l'enseignement médical. Ce premier article sera consacré à l'étude des hôpitaux-baraques et en particulier de l'hôpital-baraque Alexandre de Saint-Pétersbourg. Mais, avant d'entrer dans le cœur même de mon sujet, je dois dire quelques mots sur l'organisation générale des hôpitaux de Saint-Pétersbourg.

La municipalité de cette ville dispose de 4500 lits, distribués dans un grand nombre d'hôpitaux, dont les plus importants sont l'hôpital Obouchowska qui renferme 1000 lits et l'hôpital Kalinkinska qui en renferme 950. La ville dépense annuellement près de 6000000 de francs (1500000 roubles) pour ses hôpitaux et le prix de revient par malade est de 3 fr. 20 (80 copecks) par jour. Mais ce n'est là qu'une partie des établissements hospitaliers de Saint-Pétersbourg; des fondations particulières ont créé de leur côté un grand nombre d'hôpitaux, parmi lesquels on doit surtout citer celui de la princesse Marie qui renferme 500 lits, l'hôpital des dames de la Croix-Rouge, hôpital-baraque très bien organisé, et enfin l'hôpital de la communauté de Saint-Georges qui renferme aussi des baraques modèles.

Les hôpitaux de la ville, comme ceux de fondation particulière, sont tous dirigés par des médecins en chef, qui sont à la fois les directeurs et les administrateurs de ces établissements. Ce sont eux qui signent toutes les dépenses, surveillent la cuisine et sont responsables de tout ce qui se passe à l'hôpital. Le plus souvent, le rôle d'administrateur l'emporte sur celui de médecin et le plus grand nombre de ces médecins en chef n'ont pas de service médical. Le service médical proprement dit est fait par des médecins en chef et des médecins adjoints auxquels se joignent des internes qui sont tous médecins. Il y a des services de médecine et des services de chirurgie, auxquels s'adjoignent quelquefois des sections spéciales de gynécologie et d'accouchements.

A ce personnel médical sont ajoutés des infirmiers en chef (*feltschers*), qui sont chargés de faire les pansements et qui ont sous leurs ordres les infirmiers ordinaires. Ces *feltschers* reçoivent un enseignement médical assez étendu. A propos de ces pansements, je ferai observer que dans tous les hôpitaux on ne les fait jamais dans la salle des malades; une salle spéciale y est affectée. De petites tables de bois mobiles permettent de pratiquer facilement ces pansements, quel que soit d'ailleurs le siège de la plaie.

La tenue des salles est confiée à des surveillantes appelées sœurs de charité; ce sont des laïques qui ne demeurent pas à l'hôpital; elles sont ou veuves ou demoiselles et abandonnent leurs fonctions quand elles se marient.

Un pharmacien en chef est attaché à chaque hôpital; il a sous ses ordres un certain nombre de pharmaciens pour la préparation des divers médicaments des malades de l'hôpital et de ceux de la consultation. Mais ces pharmaciens ne suivent pas la visite; on leur transmet les cahiers de visite, qui sont tenus par les infirmiers en chef.

Les gardes sont faites par trois médecins assistants, l'un chargé de la médecine, l'autre de la chirurgie, le troisième reçoit les malades dans la journée et surveille ce qui se passe à l'hôpital.

Quand j'aurai dit que les étudiants en médecine ne suivent pas les hôpitaux et que seuls les médecins qui veulent faire des travaux spéciaux peuvent suivre la visite des médecins, j'aurai résumé en quelques mots les points les plus saillants de l'organisation hospitalière de Saint-Pétersbourg.

Ces hôpitaux ne sont pas tous de construction récente; les uns ont été établis dans des bâtiments destinés d'abord à un autre usage, d'anciennes casernes par exemple; d'autres ont été établis sur d'anciens modèles et ils ne présentent avec nos hôpitaux aucune différence, si ce n'est leur appropriation au climat rigoureux de la ville. Je ferai remarquer que ces établissements sont extrêmement bien tenus, que l'antisepsie médicale et chirurgicale y est faite avec une extrême rigueur et qu'enfin grâce à la surveillance des médecins en chef, la nourriture y est de beaucoup supérieure à celle de nos hôpitaux, par la variété et le choix des aliments. Je ne ferai à tous ces hôpitaux qu'un seul reproche, c'est l'étroitesse extrême des lits qui sont trop bas et surtout trop étroits.

Mais ce qui constitue le point le plus original et le plus important de cette organisation particulière, ce sont les baraques en bois et en particulier les hôpitaux-baraques de construction relativement récente. Dans les anciens hôpitaux, il existe des hôpitaux d'été et des hôpitaux d'hiver; les premiers sont surtout constitués par des baraques élégamment construites qui n'offrent rien cependant de bien particulier. Mais cette organisation, qui fait passer les malades dans des salles différentes en été et en hiver, a le grand avantage de permettre de nettoyer avec soin les salles lorsqu'elles sont évacuées. D'hôpitaux temporaires les baraques sont devenues bientôt hôpitaux définitifs, et le modèle de ces hôpitaux-baraques, qui peut et doit désormais servir de type à des constructions semblables, est l'hôpital-baraque Alexandre et c'est sur lui surtout que je veux insister.

C'est l'illustre chirurgien Pirogoff qui l'un des premiers a montré tous les bénéfices que l'on pouvait tirer des constructions en bois pour les hôpitaux. Pour lui, ces constructions ne devaient être que passagères et au bout de dix ans on devait les brûler. En 1872, Berthenson met en pratique les préceptes de Pirogoff en établissant pour l'hôpital des dames de la Croix-Rouge des baraques qui ont servi depuis de modèles pour d'autres constructions.

De son côté, le professeur Dobroslawin, qui est un des médecins russes qui a fait le plus pour l'hygiène hospitalière, a montré tous les avantages de ce système de baraques; il veut qu'elles soient d'un seul étage, élevé du sol de façon à permettre une ventilation suffisante sous les salles; il veut de plus que l'éclairage soit bilatéral et que des lanternes avec châssis mobile pour la ventilation soient placées au plafond.

Mais c'est surtout à l'insistance du professeur Botkine, curateur des hôpitaux de Saint-Pétersbourg, que l'on doit la construction la plus complète en ce genre et c'est sous sa haute direction qu'a été construit l'hôpital-baraque Alexandre, que l'on peut considérer comme un type aussi complet que possible d'un hôpital répondant à toutes les exigences de l'hygiène.

Commencé en 1880 sur les plans de l'architecte Sokoloff, cet hôpital fut ouvert le 17 avril 1882. Une commission avait fixé d'une façon rigoureuse les conditions que devait remplir cet hôpital et l'on étudia avec grand soin l'emplacement qu'il devait occuper. Le docteur Archanguelski fit une étude approfondie du sol et sous sa direction un drainage de tout ce sol fut fait d'une façon très complète.

On trouvera dans la thèse d'un de mes élèves, le docteur Loris Mélikoff (*Considérations sur les hôpitaux de Saint-Pétersbourg*. Thèse de Paris, 1888), les points les plus importants des différents rapports qui furent faits à ce sujet.

La somme consacrée à cet hôpital fut de 2000000 de francs (500000 roubles). Cet hôpital renferme 250 malades, qui sont distribués dans 22 baraques, dont 20 sont affectées aux malades et 2 aux convalescents; des bâtiments servant à l'administration, d'autres à la désinfection; des laboratoires, des cuisines, une vacherie, complètent l'ensemble de cet hôpital, que l'on peut apprécier par le plan ci-joint (voy. fig. 1.)

Toutes les baraques destinées aux malades sont, comme on le voit, isolées les unes des autres. Elles sont toutes construites sur un type uniforme, sauf les deux baraques destinées aux convalescents. Toutes les baraques du côté droit sont occupées par les hommes; celles du côté gauche par les femmes.

Si maintenant nous entrons dans le détail de chaque baraque, elle se présente sous un aspect assez élégant, qui rappelle celui des constructions russes. Elevée du sol, elle se compose essentiellement d'une salle de malades et d'un bâtiment annexe qui ne fait qu'un avec la baraque, et qui renferme une antichambre, une salle de bains, une cuisine, un cabinet pour la surveillante et des cabinets d'aisances.

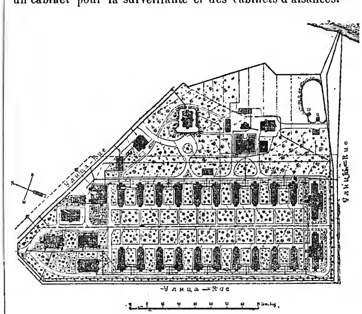


Fig. 1. — Plan de l'hôpital-baraque Alexandre.

Deux escaliers, situés aux deux extrémités de la baraque, sont placés suivant son grand axe.

De chaque côté, cinq fenêtres éclairent cette salle, qui ne renferme que douze lits. Trois lanternes placées sur le toit avec des vasistas mobiles permettent de ventiler cette pièce; mais cette ventilation est surtout faite par quatre poêles placés aux deux extrémités de la salle; les dessins ci-joints montreront beaucoup mieux que je ne pourrais le dire la disposition générale de chacune de ces baraques (voy. fig. 2, 3, 4, 5).

Cette disposition est un peu différente pour les baraques de convalescents; ici la baraque est double et la partie centrale est occupée, outre le service général, par une grande salle qui sert à la fois aux repas des malades et de lieu de récréation. Cette habitation est encore complétée par une véranda, qui donne sur cette salle et où les convalescents peuvent se promener à l'abri de la pluie.

Le bâtiment central a deux étages et l'étage supérieur est réservé au personnel des infirmiers. Encore ici les dessins que je mets sous les yeux du lecteur, compléteront la description que je viens de faire et lui permettront de saisir rapidement le dispositif de ces baraques de convalescents qui renferment trente lits, quinze pour chacune des salles (voy. fig. 6, 7, 8, 9).

Qu'il s'agisse des baraques pour convalescents ou des baraques pour malades, les dispositions générales de la construction sont les mêmes, c'est-à-dire que leurs parois sont en bois plein, que leur intérieur est recouvert d'une couche de plâtre, qui reçoit une peinture très vernissée, de sorte que les parois sont extrêmement lisses et

imperméables. Le sous-sol n'est jamais occupé, sauf toutefois par deux tonneaux, qui reçoivent les matières fécales, qui de là vont se perdre dans le sol. Dans certains hôpitaux, comme à l'hôpital des dames de la Croix-Rouge, avant cette dispersion les matières sont mélangées avec des substances désinfectantes.

Voici la composition du mélange employé par Berthenson:

	kil.
℞ Sulfate de fer............	19,500
Sulfate de cuivre..........	1,100
Sulfate de zinc............	4,900
Sulfate de magnésie.......	2
Acide acétique............	2,500
Eau......................	125 litres.

Chaque litre de cette solution est étendu avec 9 litres d'eau.

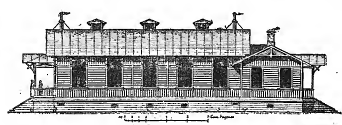


Fig. 2. — Élévation.

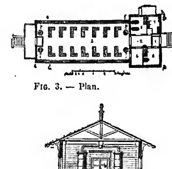


Fig. 3. — Plan.

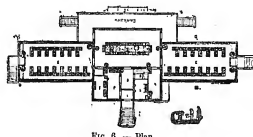


Fig. 4. — Façade.

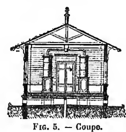


Fig. 5. — Coupe.

Baraque pour les malades.

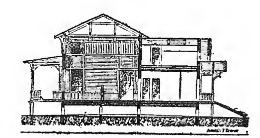


Fig. 6. — Plan.

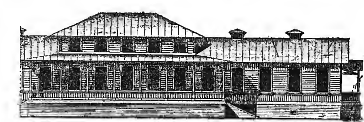


Fig. 7. — Élévation.

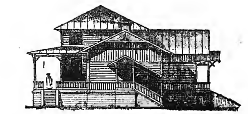


Fig. 8. — Coupe.

Fig. 9. — Façade.

Baraque pour les convalescents.

La ville de Saint-Pétersbourg en effet n'a pas d'égout; construites sur pilotis à l'embouchure de la Néva, les habitations de cette ville envoient toutes dans le sol leurs matières fécales. Nous verrons tout à l'heure comment le docteur Wassilieff, dans le cas d'épidémie, détruit la virulence des matières fécales à l'aide d'un appareil spécial.

Toutes les fenêtres des baraques sont, comme celles des habitations russes, doubles, et quand les grands froids surviennent, ces doubles fenêtres sont très exactement fermées et ne s'ouvrent pas de tout l'hiver. Malgré cette fermeture hermétique, la ventilation est très parfaite, grâce aux quatre poêles situés dans chaque salle, qui font un appel énergique d'air par la double enveloppe qui entoure leur cheminée et par des cloisons à hauteur d'appui, distantes du mur de 10 centimètres et qui sont placées à chaque fenêtre; l'air froid est attiré dans cet espace vide par les poêles.

Mais ce sont surtout les lanternes placées à la partie supérieure de la pièce, qui permettent de modifier l'air de la salle. Le docteur Berthenson a fait à cet égard de curieuses observations à l'hôpital des dames de la Croix-Rouge, sur la faible influence qu'a sur la température l'ouverture des vasistas placés à la partie supérieure

des salles de malades. Pendant les hivers de Saint-Pétersbourg, quand la température est à — 20 degrés et que les poêles maintiennent dans les salles une température extérieure de 17 degrés, il faut près de quatre heures pour abaisser de 1 degré la température générale de la salle lorsque tous les vasistas sont largement ouverts.

Les Russes aiment beaucoup la couleur blanche et c'est cette couleur qui domine dans les salles. La peinture vernissée qu'ils emploient pour revêtir leurs murs, donne aux chambres des malades un grand aspect de propreté et de clarté. Le sol est lui-même revêtu d'une couche imperméable d'huile grasse vernissée; dans certains cas, il y a de l'asphalte et même j'ai vu des salles d'opérations où pour rendre l'imperméabilité du sol absolue, le plancher était recouvert de zinc.

Les lits sont en fer; ils sont très étroits et un peu bas. La literie se compose d'un sommier constitué par une toile métallique tendue sur des ressorts, d'un matelas en paille et de deux oreillers de paille.

Sauf dans la baraque des convalescents les malades mangent dans la salle.

Le service de la désinfection est admirablement organisé à l'hôpital Alexandre; elle est confiée à un médecin spécial, le docteur Kroupine, qui a sous ses ordres un personnel composé d'assistants et d'infirmiers exclusivement chargés de ce service. Cette désinfection porte sur les objets, sur les salles, sur les vêtements et sur les matières fécales. Pour la désinfection complète d'une salle, on l'évacue, puis à l'aide d'une pompe à pression, munie d'une lance, on inonde toutes les parois de la salle, plafond, murs et plancher, d'une solution au sublimé au millième; tous les objets meublants, lits, chaises, tables de nuit, subissent aussi l'action du sublimé; quant aux objets de literie, matelas et autres, ils sont portés à l'étuve.

C'est aussi à cette étuve qu'arrivent tous les vêtements; cette étuve, qui sert à toute la population de Saint-Pétersbourg, qui peut y adresser les objets à désinfecter, est située dans un bâtiment spécial à deux étages: au rez-de-chaussée se trouve une étuve à désinfection à vapeur sous pression, copiée sur le modèle de Geneste et Herscher, mais inférieure à ce dernier, et une chambre à désinfection chimique; la partie supérieure, à parois à claire-voie et où la ventilation est aussi complète que possible, reçoit les vêtements après la désinfection.

Comme la fourrure joue un rôle considérable dans l'habillement russe et comme ces fourrures ne peuvent subir l'action de la vapeur sous pression, c'est dans la chambre à désinfection chimique que sont portés tous ces vêtements, ainsi que les souliers et les gants; ce sont les vapeurs de chlore que l'on utilise dans cette chambre à désinfection. Enfin dans le sous sol de ce bâtiment à désinfection se trouve un appareil fort ingénieux imaginé par le docteur Wassilieff où les matières fécales subissent l'action de la vapeur sous pression avant de se diffuser dans le sol.

Je dirai peu de chose des laboratoires qui complètent si heureusement cet hôpital-baraque; j'y reviendrai quand je m'occuperai de l'enseignement médical. Mais je signalerai tout particulièrement une innovation fort heureuse, c'est la construction d'une étable, qui permet d'avoir du lait parfaitement pur pour les malades; on sait en effet que le professeur Botkine est un de ceux qui a le plus fait pour signaler les avantages du régime lacté dans les maladies. Je terminerai ce court résumé en signalant le fonctionnement de l'hôpital. Lorsqu'un malade est admis, avant de pénétrer dans les salles on le déshabille complètement, on le baigne et à sa sortie du bain on le revêt de linge et de vêtements appartenant à l'hôpital, pendant que ceux qu'il a quittés sont portés à l'étuve. Toutes ces opérations se passent dans le bâtiment de réception placé à l'entrée de l'hôpital. La maladie dont ce malade est porteur est elle reconnue dès son entrée; dans ce cas on l'envoie directement à une des baraques où ces malades sont réunis. Chaque baraque, en effet, reçoit des malades spéciaux : l'une est affectée à la fièvre typhoïde, l'autre à la scarlatine, une autre aux affections aiguës des poumons, etc. Lorsque au contraire le diagnostic est incertain, on le place dans une salle dite d'attente où l'on suit le malade, et, lorsque le diagnostic devient positif, il est envoyé à la salle qui lui est définitivement destinée.

Quand les malades sont entrés en convalescence, on les place alors dans les baraques dont j'ai parlé, et qui sont situées à l'extrémité de l'hôpital.

Cette division de l'hôpital-baraque, en constructions isolées ne renfermant que douze malades, réclame un personnel très nombreux. On ne sera donc pas étonné que pour les 250 malades qui y sont traités, le personnel appelé à les soigner se compose de 198 personnes, dont 16 femmes-*feltscher*, 17 sœurs de charité, 82 domestiques, 68 veilleuses, blanchisseuses, etc. Tout ce personnel est logé dans des bâtiments à part.

Mais il faut reconnaître que les résultats obtenus sont remarquables et, pour bien les apprécier, nous prendrons la maladie pour laquelle les soins hygiéniques et personnels ont une influence décisive au point de vue du traitement, je veux parler de la fièvre typhoïde. J'invoquerai ici les statistiques si intéressantes fournies par mon élève Louis Méliwoft. De 1882 à 1887, il est entré à cet hôpital 3828 malades atteints de fièvre typhoïde; il en est mort 245, ce qui fait une mortalité de 6,4 pour 100. Notons, à ce propos, que la méthode des bains froids n'est pas employée à Saint-Pétersbourg et qu'on y traite la dothiénentérie par la médication symptomatique dont j'ai été un des plus actifs défenseurs; je signale ce fait à l'attention de nos confrères de Lyon. Si nous comparons cette mortalité à celle de Paris, voici ce que nous observons : à Paris, de 1882 à 1888, les hôpitaux ont reçu 22 049 malades atteints de fièvre typhoïde; il y a eu 3458 décès, ce qui fait une mortalité de 15,6 pour 100. Ces deux chiffres, 15,06 pour Paris et 6,5 pour l'hôpital-baraque Alexandre, montrent mieux que ne pourraient le faire tous les raisonnements, l'excellence des mesures hygiéniques prises dans cet hôpital. On ne sera donc pas étonné que ce système de baraques se répande de plus en plus en Russie et à Charkoff, à Kieff, à Kalouga, à Riga, à Peterhof, à Lioubanne on construit en ce moment des hôpitaux-baraques sur le modèle de l'hôpital Alexandre.

Aussi ma conclusion est-elle formelle : il faut que Paris suive l'exemple qui nous est donné par les capitales étrangères, et en particulier par Saint-Pétersbourg; il faut que nous construisions à notre tour un hôpital conforme aux préceptes de l'hygiène moderne, véritable hôpital modèle et qui serve de type à des constructions analogues.

Le don de la généreuse bienfaitrice qui vient de mourir laissant une grande partie de sa fortune à la ville de Paris, permet de réaliser cette tentative, et l'hôpital Boucicaut devra prendre pour modèle l'hôpital-baraque Alexandre, tout en appropriant ses baraques à notre climat et à nos habitudes.

J'avais pensé, à ce propos, qu'une galerie circulaire réunissant tous ces pavillons isolés réaliserait une grande commodité pour le service. Cette opinion a été longuement débattue à Saint-Pétersbourg, et l'opinion qui veut l'isolement complet de chaque baraque a prévalu. En effet, cet isolement empêche les contages et réduit à leur minimum les dangers de propagation des maladies infectieuses et virulentes.

Quelles que soient les modifications que l'on apporte à ce plan primitif, il est urgent d'aviser. N'oublions pas, en effet, que lors des grands concours internationaux qui vont avoir lieu l'année prochaine à l'occasion de l'Exposition universelle, Paris, malgré les sommes énormes consacrées à l'Assistance publique, ne peut montrer aux étrangers aucun hôpital établi sur les bases rigoureuses qu'exige l'hygiène de nos jours, et nous en sommes réduits à conseiller aux étrangers qui nous demanderont les types de nos hôpitaux, d'aller soit au Havre, soit surtout à Montpellier, visiter les établissements hospitaliers construits par ces deux villes.

Il faut que la ville de Paris ne reste pas ainsi en retard sur les diverses capitales de l'Europe, et que tous ceux qui ont quelque souci de la chose publique fassent converger leurs efforts vers ce but humanitaire, *la construction d'un hôpital répondant à tous les besoins de l'hygiène*, et, je le répète en terminant, le meilleur type à adopter me paraît être celui que je viens de décrire.

Dujardin-Beaumetz,
Membre de l'Académie de médecine.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique médicale.

D'un nouveau mode de traitement curatif et prophylactique du choléra asiatique. — Du bichlorure de mercure, considéré comme vaccin chimique anticholérique, par M. le docteur A. Yvert, médecin-major à l'École d'application de l'artillerie et du génie.

(Fin. — Voyez les numéros 44 et 45.)

Une première remarque indiscutable, est celle-ci : c'est que toutes les diarrhées cholériformes sont jugulées dans un laps de temps relativement très restreint, vingt-quatre heures, trente-six heures, quarante-huit heures, au grand maximum. La modification porte tout d'abord sur les sécrétions intestinales qui, après l'absorption de quelques cuillerées seulement de la potion hydrargyrique, changent totalement de nature et diminuent d'une manière très rapide; elles sont moins fréquentes, moins abondantes, moins séreuses et perdent surtout ce caractère particulier qui les a fait comparer à une véritable décoction de riz ; peu à peu elles prennent une certaine consistance, deviennent pâteuses et se colorent insensiblement. Ordinairement, après deux potions, trois au plus, la constipation survient. En même temps, l'état général présente une amélioration proportionnelle ; le facies paraît moins grippé ; les yeux moins excavés, le refroidissement des extrémités devient moins prononcé, l'algidité a une tendance à disparaître, et le contact de la peau ne donne plus cette sensation spéciale de viscosité, si caractéristique de l'attaque, même à ses débuts. Une certaine tendance à la réaction se produit et le malade lui-même ne tarde pas à accuser cette amélioration, en disant qu'il se sent moins mal. Les progrès vont en s'accentuant de plus en plus, sans secousses, sans réaction exagérée ; et en quelques jours les malades sont complètement rétablis. Dans la plupart des cas, les Annamites quittaient l'hôpital vers le septième ou le huitième jour, pour reprendre leur service.

Les modifications observées chez les malades de la deuxième catégorie, pour être moins rapides, n'en étaient pas moins appréciables, et se produisaient dans le même ordre et de la même manière; elles portaient également d'abord sur l'état local, puis sur l'état général. A cette différence près, qu'il fallait administrer une dose plus considérable du médicament, et en poursuivre plus longtemps l'emploi pour arrêter la marche ordinaire de l'affection et se rendre maître de la situation. La convalescence elle-même a toujours été beaucoup plus lente et le rétablissement beaucoup plus long à obtenir. Il était facile de constater qu'il y avait une imprégnation plus profonde de l'économie par le microbe pathogène, et qu'une dose plus forte de l'agent microbicide était indispensable pour l'atteindre jusque dans ses derniers retranchements.

Il n'est pas jusqu'aux cholériques les plus gravement atteints, même ceux qu'on nous envoyait en pleine période algide, avec tous les caractères de l'accès foudroyant, qui n'aient retiré un bénéfice réel de l'emploi du sublimé ; et nous avons fait, dans tous les cas, la remarque suivante : à savoir, que chez tous ceux qui ont eu le temps d'absorber quelques cuillerées de la potion, est survenue une amélioration rapide; et que, s'ils n'ont pas tous été sauvés, chez tous du moins il y a eu un mieux notable, et la mort n'est survenue qu'au bout de quelques jours, par le fait de complications, alors même qu'elle paraissait absolument imminente. Il ne semble pas douteux qu'il y ait eu, dans tous les cas, comme un arrêt dans l'intoxication suraiguë, et que les microbes pathogènes aient subi, à un certain degré, l'action du médicament, qui a été administré trop tard pour en opérer la destruction complète.

L'inconvénient le plus grave, dans ces cas à marche rapide ou foudroyante, est la fréquence et l'intensité des vomissements qui empêchent le plus souvent l'administration et l'absorption du sublimé par les voies digestives ; mais il y a un moyen bien simple de parer à cette objection et à cette difficulté, moyen éminemment pratique, et que nous n'hésiterions pas un instant, le cas échéant, à mettre en application ; nous voulons parler des injections hypodermiques de bichlorure de mercure, qui nous paraissent répondre à toutes les indications. Notre conviction n'était pas encore assez arrêtée à cette époque pour oser recourir à cette méthode ; mais, actuellement, nous nous considérerions comme n'ayant pas épuisé toutes les ressources de la thérapeutique, si nous négligions cette dernière tentative.

Il est bien entendu que dans toutes les observations de notre statistique, indépendamment de ce traitement, que nous considérons comme pathogénique, et qui a pour but de détruire à l'intérieur même de l'économie le microbe du choléra, nous avons eu recours simultanément au traitement symptomatique ordinaire, mais à titre purement auxiliaire, et dans le but seul de donner au sel mercurique le temps de produire ses effets microbicides.

Tous ces moyens thérapeutiques, en effet, nous ne saurions trop le répéter, sont certainement fort utiles et peuvent rendre les plus grands services en diminuant, parfois même en supprimant complètement, un symptôme très gênant ou mortel à bref délai ; mais ils ont le grave inconvénient de ne s'adresser qu'à une manifestation et non à la cause elle-même de la maladie. Aussi, la plupart ne font-ils que déterminer une amélioration plus ou moins durable, et retarder d'autant le terme fatal. Ils aident bien momentanément le malade à lutter contre la mort; mais ils sont malheureusement incapables par eux-mêmes de l'arracher au trépas.

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas là une quantité négli-

geable; et comme dans une affection aussi grave que le choléra, il faut savoir user de toutes armes dont on dispose, nous avons toujours et constamment employé ces moyens auxiliaires :

Le réchauffement, au moyen de l'appareil spécial à air chaud, contre la tendance au refroidissement général; et, à son défaut, les boules d'eau chaude ou les briques chaudes;

Les injections sous-cutanées d'éther, dans les cas d'adynamie profonde et d'irrégularité ou de faiblesse trop prononcée des battements de cœur;

Les frictions à l'alcool camphré ou à l'essence de térébenthine contre les crampes;

L'enveloppement dans le drap mouillé contre les accidents nerveux; dans le cas de surexcitation violente ou de phénomènes ataxo-adynamiques;

Le nitrate de potasse, à la dose de 4 à 6 grammes par jour, pour combattre l'anurie;

Les larges vésicatoires volants ou les pointes de feu, au creux épigastrique, et au niveau des insertions du diaphragme, contre la barre épigastrique;

Le thé et le café alcoolisés chauds, chez tous les malades, bien entendu, qui pouvaient le supporter, et quand ces stimulants ne provoquaient pas de vomissements. Dans le cas contraire, la glace associée au champagne; plus rarement à la bière.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'essayer les injections intra-veineuses ou sous-cutanées, n'ayant à notre disposition ni les aides, ni les instruments nécessaires. Par contre, nous avons renoncé d'une façon presque définitive à la potion généralement administrée d'acétate d'ammoniaque et d'éther, à laquelle nous faisons le grave reproche d'être fort mal supportée par la plupart des malades et de provoquer bien souvent des nausées et des vomissements.

Action préventive du bichlorure de mercure, considéré comme vaccin chimique du choléra (1). — Étant donnés les résultats que nous avions obtenus par l'administration de la liqueur de Van Swieten dans les différentes formes du choléra que nous avons admises précédemment, et surtout les succès presque certains enregistrés dans tous les cas de diarrhée cholériforme à sa première période; ce qui semblait démontrer, de la façon la plus nette, l'action microbicide exercée par le bichlorure de mercure sur l'agent pathogène du choléra; nous nous sommes tout naturellement tenu le raisonnement suivant, qui nous a conduit tout droit à l'emploi de ce médicament comme moyen préventif, autrement dit et pour nous servir de l'expression technique aujourd'hui consacrée, comme vaccin chimique du choléra. Nous nous sommes dit, en effet : puisque le sublimé possède la propriété, après son ingestion dans le tube digestif, et après son absorption dans le liquide sanguin, de détruire les bacilles, qui existent, tant dans l'estomac, dans l'intestin, qu'à l'intérieur du courant circulatoire; ne pourrait-on pas, par l'administration préalable de cet agent chimique, par l'imbibition de tous les tissus de l'économie au moyen de ce sel mercurique, antérieurement à la pénétration du bacille; ne pourrait-on pas prévenir le développement de cet animalcule, le détruire sur place, au moment même de son invasion, dans le cours d'une épidémie; ne pourrait-on pas, en un mot, rendre le milieu humain impropre à la culture, à l'ensemencement du microbe pathogène? Cette idée paraissait d'autant plus juste que c'est, en effet, ce qui se passait sous le champ du microscope dans les expériences auxquelles nous avons fait allusion plus haut, et qui nous ont amené à utiliser le sublimé contre le choléra.

Partant de là, et comme la clinique seule pouvait nous démontrer l'exactitude ou la fausseté de ces données purement théoriques; comme, d'autre part, il avait été suffisamment prouvé par nos résultats antérieurs que l'administration prudente et modérée de la liqueur de Van Swieten était absolument inoffensive; qu'elle ne pouvait, en admettant même qu'elle fût complètement inutile, aggraver en rien la situation; nous avons établi, en principe, à l'hôpital de Nam-Dinh, depuis les premiers jours du mois de mai 1887, le précepte d'administrer rigoureusement, tant que nous avons eu des cas de choléra dans la place, la potion hydrargyrique, à titre purement prophylactique, à tous les malades, tels que les diarrhéiques, les dysentériques chroniques, les cachectiques de toute nature, dont les affections paraissaient les prédisposer aux atteintes de l'épidémie, et qui antérieurement à ce mode d'intervention étaient les victimes désignées à l'avance de ce terrible fléau. Nous avons eu, comme nous l'espérions, le bonheur de voir le succès couronner nos tentatives; car, à dater de l'application rigoureuse de ce procédé, nous n'avons plus eu à constater un seul cas intérieur, à l'hôpital de Nam-Dinh, sur les nombreux malades atteints de diarrhée, de dysenterie ou de cachexie palustre, qui ont fait usage de ce moyen préventif. Et nous avons la conviction absolument intime d'avoir ainsi prévenu bien des cas de contagion.

L'expérience, qui nous paraît la plus démonstrative sous ce rapport, est celle que nous avons eu l'occasion de faire, non plus *in anima vili*, mais sur l'homme lui-même; voici dans quelles circonstances instructives et intéressantes au plus haut degré. Au moment où nous venions de nous rendre complètement maître de l'épidémie dans la place de Nam-Dinh, et où tout cas suspect avait déjà disparu depuis longtemps, nous recevons de notre collègue de Thanh-Hoa, où le choléra sévissait encore avec une grande intensité, une dépêche nous annonçant l'évacuation sur l'hôpital de Nam-Dinh de treize malades, tous plus cachectiques, plus épuisés les uns que les autres, et qu'il voulait éloigner, à tout prix, du foyer d'infection cholérique. Nous aurions bien désiré voir loin du poste que nous avions pris tant de peine à purifier, un convoi aussi certainement contagionné, et qui allait, selon toute probabilité, ramener l'ennemi dans la place. Mais, comme les pauvres patients étaient déjà embarqués quand la dépêche nous était arrivée, il ne nous restait que la seule ressource de mettre ces malades en observation, pendant quelques jours, avant de leur donner libre pratique. Et comme nous pouvions justement disposer d'un petit pavillon séparé des autres par une distance assez grande, nous y avons installé les treize malades atteints de diarrhée, de dysenterie chronique et de cachexie palustre, qui nous arrivèrent le 5 juillet 1887, dans la soirée. Tous ces malheureux étaient dans un tel état qu'ils paraissaient des victimes toutes désignées pour l'évolution du microbe pathogène, et que notre inquiétude fut des plus grandes.

Malheureusement, nos craintes n'étaient que trop fondées; car, dès le lendemain, à notre visite du matin, un zouave présentait tous les symptômes de l'attaque la plus violente de choléra, et était enlevé en quelques heures. Ce que voyant, nous n'avons pas hésité un seul instant à administrer immédiatement à tous les autres la potion au bichlorure de mercure, à la dose de 10 grammes de liqueur de Van Swieten, le premier jour, et de 15 grammes pendant les sept ou huit jours qui ont suivi. Or, nous avons la satisfaction de pouvoir dire que pas un de ces hommes, qui paraissaient devoir fournir un terrain si favorable au développement du microbe, n'a été atteint.

Cette simple constatation n'a-t-elle pas toute la valeur d'une véritable expérience de laboratoire? Et n'est-on pas

(1) Bien que l'expression *vaccin chimique* ne soit pas absolument exacte, en ce sens que, rigoureusement parlant, le mot vaccin entraîne avec lui l'idée d'un liquide contenant, plus ou moins transformés, les éléments pathogènes de la maladie qu'il a pour but de prévenir; nous avons cru bon cependant de l'employer ici, par la seule raison, qu'elle rend mieux que toute autre notre pensée, et qu'elle rappelle plus facilement à l'esprit la notion de prophylaxie.

fondé à considérer, à juste titre, le bichlorure de mercure comme un vrai vaccin du choléra? Pour nous, qui n'avons recherché que la vérité, sans parti pris, sans arrière-pensée, notre conviction est intime.

En pareil cas, la potion que nous conseillons est ainsi composée :

Liqueur de Van Swieten.....	10 à 15 grammes.
Rhum vieux................	30 à 40 —
Laudanum de Sydenham.....	20 gouttes.
Eau......................	70 grammes.

A prendre par cuillerée à bouche dans la journée.

Poussant les conséquences de nos expériences jusqu'à leurs dernières limites, on est amené tout naturellement encore à prescrire l'ingestion, à titre purement préventif, du bichlorure de mercure à toutes les personnes, qui, en temps d'épidémie cholérique, sont, par leurs fonctions, par leur séjour au centre du foyer d'infection, plus particulièrement exposées à la contagion. Nous voici dès lors en possession d'un agent préventif d'une grande valeur, à nos yeux, et qui, si nos résultats sont confirmés, nous paraît appelé à un autre avenir que la vaccination préventive, étudiée actuellement, avec tant de talent d'ailleurs, par M. Gamaleïa, d'Odessa.

Car, en dehors de la défiance bien naturelle qui fera hésiter la plupart d'entre nous à se laisser inoculer un vaccin cholérique, si atténué fût-il, nous nous demandons si la méthode est bien rationnelle, qui consiste à introduire dans l'économie un vaccin comme celui du choléra, alors qu'il est amplement démontré par les résultats cliniques qu'une première atteinte de choléra asiatique, loin de donner une immunité quelconque pour l'avenir, prédispose au contraire, d'une façon toute spéciale, à de nouvelles atteintes. Pour notre compte personnel, nous avons eu malheureusement, dans bien des cas, l'occasion de vérifier ce fait d'observation.

10 grammes de liqueur de Van Swieten, pris chaque jour, à la fin du repas du matin, dans un petit verre de cognac ou de rhum, constituent un médicament assurément bien facile à absorber pendant toute la durée d'une épidémie cholérique; et nous ne croyons pas être taxé d'exagération en disant qu'on trouverait bien peu de personnes rebelles à ce mode de vaccination chimique, le jour où ces notions seraient définitivement acquises à la science.

On pourrait même, en mettant à profit les nouvelles expériences sur les injections hypodermiques de poudre de calomel et d'oxyde jaune de mercure, avoir recours à ce mode de traitement préventif, répété trois ou quatre fois, à la dose moyenne de 10 centigrammes, dans le cours d'une épidémie; de manière à maintenir ainsi, pendant toute la durée possible de la contagion, l'économie complètement imprégnée de bichlorure de mercure, et à transformer le corps humain en un milieu absolument réfractaire à la culture du microbe pathogène.

Telles sont, en somme, les réflexions qui nous ont conduit à l'emploi raisonné de cette nouvelle méthode thérapeutique; méthode d'autant plus importante, à notre avis, qu'elle s'adresse à la cause même, au principe de la maladie, et qu'elle peut surtout en prévenir le développement à l'intérieur de l'organisme; qu'elle est, en un mot, non seulement curative, mais encore, et avant tout, préventive.

Tels sont, en second lieu, les résutats cliniques que nous avons obtenus et qui nous paraissent répondre de tous points aux idées théoriques qui nous ont servi de guide.

Nous exposons les unes et les autres en toute sincérité et sans autre prétention que celle de tâcher de nous rendre utile. Tous les faits que nous apportons reposent uniquement sur l'expérience clinique et ont été recueillis en présence de nombreux témoins; nous aurions cru manquer à notre devoir en ne les signalant pas à l'attention de l'Académie de médecine, si bien placée pour en contrôler l'exactitude.

Et maintenant, il ne nous reste plus qu'à conclure en disant :

Conclusions. — 1° Le traitement du choléra asiatique, pour être complet et rationnel, doit être divisé en : *a.* traitement curatif, et *b.* traitement prophylactique; le traitement curatif comprenant lui-même le traitement symptomatique et le traitement pathogénique;

2° Du traitement symptomatique, qui s'adresse à la médecine des symptômes, nous ne disons rien qui ne soit connu;

3° Le traitement pathogénique, au contraire, le seul réellement efficace, s'adresse à la cause même, au principe de l'affection; il doit consister, théoriquement parlant, dans l'administration d'un agent microbicide assez puissant pour aller détruire jusque dans les profondeurs de l'économie le microbe pathogène ;

4° Au point de vue pratique et clinique, le bichlorure de mercure, absorbé sous la forme de liqueur de Van Swieten, paraît répondre absolument à cette indication;

5° Bien plus, cet agent chimique, administré à l'intérieur, avant la pénétration du bacille en virgule, aurait la propriété de faire du corps humain un milieu complètement réfractaire au développement du microbe du choléra;

6° Le bichlorure de mercure paraît donc pouvoir être, à juste titre, considéré comme le véritable vaccin chimique de cette maladie;

7° On pourrait également, en temps d'épidémie, obtenir l'immunité par des injections hypodermiques de poudre de calomel ou d'oxyde jaune d'hydrargyre, qui, par leur transformation lente et permanente en bichlorure, maintiendraient, pendant un temps relativement considérable, l'économie imprégnée de cet agent microbicide par excellence.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1888.

SUR UN CORPS A LA FOIS ACIDE ET BASE, CONTENU DANS LES HUILES DE FOIE DE MORUE : L'ACIDE MORRHUIQUE. Note de MM. *A. Gautier* et *L. Mourgues*. — Après avoir fait connaître dans des notes précédentes les divers alcaloïdes qu'ils ont trouvés dans les huiles de foie de morue fauves, MM. Gautier et Mourgues appellent l'attention sur un acide important à la fois par son abondance relative, par sa double fonction d'acide et d'alcali et par son origine qui se rattache très probablement à l'existence des lécithines végétales. Cet acide, remarquable par l'instabilité de sa combinaison, se sépare lentement et continûment des extraits alcooliques ou aqueux acidulés d'huile de foie de morue, même lorsqu'on les concentre à froid; MM. Gautier et Mourgues lui ont donné le nom d'*acide morrhuique*.

SÉANCE DU 12 NOVEMRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

NOUVELLES EXPÉRIENCES TENDANT A DÉMONTRER L'EFFICACITÉ DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE VIRUS RABIQUE EN VUE DE PRÉSERVER LES ANIMAUX MORDUS PAR DES CHIENS ENRAGÉS. Note de M. *Galtier*. — Après avoir, dès 1880-1881, établi le premier par des expériences sur le mouton et la chèvre, qu'on pouvait conférer l'immunité contre la rage au moyen des injections intraveineuses de virus

rabique, l'auteur a, depuis lors, dans des communications nouvelles démontré que, par ce moyen, les animaux herbivores peuvent être préservés, alors même qu'il s'est écoulé un certain laps de temps après la morsure.

Ces résultats ont été pleinement confirmés par les expériences récentes de MM. Nocard et Roux. La méthode est applicable aux ruminants et aux porcs; elle n'offre aucune difficulté sérieuse dans son application; la matière à inoculer peut être empruntée au chien qui a fait la morsure et il suffit pour l'obtenir de délayer dans de l'eau la substance nerveuse, puis de décanter, après un repos suffisant, ou de filtrer convenablement pour enlever les particules solides qui pourraient amener des accidents dans les vaisseaux. L'injection peut être faite sans qu'on ait à se préoccuper d'éviter la contamination du tissu périveineux, car alors même qu'on le contamine, la réussite ne semble pas moins assurée. C'est donc une méthode aussi facile qu'elle semble sûre. Les résultats qu'elle avait donnés à M. Galtier ne se sont pas démentis depuis cette époque, et, dans de nouvelles expériences, l'auteur a obtenu le même succès et, les nouvelles données qu'elles lui ont fournies confirment celles qu'il a fait connaître jusqu'à présent.

Il est donc bien démontré aujourd'hui qu'on peut sûrement préserver les animaux herbivores et omnivores, qui ont été mordus par des chiens enragés, au moyen des injections intraveineuses. Il est, de plus, permis de présumer que l'immunité conférée a pour effet, non seulement de préserver contre les conséquences des morsures déjà reçues, mais qu'elle garantit encore contre les morsures ultérieures.

Sur la nature du lait. Note de M. *A. Béchamp*. — L'auteur répond ainsi qu'il suit aux trois questions auxquelles a donné lieu l'étude du lait:

1° Les globules du lait sont-ils des globules de corps gras nus semblables ou identiques aux globules d'une graisse émulsionnée ou bien sont-ils naturellement munis d'une enveloppe qui les empêche de s'agglutiner? R. Le lait n'est point une émulsion; les globules laiteux ne sont pas des globules gras nus, mais bien de véritables cellules adipeuses libres.

2° Dans l'une ou l'autre hypothèse la partie liquide du lait contient-elle une matière albuminoïde unique qui serait la caséine ou en contient-elle plusieurs qui seraient différentes dans les différents laits? R. Le lait de vache contient, outre la caséine, d'autres matières albuminoïdes, non pas libres, mais dissoutes en combinaison avec des alcalis. Quant au lait de femme, il n'est pas à proprement parler un lait à caséine, il contient une zymase qui lui est propre.

3° Le lait se caille-t-il et fermente-t-il spontanément, c'est-à-dire naturellement? Ou bien le phénomène est-il accidentel, corrélatif à l'activité de ferments étrangers dont les germes préexisteraient dans l'air et s'y introduiraient furtivement pendant l'émulsion? L'auteur a depuis longtemps démontré que le lait se caille spontanément sans le concours de vibrioniens proprement dits.

E. Rivière.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Maugenot* envoie un mémoire sur *la vaccination dans les écoles primaires publiques.*

M. *Pourtarlé*, médecin-vétérinaire à Carbon-Blanc (Gironde), adresse une Note sur *le traitement de la rage.*

M. le docteur *Petresco* (de Bucharest) envoie une sériu d'ouvrages de pathologie médicale à l'appui de sa candidature au titro de correspondant étranger dans la division d médecine.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente: 1° un ouvrage, en languo étrangère, sur *l'allaitement*, par M. le docteur *Torkomian* (de Constantinople); 2° une brochure de M. le docteur *Tibeno* (d'Almeida) sur *la lèpre et son influence sur le développement des affections pulmonaires;* 3° l'Exposé des titres et travaux scientifiques de M. le docteur *Liégeois* (de Blainville-aux-Saules, Vosges) à l'appui de sa candidature au titre do correspondant national dans la division de médecine.

M. *Brouardel* dépose la troisième partie du *Traité de zoologie médicale* de M. le docteur *R. Blanchard* et la traduction, en langue russe, d'un ouvrage do M. le docteur *Layet* (de Bordeaux) sur *l'hygiène et les maladies professionnelles.*

M. *Larrey* présente, au nom de M. *J.-I. Fort*, un mémoire sur *le traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire* et un *Atlas d'anatomie chirurgicale.*

M. *Mathias-Duval* fait hommage de son *Atlas d'embryologie.*

Intoxication par la liqueur d'absinthe. — Dans la dernière séance M. *Dujardin-Beaumetz* a présenté un mémoire dans lequel M. le docteur *Mairet* (de Montpellier) rend compte de ses expériences sur la liqueur d'absinthe. M. Mairet en concluait que: 1° ce produit, ingéré par l'estomac, ne provoque des attaques d'épilepsie qu'à doses très élevées, prolongées pendant plusieurs jours consécutifs; 2° dans ce cas, ce n'est pas l'essence d'absinthe, mais l'alcool que renferme la liqueur qui détermine les attaques produites sous l'influence de l'ivresse.

M. *Laborde* fait observer que la première de ces conclusions ne fait que confirmer les résultats déjà constatés, quel que soit le mode d'ingestion de la liqueur d'absinthe; quant à la seconde, elle contredit tous les faits connus, il « demande grâce à M. Mairet pour l'alcool de vin. »

M. *Dujardin-Beaumetz* croit qu'il convient d'attendre, pour se prononcer, la fin du mémoire de M. Mairet.

Anévrysme artério-veineux de la carotide. — M. *Léon Le Fort* montre une malade, âgée de dix-huit ans, qui, à la suite d'un coup de pied de cheval reçu le 13 avril sur la tempe droite, présenta les symptômes d'un anévrysme artério-veineux de la carotide dans le sinus caverneux. Il pratiqua le 31 mai la ligature de la carotide primitive droite, ce qui améliora légèrement la malade; puis le souffle reparut. Le 17 juillet, il fut constaté que la compression de la carotide gauche arrêtait le souffle et le 24 juillet la ligature de cette carotide fut faite. Après une quinzaine de jours pendant lesquels la malade, tout en conservant son intelligence intacte, ne pouvait ou ne voulait pas parler et restait couchée sur le côté, la tête appuyée sur la main, une amélioration continue se montra. Aujourd'hui elle se livre à ses travaux de ménage; elle ne présente rien de particulier dans l'état de la parole ou des forces, mais il y a encore un peu d'exophthalmie à droite; on constate une saillie de la veine du grand angle de l'œil et un bruit de rouet perçu par la malade, mais ce bruit la gêne peu et ne l'empêche pas de dormir. Elle a aussi un peu de développement des veines palpébrales droites et des veines ciliaires. Elle n'est donc pas guérie, mais elle est très améliorée. M. Léon Le Fort cite à ce sujet les quatre cas authentiques de la même affection, avec autopsies, qu'on possède dans la science.

Paralysie générale et syphilis cérébrale.—M. *Mesnet* donne lecture d'un rapport considérable sur le concours pour le Prix Falret en 1888. La question de concours avait trait aux rapports de la paralysie générale avec la syphilis cérébrale. (Les observations présentées sur ce sujet par M. Mesnet seront l'objet d'un prochain article spécial dans la *Gazette hebdomadaire.*)

Maladies du cœur. — M. *Germain Sée* communique les recherches physiologiques qu'il a faites avec M. le docteur *Gley* sur la strophantine et les résultats qu'il en a obtenus dans le traitement des affections du cœur. Il conclut de ses recherches que la strophantine, si elle agit sur les centres vaso-moteurs bulbo-médullaires, comme le montre l'atténuation des phénomènes observés après la destruction du bulbe ou l'énervation pratiquée dans un membre, agit aussi soit sur les ganglions nerveux propres des tuniques arté-

rielles, soit sur les fibres lisses elles-mêmes des vaisseaux. Au point de vue physiologique les deux faits les plus saillants sont l'augmentation d'énergie de la systole à une certaine période de l'action de la strophantine, coïncidant avec l'élévation de la pression intra-artérielle. L'action la plus utile consiste dans l'accroissement de l'activité du cœur; c'est là l'indication véritable du médicament à cet égard ; il est inférieur à la spartéine, beaucoup moins toxique, mais très supérieur à la digitaline.

C'est en 1872 que Fraser a décrit une strophantine, qui serait une glycoside ; plus tard, Elborne a fait une description analogue. Il existe aujourd'hui en France dans le commerce deux strophantines bien cristallisées, celle de M. Catillon et celle de M. Wurtz, sans compter celle que M. Armand a récemment étudiée et qui possède une toxicité supérieure à celle des précédents.

Employée à la dose de 1 ou 2 cinquièmes de milligramme dans plus de vingt cas de maladies du cœur à l'hôpital et sur un plus grand nombre de malades de la ville, la strophantine a manifestement augmenté l'action cardiaque, le pouls est devenu régulier; sauf dans l'insuffisance de l'aorte et l'angine de poitrine, les résultats ont été favorables; toutefois, dans aucun cas, il n'y eut de soulagement de la dyspnée, ni de diurèse, ni par conséquent diminution de l'œdème. Ces faits sont en partie conformes aux essais tentés avec la strophantine par M. Drasche (de Vienne).

Quant au strophantus et aux teintures diverses qui en ont été faites, ils ne mériteraient pas les éloges qui leur ont été décernés ; leur action est inconstante, incomplète ; ils n'agissent ni sur la dyspnée, ni sur l'urination, ainsi qu'en témoignent les nombreux essais dont ils ont été l'objet tant en France qu'à l'étranger et que M. Germain Sée énumère successivement afin de confirmer ceux qu'il a lui-même obtenus.

M. *Bucquoy* se réserve de faire connaître dans une prochaine séance les résultats cliniques que lui a donnés l'administration de ces médicaments depuis plus d'un an. Il partage l'opinion de M. Germain Sée en ce qui concerne l'action efficace de la strophantine, mais il estime que le strophantus donne des effets bien plus remarquables encore pour relever le cœur dans les affections de cet organe.

En règle générale, fait observer M. *Dujardin-Beaumetz*, lorsque les alcaloïdes d'une plante sont encore mal définis, il est préférable de se servir de la plante elle-même; c'est ce qui arrive pour la strophantine, dont il existe aujourd'hui cinq spécimens différents. D'autre part, en ce qui concerne les préparations de strophantus, on en connaît plusieurs, soit sous formes de teintures ou d'extraits ; comme leur composition diffère au point de vue de la quantité de médicament qu'elles renferment, il est encore très difficile de pouvoir comparer ces préparations et de se faire une idée bien exacte de l'action de ces produits éminemment toxiques.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret pour voter les conclusions du rapport de M. Mesnet sur le concours pour le Prix Falret en 1888 et entendre la lecture d'un rapport de M. Constantin Paul sur le concours pour le Prix Saint-Paul en 1888.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Hystérie et sulfure de carbone: M. Marie. — Traitement de la diphthérie par les cautérisations antiseptiques: M. E. Gaucher (Discussion: MM. Cadet de Gassicourt, E. Labbé).

M. *Marie* donne lecture d'une note sur deux cas d'*hystérie chez des ouvriers travaillant à la fabrication du sulfure de carbone* (sera publié).

— M. *E. Gaucher* fait une nouvelle communication relative au *traitement de l'angine diphthéritique par l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente.* Il avait rapporté précédemment seize cas de diphthérie grave traités par cette méthode et tous guéris; depuis lors, il a enregistré un nouveau cas qui porte la statistique personnelle à dix-sept guérisons sur dix-sept cas observés. M. le docteur Dubousquet (de Saint-Ouen) a bien voulu appliquer le traitement de M. Gaucher depuis 1884; il a observé quatre-vingt-un cas, ce qui s'explique facilement par suite de la grande fréquence de la diphthérie à Saint-Ouen et dans les environs. Cette statistique se décompose ainsi: trente enfants en bas âge; trente enfants de trois à douze ans, et vingt et une personnes de douze à quarante-six ans. Sur ces quatre-vingt-un cas, il y a seulement quatre décès par croup, entre deux et cinq ans, ce qui fait au total une mortalité de 5 pour 100. Tous les cas d'angine qui ont été traités à temps, avant l'extension au larynx, ont guéri. Enfin, un quatre-vingt-deuxième cas tout récent concerne la guérison au moyen du même traitement, par le docteur M..., d'une petite fille de quatre ans et demi, atteinte d'angine grave. Cette statistique ne porte que sur des cas non douteux de diphthérie confirmée, et dont un bon nombre étaient fort graves, ainsi qu'en font foi les observations rapportées par M. Gaucher. Le docteur Dubousquet, dans une note qu'il a adressée à M. Gaucher, insiste également sur la nécessité pour le médecin de visiter deux et trois fois par jour ses malades et de pratiquer *lui-même* le traitement avec l'énergie et l'autorité que seul il peut avoir. D'autre part, il ne faut pas se départir de l'application *rigoureuse* du traitement tel que M. Gaucher l'a formulé; si l'on n'enlève pas la fausse membrane et si l'on ne cautérise pas ensuite la surface sous-jacente, le mal ne fait qu'empirer, tandis que l'amélioration suit immédiatement la pratique inverse. M. Gaucher ajoute que le docteur Dubousquet, dans son expérimentation, n'a pas plus que lui constaté chez ses malades une plus vive réaction inflammatoire, ni une plus grande gêne de la déglutition qu'avec toute autre méthode; il n'a pas davantage observé d'intoxication phéniquée, bien que la coloration noire fréquente des urines indique l'absorption de l'acide phénique, de sorte que le traitement local peut être regardé en même temps comme un traitement général. M. Gaucher, en réunissant sa statistique à celle du docteur Dubousquet, peut conclure d'un ensemble de quatre-vingt-dix-neuf observations : « 1° Le traitement de l'angine diphthéritique tel que je l'ai formulé par l'ablation des fausses membranes et les cautérisations phéniquées est applicable chez les enfants comme chez les adultes; 2° tous les adultes et *presque* tous les enfants traités par cette méthode ont guéri. Il faut faire cette restriction relativement aux jeunes enfants, à cause de l'apparition rapide du croup, et pour les cas où le traitement a été commencé trop tard, c'est-à-dire n'a pas été appliqué dès le début; 3° ce traitement, appliqué à temps, peut prévenir le croup ; 4° même après la trachéotomie il est nécessaire de continuer le traitement de l'angine par la même méthode. »

M. *Cadet de Gassicourt* a expérimenté le traitement de M. E. Gaucher et a constaté qu'il est parfaitement applicable aux enfants; il ne l'a pas mis en œuvre chez des enfants très jeunes, car les nourrissons que l'on amène à l'hôpital atteints de diphthérie ont déjà, la plupart du temps, des accidents de croup, ce qui constitue une condition par trop défavorable. Le caustique préconisé par M. Gaucher permet d'enlever les fausses membranes plus vite et plus complètement que les autres solutions proposées; l'acide salicylique est moins douloureux, mais moins actif. Il ne pense pas, cependant, que l'on puisse compter sur la guérison dans tous les cas, car il en est un certain nombre dont la toxicité défie toute thérapeutique: l'insuccès, en pareil cas,

ne saurait être mis à la charge de la méthode en question. C'est ce qu'il a observé chez un petit malade de son service qui contracta la diphthérie à l'hôpital et succomba au bout de quelques jours à des accidents toxiques très intenses. Le premier jour, on pouvait songer à une simple angine pultacée, et le traitement phéniqué ne fut institué que le second jour lorsque la diphthérie fut nettement caractérisée. Mais l'engorgement ganglionnaire et la tuméfaction du cou augmentèrent jusqu'à la mort, bien que les fausses membranes aient cessé de se reproduire dans les derniers moments. M. Cadet de Gassicourt n'a pas appliqué lui-même le traitement, qui a été confié aux internes, assistés de la surveillante; tous y ont apporté du reste un zèle et un dévouement qui en garantissent la rigoureuse exécution. Il faut reconnaître cependant que les irrigations, dans l'intervalle des cautérisations, ont été faites avec de l'eau de chaux au lieu de la solution phéniquée. Cette modification à la méthode de M. Gaucher aurait-elle quelque part dans l'insuccès du traitement?

M. *E. Gaucher* a lui-même reconnu que les cautérisations phéniquées peuvent échouer dans quelques cas, puisqu'il a signalé une mortalité de 5 pour 100.

M. *E. Labbé* craint que la phrase prononcée par M. E. Gaucher, relative à l'action des cautérisations phéniquées comme agent de médication interne, ne serve d'encouragement à certains médecins pour user trop largement des pulvérisations de vapeurs phéniquées dans le traitement de la diphthérie. Ces pulvérisations constituent un danger lorsqu'elles sont trop prolongées; l'absorption est rapide par les voies respiratoires et les malades sont exposés à des accidents d'intoxication; or on sait que toute cause de débilitation doit être proscrite. Il en a vu plus d'un exemple; entre autres chez un jeune homme, convalescent de diphthérie, et dans la chambre duquel, en dépit de ses recommandations, on pratiquait des pulvérisations phéniquées pendant près de cinq à six heures par jour. Il ne pense pas, d'ailleurs, que de semblables accidents puissent être la conséquence du traitement préconisé par M. Gaucher. D'autre part, il est convaincu qu'en dénudant la muqueuse et en créant une plaie par l'ablation des fausses membranes à l'aide de cautérisations énergiques on ouvre une porte d'entrée au principe infectieux, dont on facilite la résorption. C'est le grand défaut de tous les traitements locaux à l'aide des caustiques et en particulier des badigeonnages avec l'acide chlorhydrique qui n'ont jamais guéri personne. Pour lui, il préfère de simples attouchements avec une solution moins caustique, plus souvent répétés.

M. *E. Gaucher* fait remarquer que le reproche adressé par M. E. Labbé aux pulvérisations phéniquées ne saurait atteindre sa méthode puisqu'il n'emploie pas ces pulvérisations. Elles sont peut-être, d'ailleurs, moins dangereuses que ne paraît le croire M. Labbé. Quant aux quatre-vingt-dix-neuf malades traités par les cautérisations phéniquées qui composent sa statistique, ils ont eu presque tous des urines noires indiquant l'absorption de l'acide phénique, mais aucun d'eux n'a présenté d'accidents d'intoxication. En ce qui concerne la création d'une porte d'entrée au principe infectieux par la dénudation de la muqueuse, il doit faire observer que, ou bien on n'enlève pas la fausse membrane, ou l'on produit forcément une plaie, puisque la fausse membrane est infiltrée dans l'épithélium. Du reste il emploie, précisément en vue de s'opposer à l'infection par la plaie, un caustique antiseptique avec lequel on cautérise la surface muqueuse dénudée. Ce n'est pas là seulement une vue théorique, les résultats obtenus peuvent servir de démonstration. Enfin, quelle que soit la valeur réelle des badigeonnages à l'acide chlorhydrique, il peut citer au moins un cas de guérison à l'actif de ce traitement: c'est lui-même, qui a été soigné par ce procédé pour une diphthérie grave à l'âge de huit mois.

M. *E. Labbé* reconnaît que l'expression a évidemment dépassé sa pensée: il n'a pas voulu dire que pas un seul diphthéritique n'a été guéri avec l'acide chlorhydrique; ce serait une exagération manifeste. Mais il maintient ses craintes à l'égard des caustiques énergiques créant des plaies qui représentent des surfaces d'absorption pour le principe infectieux. Il préfère les simples attouchements antiseptiques.

M. *E. Gaucher* ne peut partager cette manière de voir, du moins en ce qui concerne son traitement; il est convaincu que les cautérisations insuffisantes sont au contraire dangereuses et les observations qu'il a rapportées démontrent que les quelques insuccès de la méthode qu'il préconise ont été la conséquence d'une mise en œuvre timide et incomplète des cautérisations phéniquées énergiques.

— A cinq heures la Société se forme en comité secret.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Traitement du cancer de l'utérus : MM. Polaillon, Tillaux, Marchand, Richelot, Reynier, Routier. — Œdème aigu du larynx : M. Chauvel.

M. *Polaillon* a fait en 1882 un mémoire pour préconiser l'*amputation du museau de tanche dans le cancer limité à cet organe*. Il maintient aujourd'hui son opinion, après avoir pratiqué six hystérectomies vaginales, avec 2 morts et 4 succès opératoires. Un des décès a eu lieu au quarante-deuxième jour, par urémie; le second est dû à une péritonite, probablement produite par un renouvellement prématuré du tampon vaginal; un des cas de guérison a été compromis par des accidents d'occlusion intestinale. Les quatre opérées qui ont survécu à l'acte chirurgical sont toutes en pleine récidive, survenue au bout d'un an au plus. Ces résultats ne compensent pas la gravité immédiate, dont on ne saurait, d'ailleurs, contester la diminution progressive. A cela M. Polaillon compare 20 ablations partielles, faites à l'anse galvanique en détruisant ce qui reste de tissu morbide avec des flèches de chlorure de zinc. Quoi qu'on en dise, ce n'est pas plus aveugle que l'amputation supra-vaginale faite au bistouri. Ces 20 opérés ont fourni 9 améliorations (opération palliative), 9 guérisons opératoires, 1 résultat nul, 1 mort sous le chloroforme. Sur les 9 malades sorties guéries, 3 sont revenues en puissance de récidive; les 6 autres n'ont pas jugé bon de se faire examiner à nouveau, d'où M. Polaillon croit pouvoir conclure qu'elles se portent bien. Il conclut donc que l'hystérectomie totale n'est indiquée que lorsque le corps et les culs-de-sac sont pris.

M. *Tillaux* soutient la même opinion. Il reconnaît, d'ailleurs, que le mal est rarement vu à une période où l'ablation du col soit encore possible. Cette rareté est moindre dans la clientèle urbaine. Lorsque ces conditions favorables sont réalisées, c'est à l'ablation du col qu'il faut avoir recours, car, malgré toutes les améliorations techniques, la gravité de l'hystérectomie totale sera toujours plus grande que celle de l'amputation partielle et cela n'est pas racheté par une efficacité plus complète. On dit que pour tout cancer il faut enlever l'organe entier. Raisonnement spécieux, mais inexact : ampute-t-on toute la verge pour un cancer du gland, la base de la langue pour

un cancer de la pointe? On parle de l'opération actuelle du cancer du sein ; mais elle n'est complète que parce qu'on enlève les ganglions et les traînées lymphatiques. Ici, c'est impossible. Certes M. Terrier ajoute que l'on ne saurait souvent déterminer si le corps est ou non atteint : à ces cas douteux M. Tillaux est disposé à appliquer l'hystérectomie totale. Ainsi, les deux opérations ont chacune leurs indications spéciales et on ne saurait contester que l'hystérectomie vaginale est une conquête précieuse de la chirurgie moderne. Ses adversaires la mettent en parallèle avec l'ablation partielle, et ils ont tort : elle permet d'agir là où l'amputation du col est devenue impossible. C'est donc aux résultats de l'abstention qu'il faut comparer les siens, et le parallèle est alors tout à son avantage.

M. *Marchand* refuse également à l'hystérectomie totale le droit de revendiquer tous les cancers utérins. Depuis 1878 il a fait 18 amputations partielles, dont 6 supra-vaginales au bistouri. Il a eu à enregistrer 2 décès, mais il compte en revanche une guérison datant de sept ans, une de cinq ans, une de trois ans et onze mois. Deux malades ont été perdues de vue au bout de dix-huit mois et d'un an. La survie définitive n'est pas plus fréquente par l'hystérectomie totale, et cela se comprend sans peine, car la récidive se fait surtout dans les tissus péri-utérins, contre lesquels l'ablation totale n'agit pas mieux que la partielle.

M. *Richelot* reconnaît que la comparaison avec l'ablation de la mamelle et de ses lymphatiques est inexacte, car l'hystérectomie totale ne saurait extirper les lymphatiques utérins. Mais il y a cependant des cas où la récidive a lieu dans la cicatrice, dans le moignon laissé par l'ablation partielle : n'aurait-on pas pu obtenir une cure radicale là où l'amputation du col n'a été que palliative? C'est ainsi qu'il faut poser la question. Question insoluble actuellement, car elle exige un examen minutieux des observations, des cas particuliers. Pour le moment, on n'a que des statistiques étrangères. Le débat doit donc rester ouvert.

M. *Reynier* pense également que le débat est né trois ans trop tôt. Il constate aussi que pour un calcul de survie moyenne on ne saurait comparer les statistiques de l'hystérectomie totale en France, avec leurs trois ans de date, aux relevés portant sur trente années faits par M. Verneuil. Au reste, cette survie moyenne intéresse assez peu M. Reynier, qui cherche surtout, comme M. Richelot, le moyen d'obtenir le plus de cures radicales possible.

M. *Routier* a fait quatre hystérectomies totales pour cancer du col. Les quatre opérées ont guéri. Trois survivent, sans trace de récidive, au bout de treize mois, huit mois et demi, sept mois et demi. Une est morte au bout de six mois, de généralisation abdominale. Dans tous ces cas, l'examen histologique a été pratiqué au laboratoire de M. Cornil.

M. *Terrier* fait remarquer à ce propos que M. Cornil, dont on ne saurait contester la compétence, est le premier à reconnaître que les données de l'histologie sont encore fort imparfaites. Avant d'affirmer qu'il s'agit d'un cancer, il faut des examens multiples, faits par un micrographe des plus exercés.

M. *Trélat* insiste sur ces incertitudes anatomo-pathologiques qu'il a déjà signalées dans la dernière séance.

— M. *Chauvel* lit un rapport sur trois observations d'*œdème aigu du larynx* envoyés par MM. Yvert, Lacronique et Audé. Ce dernier n'a pas pratiqué la trachéotomie et son malade est mort. Il est vrai que l'autopsie n'a pas été des plus probantes, car il ne restait guère d'œdème après la mort. Or, sur un malade trachéotomisé par M. Vaillard, M. Chauvel a constaté au laryngoscope que les lésions de l'œdème laryngien sont très persistantes. Dans tous les cas, l'étiologie est restée inconnue. A. Broca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Sur l'apophyee lémurienne chez les épileptiques : M. Féré. — Relation entre les accès d'épilepsie et les divers moments de la journée : M. Féré. — Parasites du cachalot : MM. Beauregard et Pouchet. — Sur un cas de spina bifida : M. Pilliet. — Sur les voies de transmission motrice dans le cerveau et dans la moelle : M. Brown-Séquard. — Tétanos par contagion : M. Lecour. — Intoxication par la cocaïne : M. Moreau.

M. *Féré* a trouvé que l'apophyse lémurienne, signalée par Albrecht à la partie postérieure du maxillaire inférieur, se rencontre beaucoup plus fréquemment chez les épileptiques et il se demande si ce ne serait pas là un caractère de dégénérescence.

— M. *Féré* rappelle que l'on a souvent cherché s'il n'y avait pas quelque rapport entre les variations atmosphériques et les accès d'épilepsie, mais on n'a pas recherché si la production de ces accès n'avait pas lieu plutôt à certaines heures de la journée. Or il a constaté sur les malades de son service que les accès sont plus fréquents un peu après le coucher et un peu avant le lever, c'est-à-dire, semble-t il, aux moments où les rêves et les hallucinations hypnagogiques se produisent surtout.

— M. *Beauregard*, au nom de M. *Pouchet* et en son nom, fait une communication sur divers parasites du cachalot, deux espèces trouvées dans la peau et une dans le tube digestif.

— M. *Retterer* présente une note de M. *Pilliet* sur un cas de spina bifida; l'étude histologique de cette tumeur a été faite très soigneusement.

— M. *Brown-Séquard* croit qu'il faut abandonner définitivement la conception généralement admise sur les voies motrices de la moelle et du bulbe; les expériences qu'il a faites depuis nombre d'années l'ont conduit à une conception toute différente. Ainsi la section de la moitié latérale du bulbe ne détermine qu'une paralysie incomplète du côté correspondant et. du côté opposé, seulement un peu de faiblesse des muscles. Par suite, l'entre-croisement des pyramides n'est pas le moyen de communication que l'on pense. D'ailleurs, si l'on coupe la pyramide d'un côté, on n'observe pas de paralysie croisée. Faut-il conclure de là que l'entre-croisement des cordons moteurs a lieu plus haut que le bulbe? D'autres faits sont contraires à une telle conclusion. Si l'on pratique une section d'une moitié latérale du bulbe, après avoir préalablement déterminé l'excitabilité des centres moteurs cérébraux, on constate que ces centres, du côté correspondant à la section bulbaire, présentent une augmentation de puissance par rapport aux mêmes régions du côté opposé. Conséquemment, d'après M. Brown-Séquard, si quelques-unes des fibres des pyramides antérieures sont motrices, la plupart sont excito-motrices et peuvent déterminer des mouvements réflexes. M. Brown-Séquard rappelle encore d'autres expériences qu'il a faites sur les animaux et qui prouvent, selon lui, qu'il n'y a pas plus d'entre-croisement pour les mouvements volontaires dans le pont de Varole que dans le bulbe.

En ce qui concerne l'homme, on peut statistiquement montrer que les lésions unilatérales du bulbe, comme les tumeurs, donnent lieu à des paralysies moins souvent qu'on ne le croit; d'ailleurs, pour trois cas de paralysie directe on ne trouve que deux cas de paralysie croisée. De plus, ces paralysies peuvent dépendre de lésions d'un point quelconque du bulbe (par exemple, du corps restiforme); et, d'autre part, les pyramides antérieures peuvent être détruites sans qu'il survienne de paralysie.

Tous ces faits et d'autres du même genre ont amené

M. Brown-Séquard à penser que toutes les parties de la moelle communiquent entre elles et que chaque moitié du cerveau est en relation avec les deux parties du corps.

— M. *Blanchard* présente une note de M. *Lecour* qui relate trois observations de tétanos traumatique dans lesquelles l'influence de la transmission de l'affection du cheval à l'homme paraît incontestable.

M. *Moreau* décrit les phénomènes qu'il a pu observer sur lui-même à la suite de l'injection sous-cutanée d'une trop forte dose de cocaïne (environ 0gr,10) : grande excitabilité motrice et mentale, mouvements cloniques, vertiges, tendance aux syncopes répétées, anesthésie absolument généralisée avec persistance des sensations de contact, etc., phénomènes qui rappellent de très près ceux que M. Laborde a déterminés chez les animaux avec des doses toxiques de cette substance.

Société anatomique.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Reboul* communique un fait de *lipome* d'origine traumatique.

— M. *Calbet* présente un *adéno-fibrome kystique du sein*, ulcéré, chez une femme atteinte de myome de l'utérus.

— M. *Tison* relate une observation où un *souffle anémique siégeant près du bord gauche du sternum dans le 2e espace*, avait fait diagnostiquer un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Du menthol dans la phthisie laryngée et pulmonaire, par M. Albert J. Beckay. — La solution à 20 pour 100 de menthol, dans l'huile d'olive, est introduite dans le larynx s'il s'agit de localisations stuberculeuses sur cette muqueuse, et dans la trachée si le malade est en puissance de tuberculose pulmonaire. L'injection est pratiquée avec une seringue laryngienne. Chaque injection est de quinze gouttes, et doit être suivie d'inspirations profondes, de façon à faire pénétrer les vapeurs de menthol dans toute l'étendue de l'arbre aérien. Ces applications sont suivies d'une sensation passagère de brûlure et bientôt après de fraîcheur.

En combinant ces injections avec des inhalations de cinq gouttes de menthol, au moyen d'un respirateur, et en les renouvelant toutes les heures, on obtiendrait ainsi la diminution de la dysphagie, des douleurs laryngées, l'antisepsie des foyers tuberculeux et la diminution des sécrétions. Par contre, d'après M. A. Beckay, le menthol serait inférieur, comme topique, à l'acide lactique, pour le pansement des infiltrations et des tuméfactions tuberculeuses du larynx.

Il emploie encore les insufflations d'une poudre composée de 2 grammes de menthol, de 6 grammes d'acide borique et de 4 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque. Cette poudre est assez bien tolérée et modifie le catarrhe laryngien chronique. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, septembre 1888, p. 458.)

De l'emploi des injections hypodermiques dans la thérapeutique infantile, par M. A. Jacobi. — Cette méthode n'est pas assez souvent employée dans la thérapeutique des maladies de l'enfance; M. Jacobi le regrette. Il conseille de pratiquer ces injections hypodermiques sur la paroi abdominale plutôt que sous la peau des extrémités, et d'employer des solutions plus diluées que pour les adultes.

Il recommande la solution du chloral au quart ou au sixième dans le traitement des convulsions. L'antipyrine doit être étendue dans six à huit parties d'eau; le camphre, dans quatre à six parties d'huile. A titre de vomitif, il recommande l'injection hypodermique de solutions d'apomorphine. Dans les affections du cœur, il estime que l'on peut avantageusement injecter la caféine en solution avec l'acide benzoïque ou salicylique, le salicylate ou le benzoate de cette base étant solubles dans deux parties d'eau et aisément absorbables. (*Arch. of perdiatr.*, juin 1888, p. 321.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux, par M. V. Ollier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut de France, associé de l'Académie de médecine; tome II : *Résections en particulier, membre supérieur*, avec 155 figures dans le texte. — Paris, G. Masson, 1888.

Il y a quelques mois, nous avons rendu compte du premier volume de cette œuvre importante, où M. Ollier fait la synthèse de toutes ses recherches anatomiques, expérimentales et cliniques sur les affections du système ostéo-articulaire et les opérations qui leur conviennent. L'analyse de ce premier volume était aisée à exposer : le maître lyonnais s'occupait de pathologie générale. Notre tâche devient aujourd'hui plus ardue, car nous entrons dans l'étude de la pathologie spéciale, et nous désespérons d'arriver à résumer ici toutes les considérations pathologiques, opératoires, thérapeutiques suggérées à M. Ollier par sa vaste expérience sur les maladies de l'épaule et de l'humérus, du coude et des os de l'avant-bras, du poignet et de la main.

Prenons, par exemple, la résection de l'épaule. Les avantages et inconvénients des divers procédés opératoires que l'on a proposés sont minutieusement débattus. M. Ollier fait bien voir que l'incision doit être, en principe, aussi antérieure que possible, de façon à sectionner le nerf circonflexe aussi près que possible de son extrémité, et à ne paralyser ainsi que le minimum possible de deltoïde. Aussi l'incision de choix sera-t-elle située dans l'interstice pectoro-deltoïdien. De plus, on aura soin d'électriser bientôt le deltoïde. On n'abusera cependant pas des mouvements communiqués à la jointure.

Cette résection est indiquée dans les ostéo-arthrites aiguës ou chroniques avec suppuration, car, pour M. Ollier, la suppression de la tête humérale est le seul moyen de drainer complètement l'articulation. Dans la tuberculose, il faut enlever la tête dès que la jointure est envahie, ou même est près de l'être; les lésions humérales sont, en effet, la cause la plus fréquente de la scapulalgie. Dans certains cas, cependant, l'origine est glénoïdienne; mais la résection de la tête est alors le seul moyen d'avoir assez de jour pour gratter complètement la cavité scapulaire. M. Ollier recommande, il est vrai, de ne pas oublier que, chez l'enfant, l'épiphyse utile de l'humérus est précisément la supérieure; que, pendant la période de croissance, il faudra, par conséquent, ménager autant que possible le cartilage de conjugaison, et se rallier, dès lors, aux opérations partielles; qu'au demeurant, chez les jeunes sujets, on a de bons résultats par l'ignipuncture profonde de la tête humérale.

C'est à la tuberculose que, dans la majorité des cas, il faut rattacher la carie sèche, décrite depuis assez longtemps par M. Ollier, par Volkmann. A ce propos, M. Ollier entre dans quelques détails sur cette curieuse affection, qui serait, à son sens, d'origine variable, et formerait surtout un ensemble clinique.

La résection pour lésions traumatiques est étudiée avec soin. Le point principal est de bien retenir que ce ne doit pas être une opération réglée, mais une intervention où l'on s'efforce de garder tout ce qu'on peut de périoste, d'esquilles adhérentes, intervention aujourd'hui rendue possible par l'antisepsie. Et si l'on est obligé de désarticuler l'épaule, on n'oubliera pas les principes fondamentaux de la méthode sous-périostée. On conservera dans le lambeau la gaine périostéo-capsulaire, détachée avec soin à la rugine, et l'on verra alors se reproduire quelquefois dans le moignon une tige osseuse fort utile pour la prothèse.

Les résections orthopédiques ne sont ici que de date bien récente, comme pour toutes les jointures, d'ailleurs, car autrefois l'ankylose était préférable aux membres ballants obtenus par la résection. On ne les pratiquera pas chez l'enfant, car, si l'on veut éviter le retour de l'ankylose, il faut faire une résection ultra-épiphysaire; or, nous venons de le dire, on supprimerait l'épiphyse utile. La résection, d'ailleurs, a ici une rivale sérieuse dans l'ostéotomie sous-trochantérienne; car, en cette région, on ne saurait guère songer à l'ostéoclasie. Dans les luxations irréductibles, enfin, la résection sera parfois indiquée, et alors on pourrait être tenté d'inciser sur la tête saillante dans l'aisselle. Kuester, Langenbeck, Thomas (de Tours) ont eu ainsi à surmonter de réelles difficultés, et, malgré les apparences, M. Ollier affirme qu'il est bien plus facile d'avoir recours à l'incision antérieure typique.

Cette étude approfondie de la résection de l'épaule se termine par l'exposé des résultats obtenus par M. Ollier, par la publication des observations avec dessins à l'appui. Les sujets ne sont pas représentés les bras pendants le long du corps; ils sont figurés les bras étendus et élevés, portant même des poids, et on ne saurait contester que le chirurgien leur a laissé une jointure utile.

On voit où nous serions entraîné si nous voulions analyser de même ce qui a trait à la résection du coude et du poignet. Un mot seulement pour signaler cette dernière, dont on n'obtient bien souvent que des résultats défectueux, et dont M. Ollier croit, au contraire, qu'on exagère les méfaits, si bien qu'il n'a pas craint d'entreprendre la résection orthopédique. Il a obtenu ainsi d'excellents résultats. Nous n'insisterons pas davantage, car tous nos lecteurs ont sans doute présente à la mémoire la remarquable communication faite sur ce point par M. Ollier, au dernier Congrès de chirurgie.

Nous bornerons là ce rapide aperçu, et nous engagerons tous ceux qui sont soucieux de la chirurgie à lire dans l'original les préceptes du maître, dont la science française a droit de s'enorgueillir.

A. Broca.

VARIÉTÉS

INAUGURATION DE L'INSTITUT PASTEUR.

Il est inutile d'insister sur l'importance que prendra dans l'histoire de la science la date de l'inauguration de l'Institut Pasteur. Elle servira à rappeler l'époque où l'étiologie et la prophylaxie des maladies transmissibles ont pu sortir du domaine de l'empirisme; elle servira aussi à montrer l'influence que les découvertes de laboratoire ont acquise dans les préoccupations publiques. On sait, en effet, que l'Institut Pasteur s'est élevé grâce à une souscription dans laquelle les plus modestes offrandes se sont unies aux allocations du gouvernement et aux sommes plus ou moins importantes que les favorisés de la fortune se sont empressés d'envoyer de toutes parts. C'est donc là une œuvre d'initiative privée, dont il a été donné à notre illustre compatriote d'enrichir la science et son pays.

Aujourd'hui, 14 novembre, à une heure, l'inauguration de l'Institut a eu lieu dans la salle du Conseil, en présence du Président de la République, du président du conseil des ministres, ministre de l'intérieur, des ministres de l'instruction publique, du commerce, de l'agriculture et des finances, et devant une assistance qui comprenait la plupart des notabilités scientifiques, littéraires et politiques de Paris. On y remarquait aussi la présence de plusieurs représentants officiels des puissances étrangères.

Aussitôt après l'arrivée de M. le Président de la République, la parole a été donnée à M. Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, au nom de M. le vice-amiral Jurien de la Gravière, président du conseil d'administration de l'Institut Pasteur, empêché par un accident d'assister à la cérémonie.

Puis M. le professeur Grancher a fait un exposé scientifique de la découverte du vaccin de la rage et des résultats jusqu'ici obtenus par les inoculations antirabiques, tant en France qu'à l'étranger. Nous extrayons de ce remarquable travail le passage suivant :

« Le nombre des personnes traitées à Paris pendant les années 1886-1887 et la première moitié de 1888 s'élève à 5384. En 1886, où l'affluence des étrangers était considérable, nous avons inoculé 2682 personnes, 1778 en 1887 et 914 jusqu'au 1er juillet 1888.

« Le taux de la mortalité, en comptant tous les morts, même ceux pris de rage le lendemain du traitement, est, pour 1886, de 1,34 pour 100; pour 1887, de 1,12, et pour 1888, de 0,77.

« Mais il convient d'écarter des tables de la mortalité les personnes qui succombent à la rage dans les quinze jours qui suivent le traitement, car la vaccination, pour être efficace, doit être achevée avant que l'incubation du virus du chien mordeur ait commencé dans les centres nerveux. Or, le virus de la rage commune, porté directement à la surface du cerveau d'un chien, y incube pendant quinze ou dix-huit jours avant d'y produire ses effets.

« Chez les malades qui succombent à la rage dans la quinzaine qui suit le traitement, celui-ci a été inutile, parce qu'il a été trop tardif, mais il n'a pas été mis en échec, parce que les conditions de son efficacité n'étaient point réalisées.

« En opérant cette défalcation, que pas un médecin ne saurait nous refuser, le taux de la mortalité, malgré le traitement, tombe pour 1886 à 0,93 pour 100; pour 1887 à 0,67 pour 100 et pour 1888 à 0,55 pour 100.

« Ces chiffres sont sensiblement plus faibles que les premiers, puisque la mortalité reste toujours au-dessous de 1 pour 100. Mais les uns et les autres donnent une mortalité progressivement décroissante alors que notre choix des personnes admises au traitement est de plus en plus sévère... Les statistiques étrangères des vingt Instituts antirabiques disséminés dans le monde entier concordent avec les nôtres. »

M. Christophle, gouverneur du Crédit foncier, trésorier de l'œuvre, a ensuite présenté le compte rendu financier de la souscription et des sommes dépensées pour la construction de l'Institut.

La souscription à l'Institut Pasteur atteint aujourd'hui 2 586 680 francs. L'achat du terrain a coûté 441 475 francs; les constructions, pour lesquelles les architectes ont abandonné tous honoraires, et dont les entrepreneurs ont accepté de faire les travaux à des bénéfices très réduits, coûteront 917 975 francs; les instruments, 100 000 francs, plus quelques frais nécessités pour la souscription, soit au total une somme de 1 563 786 francs actuellement dépensée. Il reste donc 1 022 894 francs pour assurer le fonctionnement régulier de l'Institut; il y faut ajouter des subventions annuelles du gouvernement et le produit des vaccinations charbonneuses, généreusement abandonné par MM. Pasteur, Chamberland et Roux.

C'est au milieu d'acclamations fréquentes et prolongées que M. J.-B. Pasteur a lu le discours que son illustre père, empêché par l'émotion si légitime qu'il éprouvait en ce moment, ne pouvait prononcer lui-même. Voici ce discours:

Monsieur le Président, Messieurs,

Celui qui, dans vingt ans, écrira notre histoire contemporaine et recherchera quelles ont été, à travers les luttes des partis, les pensées intimes de la France, pourra dire avec fierté qu'elle a placé au premier rang de ses préoccupations l'enseignement à tous les degrés. Depuis les écoles de village jusqu'aux laboratoires des hautes études, tout a été soit fondé, soit renouvelé. Élève ou professeur, chacun a eu sa part. Les grands maîtres de l'Université, soutenus par les pouvoirs publics, ont compris

que, s'il fallait faire couler comme de larges fleuves l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire, il fallait aussi s'inquiéter des sources, c'est-à-dire de l'enseignement supérieur. Ils ont fait à cet enseignement la place qui lui est due. Une telle instruction ne sera jamais réservée qu'à un petit nombre; mais c'est de ce petit nombre et de son élite que dépendent la prospérité, la gloire et, en dernière analyse, la suprématie d'un peuple.

Voilà ce qui sera dit et ce qui fera l'honneur de ceux qui ont provoqué et secondé ce grand mouvement. Pour moi, Messieurs, si j'ai eu la joie d'aller, dans quelques-unes de mes recherches, jusqu'à la connaissance de principes que le temps a consacrés et rendus féconds, c'est que rien de ce qui a été nécessaire à mes travaux ne m'a été refusé. Et le jour où, pressentant l'avenir qui allait s'ouvrir devant la découverte de l'atténuation des virus, je me suis adressé directement à mon pays pour qu'il nous permît, par la force et l'élan d'initiatives privées, d'élever des laboratoires qui non seulement s'appliqueraient à la méthode de prophylaxie de la rage, mais encore à l'étude des maladies virulentes et contagieuses, ce jour-là la France nous a donné à pleines mains. Souscriptions collectives, libéralités privées, dons magnifiques dus à des fortunes qui sèment les bienfaits comme le laboureur sème le blé, elle a tout apporté, jusqu'à l'épargne prélevée par l'ouvrier sur le salaire de sa rude journée.

Pendant que se faisait cette œuvre de concentration française, trois souverains nous donnaient un témoignage de sympathie effective. Sa Majesté le Sultan voulait être un de nos souscripteurs; l'Empereur du Brésil, cet empereur homme de science, inscrivait son nom avec la joie d'un confrère, disait-il, et le Tsar saluait le retour des Russes que nous avions traités par un don vraiment impérial.

Devant les représentants des puissances étrangères; devant les médecins russes qui travailleront dans nos laboratoires et sont déjà présents parmi nous, j'adresse au Sultan, à l'Empereur du Brésil et au Tsar l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Comment toutes ces sommes ont été centralisées au Crédit Foncier de France et l'usage qui en a été fait, vous venez de l'apprendre, Messieurs. Mais ce que M. Christophle ne vous a pas dit, c'est avec quel souci il a géré ce bien national.

Avant la pose de la première pierre, le Comité de patronage de la souscription a décidé, malgré moi, que cet Institut porterait mon nom. Mes objections persistent contre un titre qui réserve à un homme l'hommage dû à une doctrine. Mais, si je suis troublé par un tel excès d'honneur, ma reconnaissance n'en est que plus vive et plus profonde. Jamais un Français s'adressant à d'autres Français n'aura été plus ému que je ne le suis en ce moment.

La voilà donc bâtie, cette grande maison dont on pourrait dire qu'il n'y a pas une pierre qui ne soit le signe matériel d'une généreuse pensée. Toutes les vertus se sont cotisées pour élever cette demeure du travail. Hélas! j'ai la poignante mélancolie d'y entrer comme un homme « vaincu du temps », qui n'a plus autour de lui aucun de ses maîtres, ni même aucun de ses compagnons de lutte, ni Dumas, ni Bouley, ni Paul Bert, ni Vulpian qui, après avoir été avec vous, mon cher Grancher, le conseiller de la première heure, a été le défenseur le plus convaincu et le plus énergique de la méthode! Toutefois, si j'ai la douleur de me dire: Ils ne sont plus, après avoir pris vaillamment leur part des discussions que je n'ai jamais provoquées, mais que j'ai dû subir; s'ils ne peuvent m'entendre proclamer ce que je dois à leurs conseils et à leur appui; si je me sens aussi triste de leur absence qu'au lendemain de leur mort, j'ai du moins la consolation de penser que tout ce que nous avons défendu ensemble ne périra pas. Notre foi scientifique, les collaborateurs et les disciples qui sont ici la partagent.

Le service du traitement de la rage sera dirigé par M. le professeur Grancher, avec la collaboration des docteurs Chantemesse, Charrin et Terrillon.

M. le ministre de l'instruction publique a autorisé M. Duclaux, le plus ancien de mes élèves et collaborateurs, aujourd'hui professeur à la Faculté des sciences, à transporter ici le cours de chimie biologique qu'il fait à la Sorbonne. Il dirigera le laboratoire de microbie générale. M. Chamberland sera chargé de la microbie dans ses rapports avec l'hygiène; M. le docteur Roux enseignera les méthodes microbiennes dans leurs applications à la médecine. Deux savants russes, les docteurs Metchnikoff et Gamaleïa, veulent bien nous prêter leur concours. La morphologie des organismes inférieurs et la microbie comparée seront de leur domaine.

Vous connaissez, Messieurs, les espérances que nous donnent les travaux du docteur Gamaleïa. C'est à dessein que je me sers du mot *espérances*. L'application à l'homme est loin d'être faite en ce moment; mais la plus rude étape est franchie.

Constitué comme je viens de le dire, notre Institut sera à la fois un dispensaire pour le traitement de la rage, un centre de recherches pour les maladies infectieuses et un centre d'enseignement pour les études qui relèvent de la microbie. Née d'hier, mais née tout armée, cette science puise une telle force dans ses victoires récentes qu'elle entraîne tous les esprits. Cet enthousiasme que vous avez eu dès la première heure, gardez-le, mes chers collaborateurs, mais donnez-lui pour compagnon inséparable un sévère contrôle. N'avancez rien qui ne puisse être prouvé d'une façon simple et décisive. Ayez le culte de l'esprit critique. Réduit à lui seul, il n'est ni un éveilleur d'idées, ni un stimulant de grandes choses. Sans lui tout est caduc. Il a toujours le dernier mot. Ce que je vous demande là et ce que vous demanderez à votre tour aux disciples que vous formerez est ce qu'il y a de plus difficile à l'inventeur. Croire que l'on a trouvé un fait scientifique important, avoir la fièvre de l'annoncer et se contraindre des journées, des semaines, parfois des années à se combattre soi-même, à s'efforcer de ruiner ses propres expériences, et ne proclamer sa découverte que lorsqu'on a épuisé toutes les hypothèses contraires, oui, c'est une tâche ardue. Mais quand après tant d'efforts on est enfin arrivé à la certitude, on éprouve une des plus grandes joies que puisse ressentir l'âme humaine, et la pensée que l'on contribuera à l'honneur de son pays rend cette joie plus profonde encore. Si la science n'a pas de patrie, l'homme de science doit en avoir une, et c'est à elle qu'il doit reporter l'influence que ses travaux peuvent avoir dans le monde.

S'il m'était permis, Monsieur le Président, de terminer par une réflexion philosophique provoquée en moi par votre présence dans cette salle de travail, je dirais que deux lois contraires semblent aujourd'hui en lutte: une loi de sang et de mort qui, en imaginant chaque jour de nouveaux moyens de combat, oblige les peuples à être toujours prêts pour le champ de bataille, et une loi de paix, de travail, de salut qui ne songe qu'à délivrer l'homme des fléaux qui l'assiègent. L'une ne cherche que les conquêtes violentes, l'autre que le soulagement de l'humanité. Celle-ci met une vie humaine au-dessus de toutes les victoires; celle-là sacrifierait des centaines de mille existences à l'ambition d'un seul.

La loi dont nous sommes les instruments cherche même à travers le carnage à guérir les maux sanglants de cette loi de guerre. Les pansements inspirés par nos méthodes antiseptiques peuvent préserver des milliers de soldats. Laquelle de ces deux lois l'emportera sur l'autre? Dieu le sait. Mais, ce que nous pouvons assurer, c'est que la science française se sera efforcée, en obéissant à cette loi d'humanité, de reculer les frontières de la vie.

M. le Président de la République a, sur la demande que lui en avait faite M. Pasteur, distribué la croix d'officier de la Légion d'honneur à MM. les professeurs Grancher et Duclaux et la croix de chevalier à M. le docteur Chantemesse.

Après cette imposante cérémonie, qui s'est terminée par le cri de: *Vive Pasteur!* poussé par les assistants, il a été procédé à la visite de l'Institut, dont les constructions sont achevées et qui ne nécessite plus que quelques aménagements intérieurs.

Sur l'espace très vaste où ils sont élevés, les bâtiments occupent environ la moitié. A quelques mètres en arrière d'une grille qui longe la rue Dutot et qui se termine à l'ouest par la maison du concierge, s'élève la façade de l'édifice, consacré au logement de M. Pasteur et de ses aides, à la bibliothèque, au service de l'économat et à des laboratoires réservés. En arrière, une large galerie conduit au bâtiment principal, qui renferme trois étages de laboratoires. Ceux-ci sont divisés en laboratoires particuliers de recherches et en laboratoires d'enseignement pour un certain nombre d'élèves; ils comprennent un grand nombre de petites pièces avec l'aménagement ordinaire des laboratoires de microbiologie et de chimie, deux salles plus vastes, un petit amphithéâtre de cours pour M. Duclaux, qui y transporte sa chaire de la Sorbonne, et les locaux destinés au service des inoculations antirabiques. L'extrémité du terrain est réservée aux écuries, étables, bergeries, chenils, clapiers, poulaillers, etc., et aux

logements des personnes de service. Il n'existe assurément pas à Paris de plus grandiose installation scientifique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans son dernier conseil, la Faculté de médecine de Paris a accordé, sur sa demande, un congé d'un an, à M. le professeur A. Richet.

— M. le professeur Tarnier a été délégué dans la chaire de clinique de la rue d'Assas.

— MM. les agrégés Brun, Hutinel, Brissaud et Ballet ont demandé à se spécialiser comme suit: M Brun, dans la chaire d'ophthalmologie; M. Hutinel, dans la chaire des maladies des enfants; M. Brissaud, dans la chaire des maladies du système nerveux, et M. Ballet, dans la chaire des maladies mentales.

— Au prochain concours d'agrégation, les chaires de thérapeutique, maladies cutanées et syphilitiques et anatomie pathologique, seront spécialisées.

— Une Commission est chargée de préparer la réforme du concours du clinicat et de donner son avis sur le maintien ou la suppression des internes dans le service de chirurgie.

FACULTÉ DE MONTPELLIER. — Par décrets en date du 10 novembre 1888, M. le docteur Carrieu, agrégé, a été nommé professeur de pathologie interne, et M. le docteur Paulet, ancien professeur au Val-de-Grâce et à la Faculté de Lyon, médecin inspecteur des armées, a été nommé professeur d'anatomie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — L'assemblée de la Faculté de médecine de Nancy a présenté pour le décanat, en première ligne, M. Heydenreich, professeur de clinique chirurgicale (par 24 voix sur 28 votants).

HÔPITAUX DE NANTES. — A la suite des divers concours ouverts par les hôpitaux, ont été proclamés:

Internes titulaires: MM. Monnier, Briton, Chevalier, Brindeau, Allaire, Briauceau, Renoul, Gouraud, Leray, Sureau et Neveu-Dérotrie.

Internes provisoires: MM. Sourdille, Bellouard et Tulasne.

Externes: MM. Loréal, Lapeyre, Retaillau, Müller, Lenoir, Texier, Galard, Guilbaut, Le Coquil, Acher-Dubois, Tremant, Le Même, Brindejonc, Voyer, Derien et Leïsjoin.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. G. Pouchet, professeur au Muséum, a commencé le samedi 10 novembre, à quatre heures du soir, une série de conférence sur l'hystologie comparée des vertébrés, avec préparations à l'appui, et les continuera chaque samedi à la même heure, dans le laboratoire d'hystologie zoologique, rue de Buffon, 55, où devront se faire inscrire les personnes qui désireront suivre ces conférences.

COURS D'OPHTHALMOLOGIE. — M. Gillet de Grandmont commencera son cours de médecine opératoire sur les yeux, le vendredi 16 novembre à huit heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Les élèves seront exercés à la pratique des opérations.

BULLETIN DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES. — M. le docteur Lardier (de Rambervillers) vient de prendre l'initiative d'une proposition à laquelle tous les hygiénistes ne pourront manquer d'applaudir. Notre honorable confrère rappelle d'abord que la plupart des épidémies de fièvre typhoïde, de scarlatine, de diphthérie, etc., sont *importées* soit par un soldat qui, après avoir été en congé et s'être trouvé accidentellement dans un milieu contaminé, rapporte au régiment des germes morbides; soit par un collégien qui, dans les mêmes conditions, peut infecter ses camarades ou encore par toute personne qui se déplace et peut se trouver en contact avec des malades; puis il cherche les moyens qui pourraient, dans des cas, éviter un danger réel. Une connaissance parfaite de l'état sanitaire, au point de vue des maladies épidémiques, de la plupart des localités lui parait de nature à rendre problématique la dissémination des germes. Sachant que dans telle ville, dans tel chef-lieu de canton, sévissent la diphthérie, la scarlatine ou la fièvre typhoïde, on hésitera, dit-il, à y envoyer en permission les collégiens ou les soldats. Ajoutons que l'on pourra, tout au moins au moment où ceux-ci rejoindront la caserne ou le collège, prendre certaines mesures de préservation. La création d'un *Bulletin hebdomadaire des maladies épidémiques en France* répond donc à un besoin réel. Une publication de ce genre, qui pourrait être annexée au *Journal officiel* et communiquée ainsi à tous les agents de l'autorité, puis, par leur intermédiaire, aux médecins et aux instituteurs, rendrait à la santé publique les services les plus méritoires. C'est pourquoi nous avons voulu nous associer tout de suite à la proposition de M. le docteur P. Lardier.

MÉDECINS MEMBRES DES COMITÉS A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1889. — MM. les docteurs Bourneville, Chautemps, Dreyfus-Brisac, Jeanson, Le Fort, A.-J. Martin, Monod, Napias, Peyron, Rochard, Th. Roussel et Trélat sont nommés membres du comité d'organisation du congrès international de l'Assistance publique.

MM. les docteurs Ballet, Bergeron, Bouchard, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Chantemesse, Charcot, Chauffard, Comby, Damaschino, Debove, Desnos, Du Cazal, Féréol, Guyot, Hérard, Jaccoud, Joffroy, Kelsch, Landouzy, Lereboullet, Letulle, Millard, Moutard-Martin, Peter, Potain, Rendu, Siredey et Villemin sont nommés membres du comité d'organisation du congrès international de pathologie interne.

MM. les docteurs Berthelot, Mathias-Duval, Lagneau, Letourneau, Pozzi, de Quatrefages et Topinard sont nommés membres du congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique.

MM. les docteurs Berthelot, Brouardel, Javal, Rochard et Troisier sont nommés membres du comité d'organisation du congrès international pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation.

MM. les docteurs Balzer, Ducastel, Gailleton, Hardy, Humbert, Laillier, Leloir, Mauriac, Pozzi et Ricord sont nommés membres du comité d'organisation du congrès international de dermatologie et de syphiligraphie qui doit avoir lieu pendant l'Exposition de 1889.

NÉCROLOGIE. — Les journaux de Vienne nous apprennent la mort du célèbre professeur Bamberger. Né à Prague le 27 décembre 1822, Henri de Bamberger fut l'élève de Skoda et de Rokitansky et, après avoir été assistant à Prague et professeur extraordinaire à Leipzig et à Wurtzbourg, il fut en 1872 appelé à recueillir à Vienne la succession d'Oppolzer. Ses travaux sur les maladies du cœur (1857), sur les maladies de l'appareil chylifère (1864) ont surtout assuré sa notoriété scientifique. Bamberger jouissait à Vienne et comme professeur et comme médecin d'une grande et légitime réputation.—On annonce aussi la mort de MM. les docteurs Mercier (de Fontenay, Vendée), Vonnet (de Neuville), Jacquet (de Lyon), Phelippeaux (de Saint-Savinien), et de M. Collin, médecin principal de la marine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 23 novembre). — *Ordre du jour :* M. Lereboullet : Plusieurs cas de pleurésie hémorrhagique. — M. Féréol : De l'enteroptose. — M. Barth : Du lymphome malin et de son traitement par les injections interstitielles d'arsenic. — M. Troisier : Sur la pleurésie consécutive à la pneumonie. — M. Millard : Présentation de malades. Guérison de l'hépatite alcoolique. — M. Barié : Tabes et goitre exophthalmique. — M. Netter : Sur la pleurésie purulente.

MORTALITÉ A PARIS (44e semaine, du 28 octobre au 3 novembre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 18. — Variole, 3. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 31. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 204. — Autres tuberculoses, 36. — Tumeurs : cancéreuses, 43 ; autres, 5. — Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 49. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 28. — Bronchique chronique, 36. — Broncho-pneumonie, 28. — Pneumonie, 49. — Gastro-entérite: sein, 13; biberon, 32. — Autres diarrhées, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 24. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 167. — Causes inconnues, 14. — Total : 946.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

10809. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 21 novembre 1888.

Séance de rentrée de la Faculté de médecine de Nancy; *Académie de médecine:* **Étiologie du tétanos.**

Si des raisons d'ordre extra-scientifique et sur lesquelles il serait pénible d'insister ont dû faire supprimer à Paris la séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine, il n'en est pas de même en province. Presque partout on est heureux de voir les établissements d'enseignement supérieur affirmer leur vitalité et leur autonomie en conviant maîtres et élèves à applaudir aux progrès accomplis, aux espérances d'avenir. Parfois cependant, c'est surtout au passé que l'on songe dans ces réunions universitaires. Et c'est à ce point de vue que nous devons signaler avec la plus vive sympathie la séance de rentrée de la Faculté de Nancy. Elle empruntait cette année un intérêt spécial à deux incidents qui ne pouvaient manquer de nous émouvoir : les adieux adressés à M. Tourdes par ses collègues et par ses élèves, puis le discours prononcé par M. Beaunis sur l'ancienne École de médecine militaire et l'ancienne Faculté de Strasbourg.

Atteint par la limite d'âge, le vénéré doyen de la Faculté de Nancy occupait pour la dernière fois le fauteuil de la présidence. Or il avait su, pendant plus d'un demi-siècle, mériter non seulement l'estime et le respect, mais encore l'affection et la gratitude de tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre. Comme professeur de médecine légale, il sera permis à celui qui fut son préparateur en 1864 de l'affirmer hautement, il avait été le premier en Europe à inaugurer l'enseignement *pratique* d'une science dont chacun aujourd'hui sait reconnaître l'importance et les incessants progrès. Par ses cours publics, par ses conférences, avec autopsies et démonstrations faites en présence et avec la collaboration de ses élèves, par les nombreux articles qu'il a écrits dans le *Dictionnaire encyclopédique* depuis sa fondation jusqu'à ce jour où nous imprimons ses derniers volumes, M. Tourdes a bien mérité de la science dont il a été l'un des plus éminents vulgarisateurs. Et comme doyen de la Faculté de Nancy, comme membre du conseil supérieur de l'instruction publique, notre excellent maître a su prouver que ses qualités d'administrateur égalaient ses aptitudes scientifiques et son activité laborieuse. En lui offrant un témoignage éclatant de leur juste reconnaissance, les professeurs et les élèves de la Faculté de Nancy se sont honorés eux-mêmes de l'honneur qu'ils rendaient à leur chef respecté.

Le discours de M. Beaunis a été accueilli par d'enthousiastes acclamations et, ajoute la *Revue médicale de l'Est*, « il a fait couler bien des larmes ». Il était difficile, en effet, d'écrire avec plus d'éloquence, d'autorité et d'émotion communicative l'histoire de deux institutions qui ont porté si haut le renom de l'université de Strasbourg et celle des hommes qui ont contribué à assurer l'union intime de la Faculté et de l'École de médecine militaire. M. Beaunis, qui a été l'un des plus actifs et des plus éminents parmi les anciens répétiteurs-agrégés, a rappelé les noms de tous ceux qui, à la Faculté comme à l'École de médecine militaire, ont eu l'honneur de lutter pour relever le niveau de l'enseignement et fournir à l'armée des médecins disciplinés, instruits et laborieux. Il a cité l'hommage si autorisé que le regretté Gosselin a rendu jadis à nos élèves de Strasbourg. Il a justement exprimé les regrets que doivent causer à ceux qui ont la conscience de leur valeur et des services qu'ils pourraient rendre à la patrie, les raisons d'ordre stratégique et d'ordre universitaire qui obligent le Ministre de la guerre à installer à Lyon la nouvelle École dont les Chambres viennent de voter la création.

M. Beaunis, qui sait bien ce qui faisait la force des deux institutions, si prospères à Strasbourg, en a tracé un tableau aussi brillant que fidèle. Il a défini en excellents termes ce que doit être le médecin militaire; il a prouvé ce qu'avait pu obtenir à ce point de vue, grâce aux maîtres qui l'ont dirigée, l'ancienne École de médecine militaire de Strasbourg. Nous qui, depuis 1872, avons lutté dans les colonnes de ce journal, pour obtenir la réorganisation de cette École, nous ne pouvons qu'applaudir au vot-

qui vient de l'assurer et faire des vœux pour que la Faculté, qui aura réclamé la mission d'instruire les médecins de l'armée, s'applique, comme la Faculté de Strasbourg, à consacrer toute son activité, son dévouement et son zèle à cette tâche aussi honorable que difficile.

— Une discussion complète et approfondie de toutes les questions relatives à l'étiologie du tétanos devant s'ouvrir prochainement devant l'Académie, nous attendrons qu'elle soit commencée pour résumer les arguments, développés aujourd'hui par M. A. Guérin. Disons seulement que, dans la savante communication de l'éminent chirurgien, il est plusieurs points importants et sur lesquels il convient d'appeler l'attention des chirurgiens. Le premier a trait à l'anatomie pathologique du tétanos et à l'opportunité de rechercher dans le tissu nerveux les éléments organiques, microbiens ou autres, qui pourraient être les agents infectieux. Le second est relatif aux modes de contagion de la maladie. L'analyse des observations déjà publiées nous permettra de montrer qu'à ce point de vue la lumière peut être faite. Enfin M. A. Guérin, ayant remarqué que les pansements antiseptiques les mieux faits n'empêchent point le tétanos de se développer, en conclut que l'agent morbide n'est pas un micro-organisme. Nous avons déjà fait remarquer à ce sujet que le tétanos a une période d'incubation relativement fixe et assez longue. Or il serait assez aisé de rechercher si, dans tous les cas observés, l'inoculation n'a pas précédé l'application du pansement. M. A. Guérin a cité des faits qui prouvent, non seulement cette inoculation, mais encore la rapidité avec laquelle le poison se diffuse dans l'organisme. Il en est donc du tétanos comme de la rage. Il faut intervenir à temps. Au bout de quelques heures peut-être l'organisme est infecté.

On voit combien est grave et complexe ce sujet de pathologie générale. Espérons que la discussion annoncée en éclairera les points encore obscurs.

OBSTÉTRIQUE

De l'application du forceps au détroit supérieur rétréci.

Lorsque, chez une femme enceinte, le détroit supérieur du bassin est rétréci dans son diamètre antéro-postérieur ou promonto-pubien minimum, la tête fœtale se présentant la première ne pénètre pas dans l'excavation pelvienne pendant les derniers temps de la grossesse comme elle le fait, à l'état normal, à partir de sept mois et demi, chez les primipares, dans le courant du huitième mois chez les multipares. L'accommodation pelvienne, comme on dit, fait défaut; elle ne se produit ou ne tend à se produire que pendant le travail, quand il n'existe pas de disproportion trop considérable entre les dimensions de la tête et celles de l'entrée du bassin. Si, la grossesse étant arrivée à son terme, les contractions utérines du travail sont impuissantes à forcer la pénétration, l'art doit intervenir. Deux grandes méthodes sont alors applicables pour l'extraction de l'enfant vivant: la version pelvienne par manœuvres internes, qui, à l'heure actuelle, a de nombreux partisans en Angleterre, en Amérique et en Allemagne; le forceps, pour lequel nous avons en France des préférences justifiées.

I

Étant donné qu'on emploie le forceps, comment faut-il l'appliquer? C'est la seule question que je veuille aborder ici; et, pour cela, je dois d'abord rappeler brièvement l'attitude de la tête à saisir, ses rapports avec l'anneau pelvien rétréci, et le mécanisme par lequel elle le traverse lorsque l'accouchement se termine spontanément.

La tête fœtale retenue au détroit supérieur moyennement rétréci est en position transversale, l'occiput regardant directement à gauche ou directement à droite, un pariétal en avant, l'autre en arrière.

Elle est inclinée sur son pariétal postérieur, de telle sorte que la suture sagittale ou inter-pariétale, dessinant un diamètre transverse, inter-iliaque, se trouve presque immédiatement derrière le pubis; le pariétal antérieur surplombant la symphyse est inaccessible au toucher dans sa plus grande partie, tandis que le pariétal postérieur, couvrant l'aire du détroit supérieur, se présente le premier (voy. plus loin la figure 3).

Enfin la tête est ordinairement mal fléchie: le doigt explorateur touche presque aussi aisément la fontanelle frontale que la fontanelle occipitale.

A mesure que les contractions utérines poussent le fœtus, on voit: 1° s'accentuer la descente du pariétal postérieur; 2° la flexion de la tête s'opérer; 3° la tête basculer légèrement d'avant en arrière.

Les résultats de ces divers mouvement sont les suivants:

L'engagement anticipé du pariétal postérieur fait que l'extrémité postérieure du diamètre maximum bi-pariétal, c'est-à-dire la bosse pariétale postérieure, passe le rétrécissement, s'engage, en un mot, avant la bosse pariétale antérieure retenue sur le pubis. Grâce à cet artifice, un diamètre bi-pariétal de 9 1/2 centimètres va pouvoir passer ou essayer de passer au travers d'un anneau rétréci de 8 centimètres par exemple.

La flexion de la tête met en rapport avec le promontoire saillant le ptéryon postérieur, confluent membraneux et très dépressible des sutures fronto et temporo-pariétales. C'est dès lors non plus le diamètre bi-pariétal (maximum), mais un diamètre céphalique allant de ce confluent dépressible (en arrière) à la bosse pariétale antérieure, qui va solliciter le passage au niveau du diamètre pelvien rétréci.

C'est alors qu'intervient la bascule de la tête.

Le promontoire s'imprime pour ainsi dire, se creuse parfois une loge profonde au niveau du ptéryon postérieur. La tête se réduit dans son diamètre temporo-pariétal et pivote sur l'angle sacro-vertébral; la bosse pariétale postérieure, dès longtemps descendue, va se loger dans la concavité du sacrum, la suture sagittale s'éloigne du pubis, le pariétal antérieur devient de plus en plus accessible et enfin la bosse pariétale antérieure, l'obstacle à la descente, enfoncée derrière le pubis, vient laminer la face postérieure de la symphyse.

La tête, tout à l'heure au-dessus du détroit supérieur et mobile, est maintenant dans le détroit et fixée, enclavée disaient les anciens.

Un pas de plus: la bosse pariétale antérieure passe à frottement derrière la symphyse. Les deux bosses pariétales sont au-dessous du rétrécissement, la tête est engagée et va pouvoir descendre, sans plus de peine, jusqu'à la sortie du bassin.

II

Lorsque les contractions utérines sont impuissantes à produire ce mécanisme, le forceps doit les suppléer.

Il va de soi que les tractions exercées sur l'instrument devront être souvent énergiques, sans jamais être violentes. Dès lors une des premières conditions de l'application du forceps est d'être *solide;* sinon, l'instrument dérape et la tête reste. Or, *pour être solide, la prise doit être régulière,* c'est-à-dire qu'elle doit, de l'avis unanime, réunir les conditions suivantes :

« Il faut que les cuillers soient appliquées sur les côtés de la tête, et de manière que la concavité des bords soit dirigée vers l'occiput. Dans ces conditions, chaque cuiller porte sur les parties latérales ; les bosses pariétales se trouvent logées dans l'ouverture des fenêtres, à l'endroit du plus grand écartement des branches, et le diamètre occipito-mentonnier suit à peu près une ligne tirée de l'extrémité des cuillers vers le pivot (1). »

De plus, *le forceps,* après avoir saisi la tête mal fléchie et inclinée sur le pariétal postérieur, *ne devra en aucune façon contrarier les mouvements de flexion et de bascule qui vont permettre l'engagement.* Il serait même bon qu'il y aidât. Afin de laisser à la tête assez de mobilité entre les cuillers de l'instrument, pour qu'elle puisse se fléchir, rester libre comme une poulie dans sa chape, rien ne vaut non plus la prise régulière. Mais encore faut-il qu'en serrant de plus en plus les manches de l'instrument, au fur et à mesure qu'il doit tirer davantage, l'opérateur n'immobilise pas la tête entre les cuillers du forceps.

On comprend de plus, sans qu'il soit nécessaire d'insister, *qu'il serait très avantageux que le forceps pût aider au mouvement de bascule* qui engage la bosse pariétale antérieure, comme le ferait par exemple la cuiller antérieure agissant à la façon du levier sur cette bosse pariétale qu'elle encadre.

Enfin, si le forceps exerce une *compression* sur la tête fœtale, il est bon qu'elle se fasse précisément *sur le diamètre céphalique* (bi-pariétal) dont la trop grande longueur est cause de l'arrêt dans la progression de la tête.

D'où il suit que tous les accoucheurs sont d'accord sur ce point : *L'application idéale du forceps au détroit supérieur serait l'application régulière sur les régions pariétales.*

Mais tous sont non moins d'accord sur cet autre point, ainsi formulé par Cazeaux : « La tête, retenue au-dessus du détroit supérieur rétréci dans son diamètre promonto-pubien, est placée en position transversale ou diagonale, mais le plus souvent transversale ; car elle a toujours de la tendance à offrir ses plus grands diamètres aux plus grands diamètres du bassin. C'est donc alors le diamètre bi-pariétal qui correspond au plus petit diamètre ; d'où il résulte, que *c'est sur les deux extrémités du diamètre bi-pariétal, qu'il faudrait que fussent appliquées les cuillers.* Or nous avons démontré que *cela n'était possible dans aucun cas:* mais *cette impossibilité est encore plus évidente dans le cas de rétrécissement.* »

III

Cette proposition, que les traités d'accouchements ont reproduite à l'envi depuis plus de cent ans sous une forme peu variée, a fait son apparition en France à la fin du siècle dernier. Son auteur, à coup sûr, n'avait pas lu *Smellie.*

(1) Cazeaux. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements,* 10e édition, revue et annotée par S. Tarnier.

Le grand accoucheur anglais, qui le premier eut l'idée de porter le forceps sur la tête au-dessus du détroit supérieur, avait dès 1752 indiqué la possibilité de l'y saisir par les deux oreilles (1). Il fit même construire dans ce but un instrument plus long que celui dont il se servait tout d'abord et auquel il ajouta une nouvelle courbure (pelvienne), semblable à celle du forceps de Levret. Il semble toutefois que Smellie ait éprouvé quelques craintes à vulgariser son procédé ; il ne l'a point figuré dans son remarquable atlas et ne fit pas connaître, même à ses élèves, tout le parti qu'on en pouvait tirer, dans la crainte de les rendre trop entreprenants. « On ne doit, disait-il dans son premier livre, jamais se servir de ce forceps, excepté lorsque la tête est petite; car, comme nous l'avons déjà observé ci-dessus, lorsque la tête est grosse et qu'elle demeure en plus grande partie au-dessus du bassin, les parties de la femme seraient sujettes à s'enflammer et à être contuses, si l'on y faisait trop de violence. » Et plus tard dans la préface de ses observations : « Comme *je ne me sers guère de forceps, si ce n'est* dans les cas où la tête se trouve avancée dans le bassin, ou pour me servir des termes de l'art, *lorsque la tête est enclavée,* je me sers, dans ces cas-là, des forceps courts » (fig. 1).

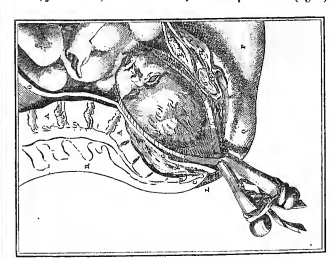


Fig. 1. — Forceps droit régulièrement appliqué sur la tête enclavée *dans le détroit supérieur* (Smellie).

La méthode de Smellie passa inaperçue en France. *Levret,* qui n'avait d'ailleurs de la filière pelvienne et du mécanisme de l'accouchement qu'une idée beaucoup moins nette que son confrère « Semellié », n'aborda pas cette question. De telle sorte que *Deleurye* s'imagina être le premier à saisir, à l'aide du forceps, la tête arrêtée au-dessus de la margelle du bassin ; croyant à l'impossibilité d'une application régulière dans ces conditions, il conseilla de porter les cuillers sur les côtés du bassin, l'une directement à gauche, l'autre directement à droite, ce qui revenait à prendre la tête du front à l'occiput ; prise très irrégulière, très peu solide et ayant, outre l'inconvénient d'entraîner la tête en l'immobilisant, celui de tendre à réduire inutilement le diamètre occipito-frontal, en augmentant le bi-pariétal qu'il eût été bon de diminuer.

C'est ce que fit très judicieusement ressortir *Baudelocque* en 1787. Élève favori et héritier scientifique de Solayrès qui, dès 1769, recommandait dans ses cours particuliers, et en 1770, employait lui-même, en présence de plusieurs de

(1) *On the theor. and pract. of midwifery,* 1752.

ses élèves, la méthode si timidement indiquée par Smellie, Baudelocque vanta à nouveau les avantages de celle-ci, la décrivit et tenta de la figurer après l'avoir mise en pratique plus de vingt fois (fig. 2). Pour lui la méthode de Deleurye n'aurait sa raison d'être que si la tête était enclavée transversalement dans le détroit supérieur au point de ne pouvoir être repoussée, ce qui lui paraît d'ailleurs hors de toute vraisemblance. Toutefois, malgré son propre plaidoyer en faveur de la prise bi-pariétale au-dessus du détroit supérieur, et retenu sans doute par les mêmes craintes que Smellie, Baudelocque préfère encore et recommande de préférer la version, chaque fois qu'elle est possible; si bien qu'il ne réussit pas à vulgariser la prise régulière de la tête au



FIG. 2. — Forceps régulièrement appliqué sur la tête retenue au-dessus du détroit supérieur (Baudelocque, *L'art des accouchements*, t. II, pl. XI).

détroit supérieur, prise que Mme Lachapelle condamna définitivement et sans appel, semblait-il, dans son premier mémoire.

Deleurye l'emportait et sa proposition passa rapidement au rang d'axiome.

Cependant on ne tarda pas à s'apercevoir (Rhamsbotham, Simpson) que, malgré le précepte formel de diriger les cuillers sur les côtés du bassin, on retrouvait presque toujours les traces de chaque branche sur *une des bosses occipitales* et sur la *bosse frontale opposée*, ce qui prouvait que, malgré lui, l'accoucheur avait placé l'instrument dans une position oblique. On réfléchit alors que, la tête étant transversale, son grand diamètre (fronto-occipital) répondait forcément au grand diamètre du bassin et l'obstruait, que les cuillers ne pouvaient se placer facilement que *l'une derrière la cavité cotyloïde, l'autre au-devant de la symphyse sacro-iliaque,* seuls points où la tête laissât un espace vide. Et dès lors les accoucheurs pratiquèrent et enseignèrent l'application de forceps dite *oblique,* oblique par rapport à la tête et par rapport au bassin, application moins mauvaise que la fronto-occipitale, mais très inférieure encore à la bi-pariétale.

Les résultats n'en étaient point brillants; l'application du forceps sur une tête mobile au-dessus du détroit supérieur restait toujours une opération qu'on n'entreprenait qu'à regret, un peu à l'aveugle, ce dont se ressentaient trop souvent et la mère et le fœtus. « L'application du forceps est toujours difficile au niveau du détroit supérieur, à plus forte raison quand la tête est mobile au-dessus de ce détroit; aussi n'y a-t-on recours que dans le cas d'absolue nécessité, encore préfère-t-on souvent faire la version » (Tarnier, in *Atlas complémentaire*, etc.). Les mémoires relativement récents de Taylor, Goodel, C. Ruge, Dohrn, Kormann, Lœwenhardt, Borinsky, Williams, Champetier de Ribes, etc., sont là pour témoigner de la tendance qui entraînait les accoucheurs vers la version et l'extraction tête dernière.

Et tout récemment encore Lusk, s'appuyant sur une statistique de H. Williams publiée en 1879, allait jusqu'à écrire : « Tant que la tête n'est pas engagée dans le détroit, le forceps doit être relégué à un rang qui ne le démontre guère moins dangereux que l'opération césarienne »!

IV

La question en était donc restée au point ou à peu près où l'avait laissée Deleurye dont la doctrine se transmettait de génération en génération lorsque M. Pinard entreprit, en 1883, de démontrer qu'il était possible, dans tous les cas où l'emploi du forceps est indiqué, de faire, sur la tête *au-dessus du détroit supérieur*, l'application idéale, de *placer les*

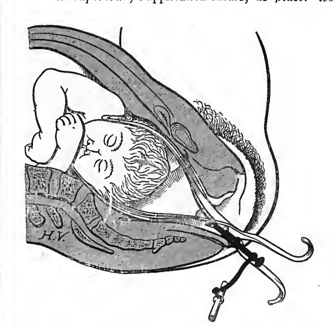


FIG. 3. — Forceps Tarnier régulièrement appliqué sur la tête, retenue au-dessus du détroit supérieur (Pinard).

cuillers sur les régions pariétales, l'une directement devant le promontoire, l'autre directement derrière le pubis (fig. 3); qu'outre les avantages dès longtemps reconnus par Baudelocque cette façon de procéder avait celui de commencer, à l'aide de la cuiller antérieure agissant comme levier, la bascule de la tête; et qu'enfin, grâce aux modifications apportées au forceps par M. Tarnier (traction rendue indépendante de la préhension, forceps guidé par la tête), la tête saisie par les oreilles restait absolument libre dans

ses mouvements de flexion et d'extension, comme l'indiquent les oscillations externes, visibles, des branches de préhension, mobile sur son axe transversal et sur place, pouvant enfin se déplacer en masse, c'est-à-dire se porter pendant l'extraction d'un côté ou de l'autre du bassin.

Depuis 1883, tant dans son service de Lariboisière qu'à la clinique de la Faculté, M. Pinard a poursuivi ses recherches cliniques, démontré par sa pratique personnelle la possibilité de son procédé, que ses élèves, dont je suis, ont répété maintes fois sous sa direction, et solidement établi que les craintes jadis formulées par Smellie et Baudelocque à ce sujet n'était nullement fondées.

Mon collègue et ami Lepage vient de consacrer à l'exposé de ces recherches sa thèse inaugurale (1). Je vais résumer, d'après les données qu'elle renferme, les résultats de la pratique de M. Pinard.

Sur 29 cas de rétrécissements du bassin dans lesquels M. Pinard a été appelé à employer le forceps, 21 fois celui-ci, régulièrement appliqué sur les régions pariéto-malaires, a triomphé de l'obstacle. Toutes les mères sont sorties en bonne santé.

3 enfants sont morts ; 18 *sont sortis vivants de l'hôpital du neuvième au vingtième jour.*

Le tableau suivant résume ces 18 observations.

Nos	Diamètre promonto-sous-pubien.	Poids de l'enfant.
1	Promontoire accessible.	3150
2	Id.	2850
3	Id.	3740
4	Id.	3900
5	11 1/2	3850
6	10 1/2	3950
7	10 1/2	3050
8	10 1/2	4620
9	10 1/2	3800
10	10	3450
11	9 1/2	3320
12	9 1/2	4000
13	9,8	3500
14	9,2	3750
15	9	4300
16	9	3275
17	8	1870
18	fibrome volumineux enclavé.	2350

8 fois, le forceps régulièrement appliqué n'ayant pu engager la tête, on dut réduire le volume de celle-ci par la basiotripsie. Le tableau ci-joint indique, pour chaque cas, le degré de rétrécissement et le poids de l'enfant.

Nos	Diamètre promonto-sous-pubien.	Poids de l'enfant.
1	10,2	2800
2	9,3	3520
3	8,5	4750
4	8,5	2850
5	8	2870
6	8	2880
7	7,9	2350
8	7,3	2600

Dans un prochain article nous comparerons à ces résultats ceux qu'on obtient par la version dans les rétrécissements du bassin.

H. VARNIER.

(1) *Des applications de forceps au détroit supérieur*, in-8°, Paris, G. Steinheil, 1888.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique médicale.

GUÉRISON D'UN KYSTE HYDATIQUE DU FOIE PAR UNE PONCTION ASPIRATRICE UNIQUE, par M. le docteur TRIAIRE (de Tours).

La guérison d'un kyste hydatique du foie par une simple ponction aspiratrice n'est assurément pas une grande nouveauté. Aussi ne serions-nous pas tenté d'en rapporter ici une nouvelle observation, si l'entente était actuellement parfaite au sujet des méthodes opératoires suscitées par le traitement de cette affection, et si la ponction n'était pas actuellement le plus souvent envisagée, plutôt comme une précaution exploratrice destinée à éclairer le diagnostic et devant être rapidement suivie d'une grande opération chirurgicale, que comme un procédé de traitement curatif et définitif.

A ce point de vue, il nous paraît intéressant de mettre en face des procédés de *laparatomie*, aujourd'hui préconisés, les résultats qui peuvent être obtenus par une simple et unique ponction.

Le sujet de cette observation est une jeune fille du département de l'Indre, Mlle R..., âgée de vingt-quatre ans.

Elle vint nous consulter pour la première fois en 1886.

A cette époque, elle est fraîche et robuste, et son état général est parfait. Elle accuse une tumeur au côté droit, tumeur qui lui donne quelques maux d'estomac et un sentiment de plénitude dans l'hypochondre.

Elle a été soignée par les vésicatoires, les pommades résolutives et a fait une saison à Vichy.

L'examen direct fait percevoir une voussure localisée au niveau de la région épigastrique. Cette saillie affecte la forme convexe d'un immense verre de montre et mesure verticalement 12 centimètres au-dessous de l'appendice xypboïde, et transversalement, 16 centimètres.

Elle est mate à la percussion, contiguë avec le foie, indolente à la pression, rénitente et donne la sensation d'une fluctuation manifeste à travers des tissus qui sont l'objet d'une tension considérable.

En recherchant la fluctuation, on perçoit nettement le frémissement hydatique.

Ce symptôme caractéristique, qui est très exceptionnellement observé, comme on le sait, n'a jamais fait défaut dans aucun des examens de la malade, et celle-ci avait elle-même pris l'habitude de le percevoir en posant les doigts sur la tumeur.

Le diagnostic de kyste hydatique du foie étant évident, l'opération est proposée. La cure radicale sera tentée d'abord par une ponction aspiratrice complète. Si le liquide se reproduit, nous opérerons par le procédé préconisé par M. Verneuil (ponction par le trocart et sonde de caoutchouc).

La malade, redoutant les suites de cette intervention, demande à attendre et ne revient, pour s'y soumettre, que l'année suivante, en septembre 1887, *après avoir suivi, sur notre conseil — pendant les six semaines qui précèdent sa visite — un traitement à l'iodure de potassium.*

La situation est profondément modifiée. Mlle R... a perdu sa bonne mine et a considérablement maigri. Elle est dépourvue d'appétit, éprouve des nausées, des vomissements, de la dyspepsie et une gêne permanente dans l'hypochondre droit.

La tumeur s'est considérablement accrue. Elle mesure maintenant verticalement 17 centimètres, transversalement 27 centimètres et s'étend d'un hypochondre à l'autre.

Nous pratiquons l'opération avec un des trocarts capillaires de l'opérateur Potain, et donnons issue à près de 2 litres de liquide incolore et sans odeur.

Tout le liquide est évacué jusqu'à la dernière goutte, et les précautions les plus minutieuses sont prises pour maintenir l'opérée dans l'immobilité et prévenir l'écoulement de quelques gouttes dans le péritoine.

Malgré cette sollicitude, elle est atteinte dans la nuit même d'une éruption confluente d'urticaire, de douleurs abdominales et de fièvre violente. Ces accidents prévus, mais que nous avions espéré éviter, ne durent que peu de jours, et la malade entre rapidement en pleine et franche convalescence.

Le liquide ne se renouvelle pas.

L'analyse décèle la présence de crochets et de vésicules, d'albumine (4 pour 1000), et de matières fixes (sels minéraux et alcalins, 12 grammes).

On ne trouve pas de traces de l'iodure de potassium, qui y est recherché sur notre recommandation.

Cette brève observation, dont nous n'avons fait ressortir que les traits principaux pour ne pas fatiguer le lecteur de détails cliniques présents à tous les esprits, est une nouvelle preuve à ajouter à celles que l'on possède déjà de la curabilité des kystes du foie par une ponction unique.

Un an s'est, en effet, écoulé depuis notre opération, et nous avons actuellement sous nos yeux la malade dont la guérison s'est maintenue.

Dans une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. Debove, faisant comme nous allusion aux opérations de *laparatomie*, dans les kystes hydatiques du foie, a rappelé qu'il existait d'anciennes méthodes et des moyens plus simples de traiter cette affection que la grande opération chirurgicale préconisée aujourd'hui.

Il a cité des observations de malades qu'il a traités et guéris par des ponctions suivies d'injection de liqueur de Van Swieten ou de sulfate de cuivre à 5 pour 100. D'autres membres de la Société, MM. Troisier et Germ. Laroze, ont également rappelé qu'ils ont obtenu des cas de guérisons à la suite de ponctions simples.

Il est donc manifeste que dans des circonstances assez nombreuses, la guérison définitive des kystes hydatiques du foie peut s'obtenir sans une intervention chirurgicale très offensive.

La ponction simple et complète, préalable à toute autre opération, et de préférence à la ponction exploratrice incomplète, qui est insuffisante et qui n'est pas sans dangers, est naturellement la première opération curative qui paraît devoir être tentée. Sans doute, on peut objecter que la ponction ne peut être efficacement applicable à toutes les variétés de kystes qui s'offrent à l'observation. Mais, comme on ne peut savoir à l'avance si on aura affaire à un kyste curable ou à un kyste rebelle, il est bien difficile, dans l'incertitude, de refuser au malade le bénéfice de l'opération la plus inoffensive.

Mais une question se présente naturellement à l'esprit. Comment se fait-il que certains kystes guérissent par une simple ponction suivie ou non d'injections antiseptiques, et que d'autres ne guérissent pas?

Faut-il admettre que tous les kystes simples sont susceptibles d'être purement traités par une unique évacuation du liquide, et que les kystes contenant des hydatides secondaires entraînent, au contraire, un procédé opératoire plus énergique et plus complexe?

La clinique ne permet malheureusement pas d'admettre cette supposition. Quoique ce soient évidemment les kystes simples qui fournissent les cas de guérison par la ponction, il est manifeste qu'il en est parmi eux de rebelles dont le liquide se reproduit et qui exigent une intervention plus radicale.

La vérité est que ces faits ne comportent actuellement pas d'explications satisfaisantes, et que c'est l'incertitude dans laquelle nous sommes au sujet des résultats des procédés d'opération, tels que la ponction, qui porte fréquemment les chirurgiens de nos jours à employer des méthodes plus périlleuses, mais aussi plus absolues.

L'observation que nous avons résumée soulève, d'un autre côté, un problème dont la solution ne serait pas indifférente — si elle était prouvée par d'autres expérimentations — à la détermination du procédé chirurgical le moins offensif.

On connaît l'influence attribuée à l'iodure de potassium sur les hydatides. On sait que c'est le seul médicament dont l'action n'ait pas paru problématique, et qu'il a été prôné par des expérimentateurs tels que Hawkins, Desnos, Jaccoud.

On a vu cependant qu'après avoir, comme autrefois Murchison (*Transact. of path. Soc.*, 1865), Frerisch et Semmola (*Paris médical*, août 1876), soumis pendant six semaines notre malade aux préparations d'iodure de potassium, on ne put en trouver aucune trace dans le liquide extrait du kyste. Il paraîtrait donc logiquement difficile d'admettre que l'iodure puisse tuer les hydatides, s'il ne pénètre pas dans la poche.

Mais n'y pénètre-t-il réellement pas? Comment expliquer, en effet, que malgré son absence de vascularisation, la membrane hydatique échappe aux lois de l'endosmose, pendant que très certainement l'absorption des éléments normaux de la sérosité se fait pendant la vie des échinocoques? Comment expliquer que le liquide contienne de l'albumine dont la présence est liée dans ce cas à l'administration de l'iodure de potassium et indique la mort des hydatides?

Faut-il conclure que le médicament agit sans laisser de traces?

Cette conclusion, qui physiologiquement paraît téméraire, serait cependant cliniquement la seule satisfaisante, car on ne peut interpréter sans elle ni la présence de l'albumine, ni la mort des échinocoques. Et, si elle est fondée, comment ne pas songer que l'iodure de potassium exerçant une action nocive sur les hydatides peut faciliter la cure radicale poursuivie par la ponction? Dans ces conditions, il semble que l'administration préalable de ce médicament devrait entrer dans les précautions préliminaires et devenir une des conditions mêmes du succès de l'opération.

Ces lignes étaient écrites et prêtes à paraître quand nous avons pris connaissance de la communication de M. Debove, dont nous n'avions pu encore lire que le compte rendu analytique.

Ce distingué savant cite le cas d'un de nos confrères qui, ayant été opéré par la laparatomie d'un kyste hydatique du foie, fut, dans une récidive, guéri par M. Terrillon, grâce à la ponction suivie d'une injection de sublimé... Cette observation est manifestement concluante en faveur de la ponction suivie d'une injection antiseptique.

Il s'agit de savoir maintenant si l'iodure de potassium ne donne pas les mêmes résultats. C'est là ce que nous révélera l'expérimentation ultérieure. Mais il est évident que s'il tue réellement les hydatides, comme cela a été admis autrefois par les médecins qui l'ont expérimenté, comme paraît le confirmer la précaution que nous avons prise — *dans le but exprès de provoquer la mort des échinocoques* — de l'administrer avant l'opération, nous posséderions une méthode de guérison, plus simple, plus inoffensive, quoique basée sur les mêmes indications, que celle qui est préconisée par M. Debove.

Clinique médicale.

Sulfure de carbone et hystérie. — Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 9 novembre 1888, par M. Pierre Marie, médecin du Bureau central.

L'intérêt des deux cas d'hystérie dont j'aurai l'honneur de vous parler ne réside ni dans l'expression symptomatique de l'affection (il s'agit, en effet, d'hémiplégie pure et simple), ni dans le sexe masculin des malades, car depuis bientôt cinq ans que M. le professeur Charcot lui a donné l'essor, l'hystérie mâle court les rues et encombre les services hospitaliers.

C'est uniquement au point de vue étiologique que je me permettrai d'appeler votre attention sur mes deux malades. L'un et l'autre travaillent dans une fabrique de sulfure de carbone; il s'agit donc d'hystérie toxique, de l'hystérie toxique sulfocarbonée.

Je rapporte ici en abrégé leur histoire; l'observation détaillée sera publiée dans la thèse de doctorat de M. Georges Guinon.

Obs. I. — Le premier malade est un homme de trente-six ans, non alcoolique, qui a commencé à être employé à la fabrication du sulfure de carbone il y a sept mois; trois mois après son entrée dans la fabrique, il fut pris de cauchemars effrayants; à peu près à la même époque, il s'aperçut d'une très légère faiblesse; lorsqu'il entra à la Pitié dans le service où j'avais l'honneur de remplacer M. Hutinel, ce fut en se plaignant uniquement d'un essoufflement qu'il ressentait en montant les escaliers. — On constata alors qu'à l'insu du malade, il existait une hémianesthésie droite complète, mais avec quelques plaques au niveau desquelles on trouve un peu de sensibilité obtuse; — de ce côté existait également la perte du sens musculaire. Du même côté que l'hémianesthésie siégeait une hémiparésie d'intensité moyenne, mais bien nette cependant (au dynamomètre, main droite = 25 kilogrammes); la démarche ne présentait d'ailleurs rien de caractéristique. On put en outre constater, pour l'œil droit, un rétrécissement marqué du champ visuel, de la polyopie monoculaire, de la micropsie; pour l'oreille droite, une diminution de l'ouïe; le malade n'avait pas de réflexe pharyngien, on ne trouvait pas sur son corps de points hystérogènes; jamais d'attaque convulsive ni de perte de connaissance. Très émotif, se met dans d'atroces colère à la moindre contrariété, « il faut alors qu'il casse quelque chose ».

Obs. II. — Le second malade est un homme de soixante-trois ans, ayant travaillé longtemps comme terrassier; c'est en 1872 qu'il entra à la fabrique de sulfure de carbone, mais il n'y fut occupé que d'une façon très intermittente, reprenant au bout de quelque temps ses travaux de terrasse. Depuis 1872, les différents séjours faits par cet homme dans la fabrique de sulfure de carbone ne dépasseraient pas une durée totale de cinq ans.

Quand l'accident actuel est survenu, le malade n'était employé à la fabrique que depuis quatre mois.

Voici comment les choses se passèrent: étant occupé à vider une fosse contenant du sulfure de carbone, il fut violemment impressionné par les vapeurs qui s'en exhalaient et perdit connaissance, il put retourner à pied chez lui; le lendemain, son membre supérieur droit fut pris de fourmillements, puis, après trois ou quatre jours, de paralysie; la jambe ne fut paralysée que quelques jours plus tard.

Quand le malade entra à l'hôpital, la semaine suivante, on constata l'existence d'une hémiplégie droite incomplète, permettant la marche, mais avec claudication accentuée; — au dynamomètre, main droite = 11 kilogrammes.

Le réflexe rotulien est plutôt un peu diminué à droite; perte du réflexe cutané plantaire. — On constate du côté droit une hémianesthésie superficielle et profonde sans abolition complète du sens musculaire; de ce côté également, diminution de de la sensibilité pour l'ouïe, le goût, l'odorat. — L'œil droit présente un rétrécissement du champ visuel assez accentué, ainsi que de la polyopie musculaire, de la macropsie, de la micropsie. — Perte du réflexe pharyngien. — Céphalalgie assez persistante. — Le malade éprouve la nuit de violents cauchemars, il se voit poursuivi par des loups, par des lions. Son aspect est triste, il semble notablement déprimé. — A certains moments, surtout quand il est un peu ému ou qu'il répond aux questions qu'on lui adresse, on constate du côté droit de la face une déviation due à l'existence d'un hémispasme oculo-génioglosso-labié.

Je ne crois pas, messieurs, qu'il soit nécessaire de me livrer à une discussion minutieuse pour affirmer le diagnostic hystérique. Permettez-moi d'insister plutôt sur le rôle qu'a pu jouer en cette affaire le sulfure de carbone (1).

Quand le premier de ces malades entra dans le service, je n'avais pas hésité un seul instant à rapporter à l'intoxication sulfocarbonée les troubles nerveux qu'il présentait; cependant, à mon grand étonnement, dans les différents travaux sur l'hystérie toxique que je consultai à cette occasion, je ne trouvai aucune mention de l'hystérie sulfocarbonée. Ma conviction ne fut, je dois l'avouer, guère ébranlée par ce résultat négatif; mais lorsque, quelques jours plus tard, je me trouvai en présence du second malade, ma certitude devint absolue.

J'ai cherché alors parmi les auteurs qui ont traité des accidents dus au sulfure de carbone, et, dans les *Mémoires* de Delpech, dans la *thèse* de M. Bonnet, entre autres, j'ai trouvé, au cours de l'intoxication sulfocarbonée, maints exemples d'hystérie, bien que le nom de cette affection ne soit prononcé nulle part.

Je craindrais, messieurs, d'abuser de votre indulgence en rapportant ici ces observations. Permettez-moi plutôt de les mettre à contribution pour tracer à grands traits devant vous le tableau de l'hystérie sulfocarbonée, puisque jusqu'ici, à ma connaissance, cela n'a pas été fait.

Les troubles de la *sensibilité* méritent d'attirer tout d'abord l'attention, tant pour leur fréquence que pour leur intensité.

L'*hémianesthésie* est loin d'être rare, elle existait notamment chez nos deux malades; tantôt elle est tout à fait régulière, tantôt il existe, au niveau de la limite médiane, une encoche (mon deuxième malade), ou bien encore on observe, dans le territoire de l'hémianesthésie, des plaques où il existe encore une sensibilité obtuse (mon premier malade).

Dans d'autres cas, l'*anesthésie* est *localisée*, c'est-à-dire n'occupe que certains territoires, c'est surtout cette forme d'anesthésie que Delpech semble avoir observée. Chose singulière, il décrit admirablement la forme spéciale de l'anesthésie *en manchon*, dont M. le professeur Charcot nous a appris à connaître la valeur au point de vue du diagnostic de l'hystérie. Dans son observation III, par exemple, nous lisons que: « L'examen de la sensibilité cutanée fait reconnaître que les membres inférieurs, presque jusqu'au pli de l'aine et jusqu'au pli de la fesse en arrière, sont insensibles au toucher, au pincement, à la piqûre des épingles, au contact des corps froids. Il en est de même pour les mains, pour les avant-bras et pour les bras, jusqu'à l'insertion inférieure du deltoïde. Le tronc et la face ne participent pas à cette altération de la sensibilité. Sur aucun point, il n'y a d'hyperesthésie. » Voilà une description qui ne laisse rien à désirer.

Au lieu d'aneshésie, on peut quelquefois observer de l'*hyperesthésie*, celle-ci est le plus souvent un phénomène de début. Dans l'observation IV de M. Bonnet, l'hyperesthésie est signalée siégeant du même côté que la paralysie.

(1) Ce mémoire étant fait uniquement au point de vue clinique, symptomatique, je n'agiterai pas la question de la nature même de l'intoxication: est-ce le sulfure de carbone qui est directement actif, ou plutôt l'hydrogène sulfuré comme le pense M. Sapelier dans sa thèse sur l'*intoxication par le sulfure de carbone* (Paris, 1885), c'est ce que je n'ai pas à envisager ici. Pour la même raison, je n'ai pas non plus à insister sur le rôle que jouent probablement les modifications des globules sanguins étudiées et décrites par MM. Kiener et Engel dans l'intoxication par le sulfure de carbone (*Compte rendu de l'Acad. des sc.*, 9 août 1886).

Pour les *sens spéciaux*, nous trouvons des troubles qui n'ont pas moins le cachet hystérique que ceux de la sensibilité cutanée :

Du côté de l'*œil*, il faut signaler tout d'abord l'*anesthésie de la cornée* observée par différents auteurs (Delpech, Bergeron et Lévy, *Note sur l'anesthésie de la cornée dans l'empoisonnement par le sulfure de carbone* in *Soc. de Biologie*, 1864, p. 49), ce symptôme semble se montrer avec une certaine fréquence. Quant à la vision proprement dite, on note le *rétrécissement du champ visuel* qui, chez mon second malade, par exemple, était tout à fait net; dans quelques cas aussi une *diminution de la vision elle-même.* Enfin chez mes deux malades, et ce sont probablement les seuls chez lesquels ces symptômes ont été recherchés, il existait de la *polyopie monoculaire*, de la *macropsie*, de la *micropsie*, tous phénomènes qui, comme l'ont montré MM. Charcot et Parinaud, sont, du moins quand ils se trouvent réunis, absolument caractéristiques de l'hystérie confirmée.

Du côté de l'*oreille*, on note de la *diminution de l'acuité auditive*, assez souvent aussi des *bourdonnements;* on sait quelle est la fréquence de ceux-ci dans l'aura hystérique.

Quant au *goût*, à l'*odorat*, ces sens peuvent eux aussi présenter des troubles plus ou moins accusés.

Nous avons pu également constater l'absence du *réflexe pharyngien* chez nos malades.

Les troubles de la *motilité* ne sont pas moins développés que ceux de la sensibilité.

Un des plus fréquents, celui que présentaient mes deux malades, est l'*hémiplégie*. Celle-ci peut d'ailleurs offrir des degrés variés dans son intensité; assez souvent elle est incomplète, il peut même n'exister qu'une sorte d'hémiparésie comme chez mon premier malade. Cette hémiplégie ne s'accompagne ordinairement pas de contracture; elle n'est pas non plus tout à fait flasque, il semble qu'il existe dans les membres paralysés sinon une véritable raideur, du moins une certaine fixité de position surtout pour les extrémités des membres (doigts et pieds), c'est là un fait qui avait été fort bien indiqué déjà par Delpech (*Mémoire* de 1863, p. 29) : « Quelquefois les mains sont raides et ne peuvent être complètement ni étendues ni fermées. »

Quant au côté qu'affecte de préférence cette hémiplégie, M. Marche (Thèse de Paris, 1876, p. 35) fait remarquer que c'est surtout le *côté droit*.

Dans quelques cas, fort rares d'ailleurs, on aurait observé une *paralysie des quatre membres*, les renseignements nous manquent pour pouvoir déclarer si dans ces cas il s'agissait ou non d'hystérie.

La *paraplégie* est plus fréquente, et sous la dépendance évidente de l'hystérie dans la plupart des observations où elle se trouve notée.

Enfin, on peut avoir affaire à des *paralysies limitées* (1); mais celles-ci portent également le cachet hystérique, ce sont des *segments* de membre qui sont atteints et non tel ou tel muscle ou le territoire d'un nerf déterminé ; or c'est bien là encore le caractère assigné par M. le professeur Charcot aux paralysies hystériques limitées, telles que celles qu'il a étudiées dans l'hystéro-traumatisme. On voit donc, d'après ce court aperçu, que les troubles de la motilité qui accompagnent l'hystérie sulfocarbonée peuvent se présenter sous des aspects assez divers.

Un autre symptôme du domaine moteur qui, à lui seul, est comme un brevet d'hystérie, c'est le *spasme de la face.* On sait quelle valeur M. le professeur Charcot (*Leçons*, 1887-1888) assigne au phénomène qu'il a désigné du nom d'*hémispasme glosso-labié*, et dont M. Brissaud et moi-même (*De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique*, in *Progrès médical*, 1887) avons cherché à donner une description détaillée. Or, chez plusieurs des malades intoxiqués par le sulfure de carbone, on constatait ce phénomène. Chez mon second malade il était des plus manifestes, et j'extrais de l'observation les lignes qui sont consacrées à sa description : « La fente palpébrale droite présente un certain degré d'occlusion, les paupières sont animées de contractions fréquentes; la commissure labiale droite est un peu tirée à droite et en haut, à l'état de repos et aussi dans les mouvements de la face; tous ces phénomènes s'accentuent quand on fait parler le malade. La langue, qui était tout d'abord très légèrement déviée et peu mobile, n'a pas tardé à se dévier plus fortement et à présenter un degré de contracture assez accentuée. »

J'ai dit tout à l'heure que ce spasme était loin d'être rare chez les individus intoxiqués par le sulfure de carbone; en effet, dans l'observation III de Delpech (1863), la face resta fortement déviée à gauche pendant un an. — Dans l'observation XV du même auteur, la contracture de la langue empêchait le malade de parler. — Dans son observation XVIII, « les traits du visage sont entraînés à droite ; il y a là, bien évidemment, un déplacement par contracture ». — Dans l'observation II de M. Bonnet, « le malade éprouve souvent des secousses dans les muscles de la face »; et ce même auteur dit fort justement (p. 27) : « On a signalé aussi des tics convulsifs non douloureux, tics qui se localisent le plus souvent aux muscles de la paupière supérieure. »

La réunion de tous ces symptômes est plus que suffisante pour mettre hors de doute l'existence de l'hystérie en l'absence de tout phénomène convulsif; il se trouve que ce supplément de preuve, les *convulsions*, au cours de l'intoxication sulfocarbonée, ne fait pas non plus défaut, et que ces convulsions ont bien le caractère de celles de l'hystérie. Dans l'observation XV de Delpech, par exemple, voici le récit du patron : « Un soir, on vint me dire qu'un de mes ouvriers tombait du haut mal dans le faubourg du Temple ; j'y courus, et je trouvai F... qui se roulait dans le ruisseau et qui avait perdu connaissance. Je le ramenai à la maison, mais il eut en peu de jours plusieurs attaques du même genre; c'est à cette époque qu'il se livrait à des violences terribles. Quant à sa paralysie des jambes, elle acquit une telle intensité qu'il ne marchait plus qu'à quatre pattes. » Dans l'observation XVIII de Delpech : « H... fut en outre atteint d'accidents consistant en lipothymies ou demi-syncopes avec mouvements convulsifs des extrémités. » Enfin, dans l'observation XIX du même auteur : « A deux reprises, il a été frappé d'accidents nerveux caractérisés par un état analogue à l'état hystérique. La face était agitée de mouvements convulsifs. »

Tous les symptômes dont il vient d'être jusqu'ici question peuvent être rangés parmi les symptômes cardinaux de l'hystérie, parmi ceux qui, dès l'abord, sautent aux yeux et méritent d'entraîner la conviction des observateurs les moins prévenus. Il en est d'autres moins saillants, moins bruyants, qui veulent être recherchés avec soin et méthode; leur importance, au point de vue du diagnostic et du relief clinique de chaque cas, n'est pas moindre que celle des précédents, ainsi que l'a fort justement établi M. le professeur Charcot. — Cette symptomatologie mineure ne fait pas non plus défaut dans l'hystérie sulfocarbonée.

L'*ovarie*, par exemple, peut se rencontrer comme dans l'observation V de Bonnet, dans laquelle il existait une douleur très marquée à la pression dans la fosse iliaque gauche; cette douleur, jointe à la céphalalgie et à des épistaxis, semble, lors d'un premier examen du malade, avoir inspiré quelques soupçons de fièvre typhoïde.

La *céphalalgie* se retrouve également d'une façon très

(1) Il est une autre variété de paralysies limitées qu'on observerait par l'intoxication du sulfure de carbone qui, d'après la description qu'en donne M. Huguin dans sa thèse (1874), devraient être rapprochées de ces paralysies par néphrites périphériques qu'on observe dans bon nombre d'autres intoxications.

fréquente, avec sensation très accentuée de constriction, battements dans les tempes, etc...

Le *sommeil* est souvent troublé, et les *cauchemars* terrifiants, signalés par M. le professeur Charcot dans l'hystéro-traumatisme, se montrent avec des caractères aussi prononcés chez nos intoxiqués ; chez notre second malade notamment il en était ainsi.

Le *tremblement* qui s'observe si fréquemment dans l'hystéro-traumatisme et dans certaines hystéries toxiques peut aussi se rencontrer au cours de l'intoxication par le sulfure de carbone. Ce phénomène est signalé dans une observation de Tavéra, dans une autre de Duriau. Delpech, quant à lui, « n'a jamais constaté un tremblement aussi intense et aussi constant que chez les alcooliques et les mercuriels, mais assez souvent chez certains ouvriers, un tremblement modéré après le travail ou quand ils ont une émotion ».

Les *fonctions intellectuelles* elles-mêmes portent l'empreinte de l'hystérie. Tantôt, comme dans mon premier cas, les malades présentent une émotivité toute particulière; cet homme se met très aisément en colère, « il faut alors qu'il casse quelque chose », la vue d'un enterrement le fait pleurer. — Tantôt, au contraire, les malades ont cet aspect sombre, renfermé, taciturne, si bien décrit par M. le professeur Charcot dans l'hystérie mâle, et si fréquent chez les hystéro-traumatisés.

Pour achever ce tableau clinique, il nous reste à étudier le *mode de début* des accidents hystériques au cours de l'intoxication par le sulfure de carbone.

Quelquefois ceux-ci surviennent d'une façon lentement *progressive* et comme insensible ; c'est ainsi, par exemple, que mon premier malade n'est venu réclamer les soins médicaux que pour un peu d'essoufflement ; il n'avait attaché aucune attention aux différents symptômes que nous avons pu considérer comme des signes indiscutables d'une hystérie avérée.

Dans d'autres cas, le début, sinon des symptômes, du moins des accidents, est *brusque*, et on se trouve en présence de ces faits bien étudiés et décrits par M. Debove et par son élève Achard (Debove, *Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, 13 août 1886, p. 370. — Achard, *De l'apoplexie hystérique*. Thèse de Paris, 1887), dans lesquels la scène s'ouvre par une *apoplexie*. Je rappellerai à ce propos comment les choses se sont passées pour mon second malade. — Étant en train de nettoyer une cuve de sulfure de carbone avec d'autres ouvriers (qui, eux, n'ont éprouvé aucun accident), et près d'avoir fini son travail, tout à coup il se sent « échauffé aux parties »; les ouvriers étaient déjà remontés, il ne restait plus qu'un seau à enlever, notre malade voulut terminer son travail sans tenir compte de cet avertissement; mais, au moment même où il venait de remonter sur le sol, il ressentit « comme un coup sur la tête » et il tomba sans connaissance. Il sait, par le récit de ses camarades, qu'il est resté ainsi une demi-heure, sans se débattre d'ailleurs, mais « comme asphyxié ». — Ayant repris ses sens, il n'était pas paralysé, mais fut en état de retourner à pied chez lui; il se coucha et dormit toute la nuit. Le lendemain seulement, il ressentit de grands fourmillements dans le bras, et progressivement au bout de trois à quatre jours, il présenta une paralysie assez accentuée du membre supérieur droit; quant au membre inférieur, il n'aurait été réellement paralysé que quelques jours plus tard.

Il s'agit donc là bien nettement d'*apoplexie hystérique*. Ces faits sont, d'ailleurs, loin d'être rares; c'est ainsi que Delpech, dans son observation III, nous apprend que cet ouvrier qui présentait déjà quelques signes d'intoxication par le sulfure de carbone, mais encore peu intenses, voulant un jour monter sur un omnibus avec une bonbonne pleine de sulfure de carbone, celle-ci se brisa, le liquide l'atteignit et immédiatement il perdit connaissance; cet état dura trois ou quatre heures; quand le malade revint à lui, il fut pris d'un tremblement très intense qui persista dans la suite.

Dans l'observation XVIII du même auteur, il s'agit d'un homme occupé depuis vingt-deux mois dans une fabrique de caoutchouc et qui, presque dès le commencement, avait présenté des symptômes d'intensité moyenne (vision, ouïe, convulsions). « H..., un peu souffrant le 5 décembre au matin, vint cependant à l'atelier, il lui fut impossible de déjeuner ; on lui dit plus tard que ses camarades l'avaient trouvé très singulier; lui-même se sentait tout étourdi. Enfin, dans le courant de la journée, il tomba brusquement sans connaissance... Durant sept jours il resta dans le même état, étranger à tout ce qui se passait autour de lui, ne faisant que compter ses ballons comme il le faisait dans son travail. — Quand il revint à lui, il avait perdu le mouvement et la sensibilité de tout le côté droit du corps, il ne voyait plus de l'œil droit et peu du gauche. La mémoire était abolie, et la parole rendue impossible par la paralysie de la langue. »

Le malade de l'observation XX de Delpech fut, « deux ans après son entrée, soumis par hasard à des vapeurs de sulfure de carbone plus abondantes ; il fut assez fortement impressionné par celles-ci pour perdre connaissance, et il eut beaucoup de peine à rentrer chez lui ».

Dans les observations IV et V de M. Bonnet, nous constatons également la brusquerie du début; dans ces deux cas on vit, en effet, du jour au lendemain, s'établir une hémiplégie incomplète qui augmenta dans les jours suivants.

De l'examen de ces cas nous semble ressortir nettement ce fait que, sous l'influence de l'intoxication, depuis quelque temps déjà l'hystérie existe en puissance, à l'état presque latent, ne se manifestant que par des symptômes à peine marqués, qui n'attirent pour ainsi dire pas l'attention du malade ; puis, par suite d'une intensité plus grande d'action de la substance toxique, une sorte de shock se produit auquel est dû la brusquerie apparente du début; mais, encore une fois, ce n'est pas le début de l'hystérie qui est brusque, c'est celui des accidents qui dérivent d'elle.

A ce propos, je vous demanderai, messieurs, la permission d'appeler votre attention sur un phénomène signalé par mon second malade quelques instants avant sa perte de connaissance. Il s'agit de cette sensation « *d'échauffement aux parties génitales* »; il s'agit là, en effet, d'un symptôme fréquemment observé chez les individus exposés à l'action du sulfure de carbone. Delpech parle de démangeaisons fort pénibles au scrotum ; dans son observation XIII, le malade dit : « Quand le dégagement des vapeurs était trop considérable, cela me portait sur les parties génitales qui devenaient comme froides. » M. Huguin, M. Bonnet, dans leurs thèses, parlent également de démangeaisons et de fourmillements au scrotum. — Les ouvriers employés dans ces fabriques connaissent, d'ailleurs, fort bien ce symptôme et sa valeur; ils savent et disent d'eux-mêmes, dès les premières questions sur ce sujet, que le phénomène prémonitoire des accidents graves consiste dans une sensation de constriction, de brûlure ou de froid au niveau du *scrotum* : « Quand on éprouve cette sensation, disent-ils, il faut immédiatement quitter le travail, si on ne veut pas être pris. »

Qu'est-ce donc que ce phénomène, sinon une véritable *aura*, quelque chose comme ces auras hystériques dont le point de départ est, d'ailleurs, si fréquemment au niveau des organes génitaux?

L'influence du sulfure de carbone sur les organes génitaux est attestée par tous les auteurs, et Delpech notamment insiste beaucoup sur ce point; cet auteur admet, en effet, une *excitation générale* très marquée au début, et une *anaphrodisie* tardive ; à ce propos, je ferai remarquer que mon second malade n'avait plus d'érection depuis envi-

ron deux mois, et que ses réflexes crémastériens faisaient presque complètement défaut.

Mais je ne veux pas faire ici l'histoire des symptômes de l'intoxication par le sulfure de carbone, j'ai cherché à me limiter à l'étude des *manifestations hystériques* qui se produisent à son occasion. — Faut-il admettre que tous les phénomènes observés dans cette intoxication soient de nature hystérique? Je ne le crois pas. Il semble notamment, comme je l'ai dit plus haut, que chez quelques malades on observe une paralysie des membres inférieurs avec steppage et altération des réactions électriques (sur lesquelles insiste particulièrement Huguin dans sa thèse) et présentant bien les caractères des paralysies toxiques par névrites périphériques (1).

C'est là un fait sur lequel j'insisterai en terminant, car son influence est grande au point de vue de la pathologie générale. — Est-ce donc grâce à une pure coïncidence que nous voyons toutes les intoxications qui s'accompagnent de névrites périphériques donner également naissance à l'hystérie toxique? Faut-il rappeler qu'il en est ainsi pour l'alcool, pour le plomb, pour le mercure? — Le sulfure de carbone ne semble pas faire d'exception à cette règle que *névrites périphériques et hystérie toxique sont fonctions des mêmes intoxications.* — Peut-être cette notion permettra-elle de pénétrer plus avant dans les arcanes de l'hystérie, et de démontrer la justesse de l'opinion émise par mon maître, M. le professeur Charcot, que cette maladie fonctionnelle par excellence... et par définition, l'hystérie, pourrait bien tirer, elle aussi, son origine de véritables lésions des centres nerveux.

(1) M. E. Brissaud, dans sa thèse d'agrégation, admet d'ailleurs d'une façon très explicite les paralysies par névrites périphériques dans l'intoxication par le sulfure de carbone.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Sur le traitement de la rage par diverses méthodes. Note de M. *O. Bujwid* (de Varsovie). — L'auteur a commencé le traitement antirabique, à Varsovie, le 29 juin 1886, dès son retour du laboratoire de M. Pasteur.

Depuis cette date jusqu'au 1er janvier 1887, il a traité cent quatre personnes mordues par des chiens enragés ou suspects de rage en leur appliquant le traitement simple de M. Pasteur, c'est-à-dire en commençant par l'inoculation de la moelle de quatorze jours, en finissant par celle de cinq jours et en ne pratiquant pendant tout le temps qu'une seule inoculation par jour. Mais un cas de mort étant survenu chez un enfant de onze ans, mordu grièvement et commencé à traiter neuf jours seulement après l'accident, M. Bujwid eut recours au traitement plus faible encore, conseillé par M. Frisch (de Vienne), c'est-à-dire à l'inoculation de moelles dont la plus forte datait de six et même de sept jours, moelles contenant si peu de virus rabique que l'auteur les reconnait inoffensives. Pendant sept mois il n'employa que cette méthode et traita ainsi cent quatre-vingt-treize personnes mordues par des animaux enragés ou suspects de rage; le résultat fut huit cas de mort.

Ce que voyant il renonça à la méthode du professeur Frisch pour ne plus employer qu'un traitement différant fort peu du traitement intense de M. Pasteur, c'est-à-dire inoculations, deux fois par jour, de moelles de douze à trois jours en répétant la série trois fois, pendant douze jours, de la manière suivante :

1re journée :	moelle de	12	et de	10	jours.
2e	—	—	8	7	—
3e	—	—	6	5	—
4e	—	—	4	3	—

M. Bujwid a ainsi traité, pendant seize mois et sans un seul décès, trois cent soixante-dix personnes mordues par des animaux certainement enragés, dont trente mordues au visage ou à la tête. Il commence toujours son traitement par la moelle de dix jours pendant l'été et de douze jours pendant l'hiver et en finissant par celle de deux jours pendant la saison chaude et celle de trois jours pendant l'hiver, après avoir constaté que la virulence des moelles rabiques diminue beaucoup par la chaleur (L'auteur fait remarquer qu'à Varsovie on dessèche les moelles à la température de 16-18 degrés environ et que, dans ces conditions, elles conservent une virulence plus forte que celles qui sont conservées à 23 degrés comme on le fait habituellement). Bref, l'application du traitement intensif a été non seulement inoffensive, mais encore parfaitement efficace.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet une Note de M. *Lemoine* (de Lille) sur l'emploi de l'*hyoscyamine comme hypnotique*. (Commission: MM. *Moisson*, *Laborde* et *Bucquoy*.)

M. le docteur *Vidal* (d'Hyères) se porte candidat au titre de correspondant national dans la division de médecine.

M. *Gauly*, interne des hôpitaux de Paris, demande à être porté sur la liste des candidats pour le concours de Vulfranc-Gerdy en 1888.

M. le docteur *Sicard* (de Béziers) et M. le docteur *Paulier* envoient des *Plis cachetés* dont le dépôt est accepté.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose l'*Éloge de M. Magne* sur M. *Leblanc* et une série d'ouvrages de M. le docteur *Mossé* (de Montpellier) à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national dans la division de médecine.

M. *Laboulbène* présente: 1° au nom de M. le docteur *Moura*, un mémoire manuscrit sur le *rôle phonétique de la trachée;* 2° de la part de M. *E. Brasseur*, une brochure sur l'*emploi de l'air en thérapeutique dentaire*.

M. *Dujardin-Beaumetz* offre le quatrième et dernier volume de son *Dictionnaire de thérapeutique*.

M. *Polaillon* dépose un travail manuscrit de M. le docteur *Dubreuil* (de Montpellier), ayant pour titre: *De la compression élastique combinée avec des résections costales peu étendues dans le traitement de l'empyème.*

M. *Bucquoy* présente, de la part de M. le docteur *Huchard*, des brochures intitulées: *Sur l'action physiologique et thérapeutique du strophantus hispidus; Quand et comment doit-on prescrire la digitale? De l'influence cardiaque dans les maladies, utilité des injections sous-cutanées de caféine.*

M. *Ernest Besnier* dépose une thèse de M. le docteur *Lévêque* (de Lille) sur *les maladies de la peau consécutives à un choc moral*, et une thèse de M. le docteur *Heem* (de Lille) sur les *gales anormales*.

M. *Gariel* présente une Étude chimique de M. *Eymard-Lacour*, pharmacien-major de 1re classe de l'hôpital militaire d'Oran, sur *la station thermale d'Hammam-Rirha.*

Strophantines. — M. *Laborde* fait observer, d'après une note que lui a remise M. *Arnaud*, que les diverses strophantines dont on a parlé à la dernière séance n'ont pas été étudiées chimiquement et qu'elles constituent des extraits de strophantus plus ou moins purifiés. Au contraire, le corps cristallisé qui a été extrait du strophantus kombé, a été défini et analysé par M. Arnaud; il est le seul qui présente une parfaite homogénéité de composition et qui permette, par suite, de faire des expériences thérapeutiques.

Prix. — Lecture est donnée par M. *Laborde* d'un rapport sur le concours pour le Prix Pourrat en 1888.

Rage. — M. le docteur *Bujwid* (de Varsovie) lit une note sur le traitement de la rage par diverses méthodes. (Voy. au *Compte rendu de l'Académie des sciences*, p. 746).

Composition du lait. — M. *Béchamp* communique un mémoire sur la constitution chimique et histologique des

différents laits (voy. p. 729). L'auteur ayant déclaré dans ce travail que le lait se coagule spontanément, M. *Nocard* lui offre de lui montrer du lait de vache recueilli depuis plusieurs années sans qu'il soit encore coagulé, grâce aux précautions prises pour empêcher qu'il ne soit contaminé au moment où il a été recueilli.

Tétanos. — Comme M. *Verneuil* dans le rapport qu'il a lu le 30 octobre à l'Académie, M. *A. Guérin* estime que la transmission interhumaine du tétanos, bien qu'elle ne puisse être contestée en principe, n'est encore démontrée que par un petit nombre de faits. Assurément le tétanos est inoculable; les expériences de Carle et Ratterer, de Nicolaier et de Rosembach le démontrent et la thèse de M. Colin fournit à ce sujet de nombreux renseignements. Mais quels sont les agents que l'on inocule? Des fragments de chair pris au voisinage de la plaie, des morceaux de moelle, du bulbe, de la matière cérébrale; le sang seul paraît n'avoir donné que des insuccès. D'où l'on peut conclure qu'il y a là un virus, sans savoir encore d'une manière précise en quoi il consiste. Or les autopsies de tétaniques permettent d'affirmer qu'il existe des lésions limitées de la moelle au niveau desquelles il conviendrait de rechercher les agents de l'infection. M. A. Guérin cite à ce sujet quatre cas qu'il a observés lui-même.

Il faut aussi remarquer que la production du tétanos, malgré le filtrage de l'air par l'ouate, malgré les pansements antiseptiques, tend à prouver que l'agent de la transmission n'est pas ici un micro-organisme susceptible d'être transporté par l'air et qu'il résiste aux agents antiseptiques, si bien que l'on pourrait admettre que le tétanos est engendré par un poison analogue au curare, tel que la toxine de Brieger ou quelque chose d'analogue. Le tétanos ferait donc une classe à part dans les maladies transmissibles; s'il est vrai qu'il soit contagieux autrement que par contact direct ou indirect, s'il ne se transmet que de cette façon, il est bien difficile d'expliquer par la contagion les épouvantables épidémies que l'histoire a rapportées, telles que celle qui eut lieu à la suite de la bataille de Prague.

M. A. Guérin pense que le tétanos est dû à une myélite partielle aiguë, engendrée par les conditions mentionnées par les auteurs qui ont observé les grandes épidémies; cette myélite est de nature septique. Cette manière de voir permet de ne pas s'embarrasser des contradictions que M. Guérin reproche à M. Verneuil entre les faits acquis et les propositions qui terminent son travail. Si la contagion immédiate n'est encore établie par aucun fait décisif, comment admettre que la transmission semble se faire exclusivement par contact direct ou indirect? Si le tétanos se transmet forcément du cheval à l'homme, comment expliquer qu'on l'observe en mer et mieux encore dans les pays où la race chevaline n'existe pas?

A la demande de M. Verneuil, la discussion est remise après la publication du mémoire de M. A. Guérin.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Cathétérisme rétrograde : M. Defontaine (du Creusot). M. Terrier, rapporteur (Discussion : MM. Trélat, Tillaux, Th. Anger). — Inflammations peri-utérines : M. Routier. — Déviation des orteils : M. Jalaguier.

M. *Terrier* lit une observation de *cathétérisme rétrograde* par M. Defontaine (du Creusot). Un enfant de quatorze ans avait depuis quatre ans un rétrécissement traumatique, par chute à califourchon. M. Defontaine fit l'uréthrotomie externe sans conducteur et ne put parvenir à trouver le bout postérieur. Alors, séance tenante, taille hypogastrique sans ballon de Petersen et cathétérisme rétrograde. Il fallut sculpter, à vrai dire, un canal de l'urèthre à travers une épaisseur considérable de tissu inodulaire. Puis M. Defontaine a mis en œuvre le drainage en anse de Demons, à l'aide d'un tube du calibre n° 20, entrant par la plaie hypogastrique et ressortant par le méat; ce tube est resté un mois en place. La cure a été complétée par des séances de cathétérisme dilatateur. Le « tube Defontaine » diffère de celui de Demons par une plus grande longueur et par un plus grand nombre de trous faits extemporainément au thermocautère.

MM. *Trélat* et *Tillaux* ayant protesté contre le terme de « tube Defontaine », insuffisamment justifié par l'importance de la modification, M. *Terrier* déclare ne pas tenir autrement à cette dénomination dont lui seul est l'auteur.

M. *Tillaux* rappelle qu'il y a deux ans il a insisté sur l'indication du cathétérisme rétrograde dans les rétrécissements traumatiques.

M. *Th. Anger* n'a pas pu, dans un cas de ce genre, sur un enfant de douze ans, trouver l'orifice vésical de l'urèthre et il a dû créer un canal avec la sonde. Le malade a guéri.

M. *Tillaux* a toujours trouvé cet orifice vésical en guidant la sonde sur le doigt. Il est même inutile de chercher à y voir.

— M. *Routier* fait une communication *sur les inflammations péri-utérines*. Depuis Bernutz et Goupil, on distingue la pelvi-péritonite du phlegmon du ligament large. En 1870, Lucas-Championnière a insisté sur le rôle des lymphatiques. Puis A. Guérin a décrit l'adéno-phlegmon juxta-pubien. Jusqu'à ces dernières années, on n'opposait à ces affections qu'un traitement médical, palliatif. Maintenant on intervient et cela a permis de mettre en évidence le rôle des salpingo-ovarites. M. Routier a fait ainsi onze laparotomies pour salpingite, avec deux décès (un par péritonite; un par hémorrhagie) Ces résultats prouvent qu'il faut intervenir dès que le diagnostic est posé, et le diagnostic précoce est possible à l'aide du toucher et du palper. L'opération est sans doute sérieuse; le pus s'épanche souvent dans le péritoine. Mais l'antisepsie évite les conséquences graves de cet accident. Le lavage du péritoine à l'eau chaude n'a guère d'avantages. M. Routier draine volontiers le péritoine à l'aide d'une longue mèche de gaze iodoformée.

— M. *Jalaguier* présente un malade auquel il a *réséqué la tête du premier métatarsien* pour une inflexion à angle droit du gros orteil en dehors.

M. *Monod* a fait avec succès trois opérations semblables.

— M. *Polaillon* présente un excellent résultat de *désarticulation du genou*, datant de sept ans.

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Rapports entre la tuberculose et les grains riziformes des synovites : M. Wallick. — Atlas d'embryologie : M. Mathias-Duval. — Diminution d'excitabilité motrice dépendant de l'excitation de nerfs sensitifs : M. Lépine. — Sur l'anatomie normale du foie. M. Brissaud. — Anomalie de la cage thoracique : M. Blanchard. — Sur le pouvoir antiseptique de l'acide fluorhydrique : MM. Critzman et Ducastel. — Variations dans le pouvoir toxique de l'eau : MM. Brown-Séquard et Hénocque. — Observations relatives à une femme atteinte d'ectopie cardiaque : M. François-Franck. — Sur les micro-organismes du sang des impaludiques : M. Coulis.

M. *Wallick* a cherché à savoir, par des inoculations, si effectivement, comme on l'a prétendu, les grains riziformes sont de nature tuberculeuse. A la suite de ces inoculations

des synovites sur des cobayes, il a trouvé de nombreux tubercules dans les poumons, dans le péritoine, la rate, le foie; les lésions tuberculeuses étaient parfaitement caractérisées et on y constatait les bacilles en grand nombre.

— M. *Mathias-Duval* offre à la Société l'*Atlas d'embryologie* qu'il vient de publier et signale les faits nouveaux qu'il renferme et que tout le monde pourra vérifier sur les planches.

— M. *Lépine* envoie une note relatant les résultats d'expériences concernant l'excitabilité motrice du nerf sciatique de la grenouille, après la ligature en masse de la cuisse correspondante au nerf, celui-ci n'étant pas compris dans la ligature. Ces expériences montrent que l'excitation des nerfs sensitifs ainsi produite détermine une grande diminution de l'excitabilité motrice du nerf: c'est là un exemple très clair et très net d'action inhibitoire.

— M. *Brissaud* rappelle qu'on a décrit dans le foie du cheval des anastomoses directes entre la veine porte et les veines sus-hépatiques et combien Cl. Bernard avait insisté sur l'importance physiologique de ces communications directes. Sur le foie du phoque, M. Brissaud a trouvé de semblables anastomoses qu'il décrit avec soin.

— M. *Chauveau* présente une note de M. *Blanchard* (de l'Ecole de Grignon) relative à une anomalie de la cage thoracique et de la colonne vertébrale, observée sur le mouton : il s'agit d'un mouton, de la septième vertèbre cervicale duquel partait une paire de côtes et qui, par conséquent, n'avait que six vertèbres cervicales.

— M. *Laborde* dépose une note de MM. *Critzman* et *Ducastel* sur le pouvoir antiseptique de l'acide fluorhydrique à l'égard des bacilles tuberculeux.

— M. *Brown-Séquard* a constaté avec M. *Hénocque* que l'eau, injectée en assez grande quantité dans les veines, sur des lapins, est toxique; seulement cette toxicité est très variable; pendant certaines périodes tous les animaux en expérience succombaient; à d'autres moments l'eau était peu dangereuse.

— M. *François-Franck* rappelle qu'il a examiné à Colmar, en 1877, une femme présentant une ectopie cardiaque, sur laquelle il a pu faire une série d'observations qui ont été publiées. En 1881, M. Marey observait une autre femme atteinte de la même malformation; l'Académie de médecine avait même nommé une commission pour l'étude de ce cas. En 1888, M. Huchard a présenté à la Société médicale des hôpitaux une femme qui avait, elle aussi, une ectocardie. Or, M. François-Franck vient dernièrement d'examiner cette femme, et il a reconnu que c'est celle même qu'il avait observée déjà en 1877 et que M. Marey avait vue en 1881.

Il a pu vérifier sur ce sujet un certain nombre de faits dont il avait déjà fourni l'explication. C'est ainsi qu'il a pu reconnaître, une fois de plus, l'inexactitude de la théorie qui attribue la dépression de la veine jugulaire (affaissement du pouls veineux) à l'action aspiratrice du cœur pendant la systole, le cœur à ce moment diminuant de volume. Or, si cette influence était réelle, on ne devrait pas retrouver cet affaissement du pouls jugulaire chez la femme dont il s'agit, puisque chez elle le cœur, situé en dehors de la poitrine, est soustrait à l'aspiration thoracique. Mais cette dépression ne s'en produit pas moins. C'est qu'en réalité elle est due, comme M. Potain l'avait déjà soutenu et comme M. François-Franck l'a déjà montré par des expériences sur les animaux, au relâchement brusque de l'oreillette qui vient de se contracter.

Un autre point concerne un bruit de galop que l'on entend en auscultant cette femme et qui se produit au moment où commence la diastole. Ce bruit doit être attribué au flot du sang qui tombe à ce moment dans le ventricule et qui tend brusquement les parois ventriculaires.

Enfin on entend à la base un bruit de souffle filé. Comme on ne peut faire dépendre ce bruit d'aucune influence extra-cardiaque, le cœur était ici soustrait aux influences de cet ordre, et comme, d'autre part, cette femme n'a aucune lésion aortique, on doit considérer le bruit en question comme un bruit anémique type.

— M. *Bouchard* présente, de la part de M. *Coulis*, une note sur les résultats obtenus par de nombreux examens du sang chez les impaludiques. Dans un assez grand nombre de cas l'auteur a pu constater dans le sang la présence du micro-organisme décrit par Laveran.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Eschscholtzia californica : M. Bardet. — Pulvérisations de chlorure de méthyle : M. Bardet (Discussion : M. Wurtz). — Topiques médicamenteux pour les affections cutanées : M. Hallopeau (Discussion : M. F. Vigier). — Pastilles au biborate de soude : M. F. Vigier.

M. *Bardet*, en collaboration avec M. Adrian, a étudié la composition chimique de l'*Eschscholtzia californica*, plante de la famille des papavéracées, considérée en Amérique comme un succédané de l'opium et un sédatif utile en particulier chez les enfants. M. Zacchariani a vérifié les propriétés physiologiques et l'action narcotique de cette plante et prépare un travail sur ce sujet. MM. Bardet et Adrian ont retiré de la plante trois produits : un glucoside ; une base organique, provenant peut-être de l'action des réactifs sur le glucoside; et une petite quantité de morphine. Un kilogramme de plante sèche renferme environ 30 à 40 centigrammes de morphine, correspondant à 160 grammes d'extrait alcoolique, soit 2 milligrammes pour 1 gramme d'extrait. La présence de la morphine, parfaitement démontrée par les réactifs, est intéressante, car on n'en avait pas jusqu'ici trouvé dans les genres autres que le genre papaver.

M. *Wurtz* demande si M. Bardet a obtenu la morphine cristallisée; la cristallisation de cet alcaloïde est facile et les cristaux sont caractéristiques Ce serait le meilleur moyen de lever tous les doutes.

M. *Bardet* n'a encore obtenu que la morphine à l'état amorphe, mais l'ensemble des réactions lui paraît tout à fait démonstratif de la nature du produit.

— M. *Bardet* propose, avant de siphonner une région cutanée avec le chlorure de méthyle, de la badigeonner avec la glycérine. L'action révulsive est alors moins rapide et moins brutale ; la glycérine, grâce à l'eau qu'elle renferme, se prend en glace et l'on peut enlever avec un tampon d'ouate les parties du mélange réfrigérant qui débordent la surface sur laquelle on veut agir. Le malade éprouve une vive cuisson qui se prolonge un certain temps, mais n'est plus exposé à aucun danger d'eschare comme cela avait lieu trop souvent avec la pulvérisation simple directe ou le stypage.

— M. *Hallopeau*, dans un voyage qu'il a fait à Hambourg, a visité la clinique dermatologique du professeur Unna et en a rapporté divers échantillons des topiques médicamenteux employés pour les affections cutanées. C'est surtout en dermatologie que le mode d'application des médicaments présente une grande importance suivant que l'épiderme existe ou est détruit, que l'on veut le ramollir ou le consolider, qu'il s'agit de le ménager ou de le faire disparaître. Le professeur Unna a apporté de grands perfection-

nements à la préparation des topiques médicamenteux et ceux-ci méritent d'être connus et employés par les médecins français. Unna se sert de trois sortes de topiques : les *colles médicamenteuses*, les *mousselines-onguents*, et les *mousselines-emplâtres*. Ces divers topiques ne sont pas mobiles mais restent fixés sur les parties malades. Les colles médicamenteuses ont été inventées par Pick et modifiées par Unna, qui a réduit au minimum la quantité de gélatine entrant dans leur composition. Ce sont des topiques solides à base de gélatine, auxquels on peut incorporer divers médicaments, tels que l'acide chrysophanique, salicylique, etc.; on les fait fondre à la chaleur pour les étendre ensuite avec un pinceau sur les régions malades où elles se solidifient de nouveau. Unna a augmenté leur fusibilité en y ajoutant de la glycérine et les a rendus inaltérables avec l'oxyde de zinc : leur formule fixée par Unna est la suivante, lorsqu'il s'agit de colles auxquelles on incorpore des substances pulvérulentes ne retardant pas la coagulation: oxyde de zinc, 15; gélatine, 15; glycérine, 25; eau, 45. Certaines substances ont l'inconvénient, introduites dans ces colles, de retarder la coagulation de la gélatine; on peut alors modifier la formule et adopter celle-ci : oxyde de zinc, 10; gélatine, 30; glycérine, 30; eau, 30. Ces colles, appliquées sur la peau, ont pour effet de réduire les phénomènes d'absorption et d'augmenter le courant d'excrétion : l'évaporation cutanée est accrue et augmente le refroidissement local; par suite la kératinisation se trouve favorisée. Elles n'ont qu'une action superficielle à l'égard des affections cutanées et peuvent même servir à modérer l'absorption de certains médicaments dont on recherche seulement l'action locale; elles calment très manifestement le prurit. Unna les emploie dans l'eczéma artificiel, dans les desquamations consécutives aux exanthèmes, dans l'ichthiose, l'acné, etc. Il ne craint même pas d'en recouvrir tout le corps des scarlatineux en desquamation, affirmant qu'il n'y a aucun accident à redouter puisque cet enduit active l'évaporation : cette manière de faire paraît à M. Hallopeau constituer une faute grave de thérapeutique. Ces colles peuvent encore servir à fixer certains emplâtres, ou à recouvrir certains topiques médicamenteux d'odeur désagréable, l'iodoforme par exemple. Les mousselines-onguents représentent un simple perfectionnement des compresses médicamenteuses de Hébra; elles sont composées de gaze fine imprégnée de vaseline ou de lanoline renfermant une substance médicamenteuse. Les mousselines-emplâtres sont constituées par une mousseline recouverte, sur l'une de ses faces d'une mince lame de gutta-percha, et sur l'autre face de laquelle se trouve étalé le médicament, simplement rendu adhérent au moyen de la gomme élastique dissoute dans la benzine, ou de l'oléate d'alumine purifié. Ces topiques, appliqués sur les téguments, ont pour effet, par suite de leur imperméabilité, d'empêcher l'évaporation, de ramollir l'épiderme et de favoriser le courant d'absorption. Dans ces topiques la quantité de l'excipient est réduite au minimum, puisqu'il suffit de 2 à 5 grammes de gomme ou d'oléate d'alumine pour fixer de 30 à 50 grammes de substance médicamenteuse. Leur introduction est rigoureusement interdite à la frontière. Cependant M. Hallopeau a appris que quelques pharmaciens de Paris, entre autres MM. Cavaillès et F. Vigier, se sont efforcés de préparer des topiques analogues. Ceux dont se sert M. Hallopeau à l'hôpital Saint-Louis ont été préparés, suivant la formule de Unna, par son interne en pharmacie: il en a obtenu des résultats très satisfaisants dans nombre de cas.

M. *F. Vigier* a essayé, il y a plusieurs années, de faire venir de Hambourg des échantillons de ces emplâtres, mais ils ont été interceptés à la douane. Sur les instances de M. Fournier et de M. Barthélemy, il a essayé alors de préparer des topiques analogues; mais, au lieu de recouvrir la gaze d'une feuille de gutta-percha, ce qui lui donne trop de raideur, il a cherché à obtenir une masse emplastique imperméable que l'on coule à la surface d'une étoffe très mince, souple, et de couleur variable. L'emplâtre médicamenteux se compose du principe actif incorporé à de la gutta-percha et à de la vaseline dissoutes dans le sulfure de carbone.

M. *Hallopeau* pense qu'avant de chercher à perfectionner les topiques de Unna, il faudrait s'efforcer de les reproduire exactement, ce qui semble assez difficile puisque personne jusqu'ici n'a pu y parvenir.

M. *F. Vigier* croit que, de toute façon, on doit renoncer à employer pour ces préparations les savons à base de plomb qui ne sont pas aseptiques.

— M. *F. Vigier* présente un échantillon de pastilles de biborate de soude comprimé, privées de tout excipient et en particulier de sucre, ce qui permet de les prescrire aux diabétiques. Chaque pastille renferme 30 centigrammes de biborate de soude. On sait que ce corps n'est pas toxique, même aux doses de 20 et 30 grammes, et qu'il est par contre doué d'une action antiseptique très prononcée; il semble appelé, dans les maladies de la bouche et de la gorge, à remplacer le chlorate de potasse, qui n'est pas toujours inoffensif à haute dose.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Des injections sous-cutanées de nitroglycérine contre le collapsus cardiaque, par M. Fussell. — L'auteur rapporte trois cas dans lesquels la mort paraissait imminente quand il intervint. Dans le premier, il s'agissait d'une cardiopathie mitrale avec hypostase sanguine; soumise au traitement par la nitroglycérine, que l'on administrait par la voie buccale. Néanmoins la dyspnée était intense, l'état comateux, et on entendait des râles dans toute l'étendue du poumon. Deux gouttes de la solution au centième de nitroglycérine furent injectées sous la peau; puis, vingt minutes après, on répéta la dose. Tous les accidents s'amendèrent dans l'espace d'une heure.

Dans le second cas, il s'agissait d'une syncope avec collapsus cardiaque, au cours d'une fièvre typhoïde : la face était cyanosée, le pouls petit et rapide, quand on intervint avec le même succès. Enfin, chez le troisième malade, atteint d'une insuffisance mitrale et en menace de collapsus, on administra une première dose de deux gouttes de cette même solution, puis on continua toutes les heures suivantes de pratiquer l'injection sous-cutanée d'une seule goutte. Ces phénomènes furent ainsi conjurés. Aussi M. Fussell n'hésite pas à recommander, dans ces cas, la nitroglycérine de préférence à la digitale et à l'alcool, en raison de la rapidité de son action. (*Med. and. surg. Reporter*, 1888, p. 695.)

Des propriétés nervo-vasculaires de l'Apocynum cannabinum, par M. A. Dmitry Sokoloff. — Cette plante, de la famille des Apocynées, à laquelle la matière médicale doit ses médicaments cardiaques les plus récents, le *Strophantus* et le laurier cerise, a été peu expérimentée, bien qu'admise dans la pharmacopée américaine. M. Sokoloff a mis à l'essai l'infusion de sa racine (8 grammes pour 100 centimètres cubes d'eau), et a injecté 3 à 8 centimètres cubes de cette solution dans les veines d'animaux à sang chaud.

Il a constaté, pendant ces expériences, le ralentissement des battements cardiaques et l'élévation de la tension sanguine; mais, après quelque temps, une accélération des premiers et un ralentissement simultané dans l'augmentation de la seconde. M. Sokoloff attribue ces phénomènes à l'inhibition des centres nerveux, régulateurs de la circulation.

Si l'on injecte des doses très élevées, on observe une troisième phase durant laquelle il y a de l'arythmie et un abaissement considérable de la pression sanguine. Enfin, cet observateur admet que l'*Apocinum cannabinum* n'agirait pas sur l'appareil vaso-dilatateur périphérique. (*Eenedelnard Klinisch. Gazeta*, 1888, n°s 25 et 26.)

Du traitement de la constipation habituelle chez les enfants, par M. E. SMITH. — Les causes de cet accident sont, d'après l'auteur, l'absence de sucre dans le lait, l'usage des farineux, ou celui de substances alimentaires dont les résidus sont abondants et encombrent la cavité intestinale. Enfin, M. Smith attribue un grand rôle à la quantité insuffisante de boissons.

De là les prescriptions suivantes. En administrant quotidiennement à l'enfant trois à quatre cuillerées de sirop de sucre on peut vaincre la première de ces variétés de constipation. Quand les urines sont concentrées, il y a lieu de prescrire quelques cuillerées d'une eau minérale alcaline. Après l'âge de dix mois, on peut éviter l'encombrement fécal de l'intestin par l'administration quotidienne d'une petite quantité de bouillon ou bien d'asperges et de choux-fleurs bouillis. Enfin, comme moyens mécaniques, l'observateur anglais recommande les frictions sur l'abdomen pour réaliser une sorte de massage.

Comme évacuants, il prescrit les lavements à la glycérine ou les suppositoires gommeux, et, pour régulariser la défécation, l'usage d'une infusion de séné et de colombo, ou bien de quelques gouttes d'une mixture à parties égales de teinture de noix vomique et de teinture de belladone, ou bien de teinture de belladone et d'extrait de cascara, ou bien encore de quelques grains de soufre en poudre. (*The Brit. med. Journal*, 1888, n° 7.)

BIBLIOGRAPHIE

Atlas schématique du système nerveux. Origines, ramifications, anastomoses, des nerfs; leur distribution dans les muscles et la peau, par M. W.-H. FLOWER F. R. S. Traduit sur la troisième édition anglaise et augmenté par M. A. DUPRAT. Précédé d'une préface par M. DEJERINE. — Paris, 1888. G. Masson.

Cet excellent ouvrage renferme les diagrammes semi-schématiques des diverses portions du système nerveux, dont la troisième édition anglaise a été publiée en 1880, par le professeur d'anatomie de l'École de médecine du Middlesex Hospital. Ces planches, d'une exactitude remarquable et d'une exécution typographique particulièrement soignée, permettent d'envisager dans leur ensemble les nerfs d'origine cérébrale ou rachidienne, depuis leur point d'émergence jusqu'à leur extrémité périphérique, avec leurs branches de distribution collatérale et terminale, et leurs anastomoses avec les nerfs voisins. On peut suivre ainsi d'un seul coup d'œil le trajet d'une branche nerveuse à travers les plexus auxquels elle prend part, et prendre rapidement connaissance des muscles auxquels elle communique le mouvement et des territoires cutanés ou muqueux dont elle régit la sensibilité.

Peut-être cependant pourrait-on regretter que l'auteur ait cru devoir passer sous silence les anastomoses des nerfs crâniens entre eux, comme étant « des parties sur lesquelles on n'est pas encore fixé ». Il a jugé préférable de ne représenter que les faits sur lesquels il n'existe aucun doute. Tous ses dessins, d'ailleurs, sont faits de main de maître et dénotent une connaissance approfondie des moindres détails de l'anatomie du système nerveux.

Deux planches sont consacrées aux nerfs crâniens, une aux plexus cervical et brachial, une autre aux plexus lombaire et sacré; une planche spéciale est destinée à la distribution régionale de la sensibilité cutanée, répartie en territoires portant le nom des nerfs ou des plexus qui viennent s'y ramifier; une dernière enfin représente l'ensemble de la chaîne ganglionnaire du grand sympathique avec ses multiples rameaux et plexus destinés aux viscères.

Ajoutons que le traducteur, M. Duprat, externe des hôpitaux de Paris, a eu l'heureuse idée de joindre aux planches de l'Atlas anglais deux figures schématiques relatives à la topographie cérébrale et aux rapports des différentes parties du cerveau avec les os et sutures composant la boîte crânienne.

Point n'est besoin, évidemment, de faire ressortir tout l'intérêt et l'incontestable utilité d'un pareil ouvrage; ce n'est pas seulement à l'étudiant qu'il s'adresse, mais aussi, et surtout peut-être, au clinicien, pour lequel il rendra plus facile et plus attrayante l'étude des affections du système nerveux. Cet atlas, en lui permettant de saisir dans une vue d'ensemble le trajet et la distribution d'un nerf donné, et en lui remettant instantanément en mémoire des notions d'anatomie, devenues parfois, avec le temps, un peu incertaines, lui allégera sa tâche en présence de nombreux cas de paralysies isolées ou dissociées de la motilité ou de la sensibilité.

Nous ne saurions que nous associer pleinement à l'éloge si compétent inscrit en tête de l'ouvrage de Flower par M. Déjerine; comme lui, nous sommes certain du succès réservé à cette publication auprès des médecins français.

André PETIT.

Conférences cliniques sur les maladies des femmes, par M. G. BERNUTZ, médecin honoraire des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 792 pages. Paris, 1888. G. Masson.

Bien qu'il s'agisse d'une œuvre posthume, on peut dire que ce volume tout entier a été écrit de la main du maître regretté, qui avait fait des études gynécologiques le but constant de ses efforts et de ses recherches. Les épreuves de son livre lui avaient été remises quelques jours avant sa mort, et c'est bien son œuvre personnelle, fruit de sa grande expérience, qu'il a léguée au monde médical. On retrouve, d'ailleurs, en lisant les divers chapitres qui composent ce recueil de conférences, le style et l'esprit de judicieuse critique que tant de jeunes médecins ont pu apprécier dans l'enseignement clinique du gynécologiste de la Charité.

A ceux qui se montreraient surpris que Bernutz, avec son érudition et sa connaissance approfondie des maladies de la femme, n'ait pas cru devoir, en terminant sa carrière médicale, écrire un traité complet de gynécologie, nous conseillons de lire dans la préface, due à la plume de M. Siredey, les raisons alléguées par Bernutz lui-même pour justifier sa manière de faire. Ils y trouveront dans les appréciations si pleines de modestie formulées par Bernutz sur les choses qu'il savait et celles bien plus nombreuses qu'il pensait avoir à apprendre encore, un « aveu assurément bon à méditer par certains auteurs plus pressés de publier que d'apprendre ».

Si l'on en excepte quelques conférences consacrées aux vices de conformation des organes génitaux, au vaginisme, aux déviations utérines, à la menstruation et à ses troubles pathologiques, l'ouvrage de Bernutz renferme surtout une étude approfondie des deux grandes questions auxquelles

il avait particulièrement consacré ses recherches : la pelvi-péritonite et l'hématocèle rétro-utérine.

On trouve un intérêt extrême à la lecture des chapitres consacrés par Bernutz à la pelvi-péritonite qu'il a si puissamment contribué à faire connaître l'un des premiers, et à laquelle son nom doit rester si intimement attaché. Peut-être les travaux récents ont-ils rendu moins impossible que ne semble l'admettre l'auteur de déterminer, pendant la vie, la lésion génitale qui a fait naître la pelvi-péritonite; peut-être, du reste, en est on arrivé, par contre, à faire à l'ovarite ou à la salpingite une place un peu prépondérante au détriment des manifestations morbides fournies par le péritoine pelvien; mais en tous cas, les observations si complètes et si minutieuses rapportées par Bernutz montrent bien que, dans certains cas au moins, la lésion primordiale des annexes de l'utérus reste, en clinique, au second plan, et que l'évolution des phénomènes morbides justifie l'existence de la pelvi-péritonite telle qu'il l'a décrite : sorte d'entité morbide, constituée en réalité par un groupe de faits auxquels sert de lien « un élément commun à tous, un travail inflammatoire du péritoine, à forme tantôt aiguë, tantôt subaiguë, tantôt enfin chronique ».

S'il conteste, d'ailleurs, l'existence du phlegmon péri-utérin, en tant qu'inflammation propre « du tissu cellulaire même de l'utérus, celui qui est interposé au muscle utérin et au péritoine », il se défend, d'ailleurs, contre la généralisation que l'on a voulu parfois donner à son opinion et déclare qu'elle est loin de sa pensée. Aussi reprend-il cette question intéressante dans une série de conférences, pour bien établir la façon dont il comprend l'existence du phlegmon des ligaments larges. Autant de chapitres à lire avec soin et qu'il est impossible d'analyser ici.

Dans une dernière conférence, consacrée à l'étude de la tuberculisation des organes génitaux, on trouve des documents cliniques précieux, et une description symptomatique de cette affection si souvent méconnue dans sa véritable nature. On peut regretter peut-être de n'y pas rencontrer les renseignements bactériologiques que comporte aujourd'hui toute recherche afférente à la tuberculose : la question des « portes d'entrée » du bacille, de sa propagation et de son évolution dans les différentes parties du système génital de la femme, eût été traitée avec avantage et eût donné à l'étude clinique et anatomo-pathologique des faits un intérêt tout particulier.

Est-il besoin de dire, en terminant, que l'œuvre de Bernutz reflète les qualités de cet esprit sagace, consciencieux et profondément honnête, et qu'il rendra les plus grands services à tous ceux qui désirent s'instruire et n'éprouvent pas l'indifférence ou le dédain, affectés par quelques-uns, pour les études gynécologiques.

André Petit.

Avant-projet pour la reconstruction de l'hôpital civil de Grenoble, par M. le docteur Bernard. — Brochure in-8° de 23 pages, avec plan. — Grenoble, E. Vallier et Chabert, 1888.

L'avant-projet pour la reconstruction de l'hôpital civil de Grenoble que M. le docteur Bernard propose dans son intéressante brochure se lie, au point de vue économique, à une opération de voirie dont il est assez difficile de juger la portée, lorsqu'on n'est pas à même de l'étudier sur place en s'entourant des éléments multiples et complexes de la question. Il n'en est pas de même du côté hospitalier proprement dit de ce travail, rédigé dans le but d'être soumis au conseil municipal de Grenoble, dont notre savant confrère fait partie.

Il n'est pas un instant douteux que le plan proposé n'ait vivement séduit les personnes qui en ont eu connaissance. Comment en serait-il autrement? L'auteur a l'intention d'affecter un immense terrain de 204 600 mètres carrés à l'hospitalisation de trois cent quatre-vingt-quatorze malades; il dissémine sur cet espace huit pavillons de malades et deux pavillons pour des payants, en disposant de vastes jardins entre chacun des pavillons; l'air circule à profusion au milieu de toutes ces constructions, et même, pour qu'il y ait plus d'aération encore, il fait choix de pavillon à rez-de-chaussée surmonté d'un étage, bien que l'étendue du terrain permette des pavillons isolés sans étage. Il semble ainsi que l'espace disponible ne soit peut-être pas suffisamment utilisé; mais ce n'est là qu'une critique de détail qui n'en rend pas moins fort intéressante l'œuvre de M. Bernard.

Elle se recommande d'ailleurs par d'autres qualités, telles que le soin avec lequel la disposition des pavillons est indiquée, ainsi que celle des nombreuses annexes qu'un établissement de ce genre doit comprendre. Faisant choix d'un système de pavillon à rez-de-chaussée surélevé sur un sous-sol, assez bas il est vrai, et surmonté d'un étage également occupé par des malades, M. Bernard s'est efforcé de doter ce pavillon des procédés d'assainissement les plus perfectionnés. Ce n'est pas ici le lieu de discuter la valeur de ces procédés qui doivent se plier aux nécessités locales; nous savons, d'autre part, que la ville de Grenoble est récemment entrée dans la voie du progrès sanitaire avec une ardeur des plus louables. Qu'on nous permette d'appeler l'attention, au sujet de ce projet d'hôpital, sur la remarquable description critique faite par M. le docteur Dujardin-Beaumetz de l'hôpital des baraques de Saint-Pétersbourg dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire;* il y a là un vrai modèle à suivre, tant en ce qui concerne l'hygiène hospitalière, que la simplicité du programme réalisé et l'économie. On ne saurait assurément mieux faire. Les spécimens de ce genre sont rares en France; mais il importe à tous les points de vue qu'ils deviennent la règle. Il ne doit plus être permis de gaspiller follement l'argent des pauvres et des malades en façades monumentales et en dispositions intérieures, bonnes tout au plus à remplir la bourse des architectes et à couvrir les entrepreneurs contre les aléas des rabais consentis. Ne peut-il y avoir autant d'élégance et de charme esthétique dans l'ordonnance d'un modeste hôpital sans prétentions architecturales que dans les colonnades et les frontons des établissements dont s'enorgueillit trop souvent la vanité municipale? Lequel rend le plus de services, de celui qui, à l'exemple du duc de Galliera, consacre plusieurs millions à élever un portique de marbre blanc devant l'hôpital de Gênes, ou du grand seigneur qui élève avec la même somme un hôpital pour quatre cents malades?

C'est pourquoi nous louerions sans réserve le projet de M. Bernard, qui nous paraît ingénieux et compatible avec les exigences de la salubrité, si nous n'étions frappés du chiffre auquel les dépenses s'élèvent. Le devis approximatif les porte à 3 700 000 francs, sans compter les canalisations d'eau et de gaz qui l'augmenteront d'au moins 100 000 francs, ce qui fait plus de 9600 francs pour chacun des trois cent quatre-vingt-quatorze lits. C'est là un chiffre important, qui serait exagéré dans un grand nombre de localités; il doit s'expliquer par les conditions spéciales aux constructions de Grenoble; il tient peut-être à la nature du sol, à la difficulté de trouver les matériaux ou aux frais de maind'œuvre.

Nous en avons dit assez pour montrer combien ce projet est intéressant et mérite d'être étudié avec la plus scrupuleuse attention. Il fait grandement honneur à son auteur.

De la rhino-bronchite annuelle ou asthme d'été, par M. le docteur Eugène Leflaive, ancien interne des hôpitaux. — Thèse inaugurale. Paris, 1887. G. Steinheil.

On doit entendre sous la dénomination de rhino-bronchite annuelle ou asthme d'été, une affection revenant périodiquement chaque année à la fin de mai et durant le plus souvent jusqu'au commencement de juillet. Elle se distingue aisément des accidents de coryza et de dyspnée survenant d'une façon passagère et irrégulière sous l'influence de causes variées telles que polypes, odeurs, poussières, etc., et qui peuvent être prévenus en écartant les causes qui les engendrent. On peut décrire deux formes à cette affection : la première, dite oculo-nasale, se caractérise par du larmoiement, du picotement des yeux, un peu de rougeur conjonctivale et de photophobie; par du prurit nasal, un écoulement abondant, d'abord aqueux, plus tard jaune et épais, des éternuements en série. Tous ces symptômes durent environ

de quatre à six semaines. Dans la seconde, oculo-naso-thoracique, on constate en outre une dyspnée à type asthmatique vespérale et nocturne, accompagnée au bout de quelques jours seulement de toux et d'expectoration, généralement sans fièvre; cette forme est un peu plus longue. Bien que les complications soient très rares et le pronostic bénin, c'est une affection difficilement curable; elle se montre de quinze à trente ans et revient régulièrement tous les étés à la même époque. Plus fréquente chez les hommes, elle est parfois héréditaire, et frappe les arthritiques. Elle a d'ailleurs une parenté étiologique très grande avec la goutte. Sa cause déterminante serait le retour de l'été qui agit par des influences météorologiques difficiles à déterminer et probablement complexes. Le traitement doit surtout s'adresser à la diathèse qu'il faut modifier.

ADÉNOPATHIES EXTERNES A DISTANCE DANS LE CANCER VISCÉRAL, par M. le docteur J. BELIN, ancien interne des hôpitaux. — Thèse inaugurale. Paris, 1888. G. Steinheil.

Le fait de la propagation du cancer des organes internes aux ganglions lymphatiques voisins a été connu pour ainsi dire de tout temps, mais la propagation de ces cancers aux ganglions lymphatiques à distance n'a été étudiée que depuis une époque relativement récente; telle est par exemple la propagation aux ganglions sus-claviculaires d'un cancer de l'estomac ou de l'utérus, ou encore aux ganglions inguinaux dans un cancer intra-abdominal. Lorsque l'on étudie les faits publiés, on voit que le cancer viscéral, quel que soit son siège primitif, peut se propager aux ganglions externes, et que, en particulier, dans les cancers de l'abdomen, les ganglions inguinaux sont souvent dégénérés avant les ganglions sus-claviculaires ou axillaires. Ces adénopathies externes au cours du cancer viscéral ont d'ailleurs une réelle valeur séméiologique, car leur présence permet de porter un diagnostic nosologique exact dans la plupart des cas de cancer latent, et, d'autre part, elle interdit toute intervention opératoire dans les cancers viscéraux accessibles à la chirurgie. On peut se convaincre, d'après l'auteur, que la généralisation ganglionnaire obéit à des règles anatomiques assez précises: le cancer est tantôt successif, tantôt les ganglions cancéreux sont liés à la lésion d'un viscère secondairement envahi; dans certains cas, enfin, les localisations ganglionnaires, à la région sus-claviculaire gauche, peuvent s'expliquer par l'anatomie et la physiologie du canal thoracique.

VARIÉTÉS

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DU HAUT-RHIN FRANÇAIS. — Nous avons dit avec quelle brutalité l'administration allemande avait frappé il y a quelques mois les Associations de bienfaisance et les Sociétés scientifiques médicales de l'Alsace-Lorraine. L'Association du Haut-Rhin, qui avait déjà transporté son siège à Belfort, a dû rayer de la liste de ses membres effectifs les médecins qui exerçaient en Alsace. Elle leur a conféré l'honorariat tout en acceptant la démission qui leur avait été imposée. Dans sa dernière séance, dont nous recevons le compte rendu, l'Association des médecins du Haut-Rhin français a applaudi le discours de son président, M. le docteur Marquez (d'Hyères), qui a rappelé l'historique de ces douloureux événements et les paroles d'adieu que lui a adressées M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse). Bien que nous ne rendions pas compte des réunions tenues par les sociétés agrégées à l'Association des médecins de France, nous avons cru devoir signaler cette séance. Il nous a paru nécessaire de protester une fois encore dans un journal qui se lit, même en Allemagne, contre l'odieuse persécution qui s'exerce en Alsace. Les œuvres de bienfaisance comme les nôtres ne devraient être limitées par aucune frontière. Il faut être *barbare* pour ne pas le comprendre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le jury du concours d'agrégation de médecine qui doit s'ouvrir à Paris le 15 décembre prochain est ainsi constitué: MM. Brouardel, Jaccoud, Cornil, Grancher, Dieulafoy (de Paris), Teissier (de Lyon), Coyne (de Bordeaux), Arnould (de Lille) et Kiener (de Montpellier); *suppléants :* MM. Proust, Hayem, Laboulbène, Ball.

ECOLE PRATIQUE. — *Cours de thérapeutique hydro-minérale.* — M. le docteur P. Bouloumié commencera son cours de thérapeutique hydro-minérale le mardi 20 courant à cinq heures, amphithéâtre n° 2, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Ce cours en douze leçons comprendra une étude sommaire des eaux minérales et de leur classification, une étude comparative de leurs indications et contre-indications et de leurs applications thérapeutiques.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Magnan a repris ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales le dimanche 18 novembre à neuf heures et demie du matin et les continuera les dimanches et mardis suivants à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie.

Les leçons auront plus particulièrement pour objet cette année l'étude comparative du délire chronique à évolution systématique et *des délires chez les héréditaires dégénérés.*

DINER DES MÉDECINS DE LA MARINE. — Le troisième dîner des anciens médecins et pharmaciens de la marine a eu lieu le mardi 6 novembre au Cercle militaire de l'avenue de l'Opéra, sous la présidence de M. le docteur Ad. Nicolas. Plusieurs médecins de la province s'étaient joints à leurs confrères de Paris. On peut considérer l'Association comme fondée désormais. On s'en tiendra, jusqu'à nouvel ordre, aux deux dîners annuels, sans autre participation pécuniaire. Le prochain dîner est fixé au 28 mai 1889. Les adhésions conditionnelles ou définitives peuvent être adressées, dès à présent, au président.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Frémy, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.

MORTALITÉ A PARIS (44e semaine, du 4 au 10 novembre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 4. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 30. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 24. — Tumeurs : cancéreuses, 63 ; autres, 10. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 49. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 63. — Bronchite aiguë, 23. — Bronchique chronique, 30. — Broncho-pneumonie, 18. — Pneumonie, 61. — Gastro-entérite : sein, 11; biberon, 67. — Autres diarrhées, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 33. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 8. — Autres causes de mort, 149. — Causes inconnues, 6. — Total : 956.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Psoriasis et arthropathies, par M. le docteur C. Bourdillon. 1 vol. in-8°. Paris, Lecrosnier et Babé. 5 fr.

Étude médico-philosophique sur les pertes séminales involontaires, spermathorrée, par M. le docteur Pauillet. 3e édition. 1 vol. in-18. Paris, Lecrosnier et Babé. 3 fr. 50

Manuel de diagnostic chimique au lit du malade, par M. le professeur H. Toppeiner, traduction faite, sur la deuxième édition allemande, par M. Nicolle, interne des hôpitaux et mise au courant des dernières connaissances par l'auteur, avec une préface par M. le docteur Albert Robin. 1 vol. in-16 avec 8 figures intercalées dans le texte. Paris, Lecrosnier et Babé. 2 fr.

De la situation des fœtus et de la disposition des œufs dans le cas de grossesse gemellaire, par M. le docteur M. Lamiot. 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte. Paris, Lecrosnier et Babé. 3 fr. 50

Recherches cliniques sur le délire hypocondriaque, valeur séméiologique, par M. le docteur Journiac. 1 vol. in-8°. Paris, Lecrosnier et Babé. 2 fr. 50

Traité pratique de bactériologie, par M. E. Macé. 1 vol. in-12 de 711 pages avec 173 figures. Paris, J.-B. Baillières et fils. 8 fr.

Hypnotisme. États intermédiaires entre le sommeil et la veille, par M. le docteur Coste de Lagrave. 1 vol. in-16 de 160 pages. Paris, J.-B. Baillières et fils. 2 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

16975. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 28 novembre 1888.

Académie de médecine : **Amyotrophie consécutive à la grossesse. — Contagion de la lèpre. — Prophylaxie de la nécrose phosphorée.**

L'intéressante observation communiquée à l'Académie par M. Desnos soulève une question de diagnostic qui ne manquera pas d'être discutée dans le rapport qui sera certainement fait à l'occasion de ce travail. Ainsi qu'on le verra au compte rendu (p. 765), il s'agissait d'une amyotrophie à marche suraiguë, développée à l'occasion d'une grossesse pénible, arrêtée dans son développement aussitôt après l'avortement provoqué. Les caractères cliniques et électriques de cette atrophie musculaire — et surtout la rapidité relative de sa guérison — nous semblent la séparer nettement des amyotrophies classiques dues à une lésion des cornes antérieures de la moelle. Ainsi que M. Desnos l'a fait observer, on ne peut songer non plus ni à une paralysie d'origine urémique, ni à une paralysie hystérique, puisque la malade, examinée à ce point de vue, ne présentait aucun des stigmates de l'hystérie. Restent donc l'hypothèse d'une névrite puerpérale, hypothèse bien discutable encore en raison de la gravité de l'affection qui occupait les quatre membres, et celle d'une paralysie réflexe. Ce qui reste prouvé, c'est que l'amyotrophie était directement liée de l'état de débilité organique entretenue par la grossesse. C'est là un fait qui, à notre connaissance, n'avait pas encore été signalé.

Les médecins des îles Havaï savent mépriser les conventions sociales et se préoccupent fort peu des doctrines humanitaires qui leur valent aujourd'hui de si véhémentes critiques. Ils ont voulu s'assurer de l'inoculabilité de la lèpre, et c'est sur un condamné à mort qu'ils ont tenté l'expérience. Cette nouvelle méthode de vivisection, peu praticable ailleurs qu'à Honolulu, a d'ailleurs « *fait merveille* », nous citons les termes précis d'un compte rendu qui rappelle ainsi un mot tristement célèbre. Le malheureux inoculé est devenu bel et bien lépreux. En communiquant ce fait à l'Académie de médecine, M. Le Roy de Méricourt n'a pas manqué de faire remarquer que, chez ce Canaque, la lèpre pouvait bien être héréditaire. Toutefois les documents qu'il a analysés ensuite semblent prouver que, de toutes parts, depuis la discussion soulevée l'an der-

FEUILLETON

Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie dans les Universités allemandes et austro-hongroises, comparée à la même organisation dans les Facultés de médecine françaises (1).

Chargé, en juillet 1887, d'une mission scientifique par le ministre de l'instruction publique pour étudier l'organisation dermato-syphiligraphique en Allemagne et en Autriche-Hongrie, M. H. Leloir, professeur de dermato-syphiligraphie à la Faculté de médecine de Lille, a consigné dans un remarquable rapport les impressions qu'il a éprouvées de son voyage scientifique et l'opinion qui en est restée gravée dans son esprit.

Traduit en allemand, ce rapport sur l'enseignement dermato-syphiligraphique *est à peine connu chez nous*. Il vaut cependant la peine qu'on l'ouvre, qu'on le lise et qu'on le médite, car ce qui y est dit à propos de la dermato-syphiligraphie peut s'appliquer à l'enseignement en général d'au delà du Rhin.

Je demande donc la permission de le présenter aux lecteurs de la *Gazette;* il me permettra sans doute de leur dévoiler certaines défectuosités graves de notre enseignement, défectuosités que l'on ne connaît bien que lorsque l'on est de la maison, qu'on me pardonne cette triviale expression.

Il y a en Allemagne vingt Universités. Onze sont pourvues de l'enseignement dermato-syphiligraphique officiel : Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Freiburg, Iéna, Königsberg, Leipzig, Munich, Strasbourg, Würzburg; neuf

(1) H. Leloir, *Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie dans les Universités allemandes et austro-hongroises*. Paris, 1888.

nier par le savant rapport de M. Ernest Besnier, les contagionnistes sont en grande majorité.

— La nécrose phosphorée des maxillaires n'a pas cessé, malgré les travaux des hygiénistes et les prescriptions administratives, de faire des victimes dans les fabriques d'allumettes. C'est contre un tel état de choses que M. Magitot s'est élevé avec force dans la remarquable communication qu'il vient de faire à l'Académie de médecine. A cette occasion, il a minutieusement examiné cette intéressante question dans tous ses détails, et analysé les nombreux cas de nécrose phosphorée qu'il a pu recueillir et dont il a constaté lui-même une grande partie. Cette maladie professionnelle est-elle la manifestation secondaire d'une intoxication générale ou le résultat d'une action locale? On tend aujourd'hui à admettre la seconde hypothèse; mais des divergences persistent lorsqu'il s'agit de savoir si l'absorption du phosphore a lieu par les gencives et le périoste ou par suite de l'altération préalable des dents. Déjà en 1846, M. Th. Roussel soutenait cette dernière opinion et M. Magitot la confirmait en 1875, devant l'Académie des sciences, dans un mémoire bien des fois cité depuis et dont sa nouvelle communication n'est que le complément très étudié.

S'il est vrai, comme tout porte d'ailleurs à le démontrer, que la nécrose des maxillaires d'origine phosphorée reconnaisse pour cause unique, pour porte d'entrée invariable et exclusive, une certaine variété de carie dentaire, la carie pénétrante, il va de soi qu'on ne doit recevoir dans les ateliers à phosphore aucun ouvrier dont les dents présentent une telle brèche à la maladie qui les guette infailliblement. Une surveillance spéciale doit être exercée et des soins immédiatement donnés pour pouvoir pratiquer, aussitôt après constatation, l'obturation de la carie ou l'ablation de la dent suivie de cicatrisation complète. Dans tous les cas, il y a lieu d'exiger des ouvriers une grande propreté de la bouche, à l'aide de dentifrices appropriés. Nous ne croyons pas que l'emploi de ceux-ci ait été encore généralisé dans ces usines et qu'on y tienne suffisamment la main à obtenir des ouvriers des précautions analogues à celles qui ont donné de si heureux résultats dans l'industrie de la céruse.

L'assainissement des locaux n'importe pas moins ici. Il existe des procédés de trempage des allumettes dans la pâte phosphorée qui diminuent certainement dans la mesure du possible les émanations, comme la machine de MM. Bell et Higgins, si ingénieusement combinée pour opérer mécaniquement cette opération presque en vase clos. D'autre part, M. Germot a imaginé un appareil pour la fabrication de la pâte phosphorée, qui supprime presque toute émanation nuisible. Mais de nombreux exemples montrent malheureusement que ce ne sont pas les plus intéressés, ni même les plus frappés, qui sont le mieux disposés à accepter les améliorations nouvelles. C'est pourquoi, tout en souhaitant à la généreuse entreprise de M. Magitot, tout le succès qu'elle mérite, nous craignons fort que la liberté du suicide soit longtemps encore acceptée, sinon réclamée, par les ouvriers que tente l'appât d'un gain plus élevé. La substitution du phosphore amorphe rouge au phosphore blanc remédierait seule à ces dangers; la ventilation énergique et *per descensum* des ateliers ne serait pas moins désirable. Il faut d'ailleurs reconnaître que la maladie est moins commune aujourd'hui qu'autrefois et que si elle a paru se généraliser un peu dans certaines circonstances, cela tient au relâchement de la surveillance hygiénique du personnel. C'est cette surveillance qu'il importe surtout de pratiquer avec la plus grande exactitude et d'imposer au besoin avec rigueur aux industriels peu soucieux de la santé de ceux qu'ils emploient et dont ils sont assurément responsables.

NEURO-PATHOLOGIE

Du syndrome astasie-abasie.

Il semble à peu près démontré aujourd'hui que le plus grand nombre des centres fonctionnels (langage, marche, station debout, course, natation, saut, jeu de divers instruments, etc.) s'organisent dans le cerveau et dans la moelle à la manière des morceaux de musique notés sur des rouleaux particuliers et enfermés dans la caisse d'un orgue de Barbarie. Cette comparaison, si bizarre qu'elle paraisse, est vraie de tous points. Un pianiste apprend avec une foule de difficultés un concerto quelconque, il apporte toute son attention, toute sa volonté à interpréter le compositeur. Il construit en quelque sorte un appareil qui doit plus tard, à la première réquisition, reproduire exactement ce qui est écrit sur le papier et cela le plus souvent sans que ledit cahier de musique soit là pour le guider. Le pianiste transforme son cerveau et sa moelle en un appareil enregistreur, en une sorte de phonographe qui automatiquement reproduira le morceau de musique longtemps étudié. Automa-

---

en sont dépourvues: Giessen, Greisswald, Göttingen, Halle, Heidelberg, Kiel, Marburg, Roslock et Tübingen.

En Allemagne, il n'y a pas de professeurs ordinaires (correspondant à nos titulaires) de dermato-syphiligraphie; il n'y a que des professeurs extraordinaires (correspondant à nos chargés de cours). C'est là un premier état d'infériorité regrettable, remarque le professeur Leloir, aggravé encore par ce fait qu'en Allemagne l'enseignement de la dermato-syphiligraphie n'est pas obligatoire.

Sauf à Berlin, l'enseignement de la dermato-syphiligraphie est fait par un seul professeur, c'est-à-dire que l'enseignement est mixte. A Berlin seulement cet enseignement a été dédoublé; Lewin a conservé la chaire de syphiligraphie et Schweninger occupe la chaire de dermatologie. Il en est de même à Vienne depuis longtemps, et cette séparation, favorable au point de vue de l'enseignement, car la division du travail conduit fatalement au progrès, est désirable chez nous, dans notre grande et belle Université parisienne.

Outre ces chaires d'enseignement qui inspirent le goût de la dermato-syphiligraphie et en montrent toute la valeur dans la pratique, il s'est fondé en Allemagne, grâce au zèle des dermatologistes allemands, grâce aux professeurs Lewin, Doutrelepont, Neisser, Furbringer, Caspary, A. Wolff, etc., et aux *privat-docenten* G. Behrend, Lewinski, Fleischer, Lesser, Kopp; grâce aux éminents dermatologistes Unna, Kobner, Michelson, Max-Joseph, Rosenthal, etc., et grâce aussi aux généreux encouragements qui leur sont donnés par l'Etat, il s'est formé, dis-je, en Allemagne, une Société de dermato-syphiligraphie, qui tient un Congrès annuel et que tout compatriote des Alibert, des Rayer, des Bazin, des Biett, des Cazenave, des Devergie, comme le dit le professeur Leloir, ne peut que regretter de ne pas retrouver en France. Et ce regret, nous n'avons malheureusement pas à le formuler seulement pour la dermato-syphiligraphie. C'est en vain que d'éminents esprits, c'est en vain que l'avant-garde tentent de réagir;

tiquement est le seul mot qui convienne, car, pour que le jeu soit parfait. il ne faut pas, au dire des virtuoses les plus exercés, d'intervention constante de la volonté. Une fois l'impulsion donnée, ils peuvent et même cherchent à rendre leur jeu (et j'entends par là la partie brutale de l'exécution) le plus mécanique possible. Ce n'est qu'à cette condition qu'ils peuvent *nuancer* le jeu et suivre dans une sorte de contemplation intérieure le développement de la phrase mélodique que le centre mécanique doit ensuite interpréter. Ce qui se passe pour le jeu du piano se passe également pour tous les actes devenus *automatiques*. Par exemple pour la station debout et pour la marche dont les troubles doivent nous occuper aujourd'hui.

La station et la marche s'apprennent. Des groupes de cellules dans le cerveau et dans la moelle s'habituent à fonctionner ensemble. Ici des cellules sensitives renseignent les cellules motrices sur l'énergie à déployer. Il ne s'agit pas évidemment d'un centre unique anatomiquement : le cerveau antérieur et le cerveau postérieur s'associent dans une action commune dont le résultat est un mouvement voulu, prévu et coordonné. Dans les premiers essais c'est le cerveau qui domine : l'attention constante, la volonté, la surveillance, sont portées au maximum. Mais bientôt, par suite de la répétition des mêmes actes, la partie psychique cesse d'être prédominante; le cerveau se contente de transmettre l'ordre au centre subalterne de la moelle, qui n'a plus qu'à exécuter le mouvement. Comment est faite cette éducation du centre spinal? Quelles sont les voies suivies par l'incitation? Y a-t-il dans la moelle autant de fils conducteurs d'ordres cérébraux que de mouvements particuliers? Évidemment non. Dans une leçon clinique du mardi consacrée à des malades atteints de mal de Pott, M. Charcot donnait, d'après M. Brown-Séquard, le nom de cerveau lombaire au renflement lombaire de la moelle. Il me semble qu'on peut pour les mêmes raisons imaginer un *cerveau brachial* exclusivement consacré à l'exécution des mouvements voulus ou automatiques des membres supérieurs. C'est dans ces deux *cerveaux spinaux* que s'enregistrent les mécanismes, que se construisent les phonographes... Quant à la transmission, elle peut et doit à priori se faire par les voies les plus simples et les plus naturelles. C'est ce que l'anatomie pathologique a démontré. Un malade atteint de mal de Pott avait fini par récupérer le mouvement des membres inférieurs. Il succomba à une affection intercurrente et l'on fut surpris à l'autopsie de trouver au point où avait eu lieu la compression, la moelle réduite au volume d'un tuyau de plume.

Il avait donc suffi du petit nombre de tubes nerveux échappés au naufrage pour transmettre les ordres du cerveau cérébral au cerveau lombaire. Les *deux cerveaux* séparés un certain temps par la lésion du rachis avaient repris leur communication normale. Quant à la coexistence dans le même renflement lombaire de centres pour la marche, le saut, la natation, la danse, la marche à quatre pattes, l'action de grimper, etc., cette coexistence, dis-je, de tant de centres divers, n'a rien qui doive nous étonner. N'est-ce pas avec les sept notes de la gamme et les vingt-cinq lettres de l'alphabet qu'on a pu composer tant d'opéras et écrire tant de livres. Tout en pareil cas est affaire d'arrangement.

Donc, comme le dit Blocq dans un travail dont nous parlerons plus loin, la station et la marche s'apprennent et l'apprentissage est long... Tout travail voulu, tout mouvement fait en vue d'un but, nécessite un travail cérébral et spinal. Au bout d'un certain temps, quand le sujet est plus expert, le rôle cérébro-cortical s'efface graduellement et presque tout se passe dorénavant dans les centres spinaux. Le centre cortical préposé à la *mémoire psychologique* indique le genre d'impulsion qu'il faut donner pour déterminer le fonctionnement du mécanisme, le centre spinal lui, *préposé à la mémoire organique*, possède le matériel d'exécution et préside à la mise en jeu automatique et inconsciente des mouvements ordonnés par l'encéphale.

Ce long préambule physiologique avait son utilité; passons maintenant à la partie pathologique de notre étude...

Si les divers centres dont nous venons de faire mention fonctionnent avec une indépendance parfaite, ils peuvent, par une réciprocité naturelle, *se détraquer* isolément; c'est ce que la clinique nous enseigne et c'est ce que nous allons nous efforcer de démontrer pour les deux centres de la station debout et de la marche.

En dépit des néologismes employés (astasie et abasie), le trouble dont nous voulons faire l'histoire n'est pas à proprement parler une maladie nouvelle.

En 1883, MM. Charcot et Richer l'ont appelée *impuissance motrice des membres inférieurs par défaut de coordination relative à la station et à la marche*. Depuis, chaque fois qu'un cas de ce genre s'est présenté, M. Charcot n'a pas manqué d'en faire le sujet d'une de ses leçons cliniques. Dans une de ces leçons faite en 1886, alors que

---

casaniers par tempérament et par routine, nous restons chez nous, nous nous casematons, et c'est ainsi que nous ignorons la science des autres, le mouvement qui se passe autour de nous, ignorance fatale à la science et à l'enseignement en France, ignorance fatale à la patrie.

Ce que je dis là de la dermato-syphiligraphie avec le professeur Leloir, je pourrais malheureusement le répéter pour bien d'autres branches de l'enseignement médical, quoiqu'il serait injuste de ne pas reconnaître que depuis quelque temps il a été fait dans notre pays de sérieux efforts de ce côté. Ce n'est pas sans un légitime orgueil, en effet, que nous nous rappelons le succès du Congrès français de chirurgie et du Congrès de la tuberculose, entrepris sous les auspices de nos illustres et vénérés maîtres.

Une des conditions qui favorise le plus l'enseignement de la dermato-syphiligraphie en Allemagne et en Autriche-Hongrie, continue H. Leloir, c'est l'avenir qui attend presque fatalement tout dermato-syphiligraphe de talent. Ce que nous disons là de la dermato-syphiligraphie est applicable à toutes les autres branches de l'enseignement médical, médecine expérimentale, anatomie pathologique, neurologie, maladies des enfants, ophthalmologie, etc.

Après avoir fait ses études dans une, mais le plus souvent dans plusieurs Universités allemandes; après avoir suivi les leçons des maîtres les plus en renom dans son pays ou même à l'étranger, l'étudiant allemand, devenu docteur, qui désire suivre la carrière universitaire, se fait accepter par un de ses maîtres qui a remarqué en lui un sujet intelligent, laborieux et plein de zèle, à titre d'*assistant*. C'est là pour lui à la fois un bonheur et un honneur dont il sera fier pendant toute sa vie. Comme tel, il devient un aide précieux pour le maître, et, à son tour, le maître devient pour lui une source d'inépuisables enseignements.

Choisi par le professeur et nommé pour deux ans, nomination du reste renouvelable, l'assistant touche 1200 marcs,

nous avions l'honneur d'être l'interne de la clinique des maladies nerveuses, M. Charcot rappelait que la première indication du syndrome que nous étudions se trouve dans un livre déjà ancien du professeur Jaccoud. L'auteur désigne la maladie sous le nom de « ataxie par défaut de coordination automatique ». Il fait ressortir les points capitaux de l'affection en disant : que la force musculaire est conservée, qu'il n'y a pas de signe de Romberg, que ce trouble est assez rare et se rencontre presque exclusivement chez les hystériques. Il attribue ce syndrome singulier à l'exagération de l'excitabilité réflexe de la moelle. M. Jaccoud dit : « Les mouvements sont normaux quand ils sont exécutés dans la station couchée ou assise ; ils ne deviennent ataxiques que dans la station debout et pendant la marche. »

Donc en 1883, M. Charcot publiait (dans la *Medicina contemporanea*) en collaboration avec P. Richer, le travail sur l'astasie et l'abasie, dont nous venons de parler.

En 1884, le chef de l'école de la Salpêtrière revient sur ce sujet.

En 1885, Weir-Mitchell, dans ses *Leçons sur les maladies nerveuses des femmes*, étudie l'ataxie motrice hystérique ; il reconnaît deux formes : l'une qui tient à l'anesthésie et se produit quand le contrôle de la vue ne s'exerce plus ; l'autre, *non encore décrite*, s'accompagnant ou ne s'accompagnant pas de paralysie, dans laquelle les malades au lit gardent le libre usage de leurs jambes, tandis que debout ou dans la marche elles titubent, tombent d'un côté, cherchent à se redresser, tombent en arrière, etc...

Erlenmeyer, dans un travail sur les convulsions statiques (1885), rapporte une observation assez semblable à celles qui ont servi de base à la constitution du type.

En 1885, le docteur Roméi publie, sous le nom de *Paraplégie infantile du seul acte de la marche*, une observation qui se rapproche beaucoup des faits de M. Charcot.

Enfin le docteur Blocq, ancien interne de la clinique, a publié dans les *Archives de neurologie* (1888, n°s 43 et 44) une remarquable étude d'ensemble du syndrome. Nous empruntons beaucoup au travail de notre ami, et nous en recommandons la lecture à tous ceux qu'intéressent les études de neuropathologie.

La maladie débute plus ou moins brusquement, soit à la suite d'une violente émotion, soit après un choc quelconque. Fréquemment elle est précédée de douleurs de tête ou de maux de reins.

En quelques heures, le trouble est constitué. Voit-on la malade assise, rien ne révèle une affection quelconque. Debout, la scène change : impossible de rester debout. Il semblerait (Blocq) qu'à chaque instant quelqu'un s'amuse à frapper la partie postérieure du jarret d'un coup sec. Il se produit alors une série de brusques flexions des genoux, suivie d'une extension très rapide ; à chacune de ces flexions des jambes correspond une flexion du tronc sur le bassin, ensuite le corps entier se redresse comme mû par un ressort. Ces mouvements entraînent des mouvements compensateurs de la tête, des bras, destinés à conserver l'équilibre.

Dans la marche, tout s'exagère : l'extension se fait d'une manière si brusque et si violente que parfois le corps est lancé comme une balle en avant, et que le malade saute à la façon d'un kangurou. Signalons aussi des oscillations du corps en avant et en arrière.

L'occlusion des yeux ne produit pas d'effets constants ; chez quelques malades, elle paraissait aggraver le désordre.

Les réflexes rotuliens sont normaux ; la trépidation spinale ne se produit pas, ce qui est contraire à la théorie de la réflectivité exagérée de la moelle proposée par le professeur Jaccoud.

Chose curieuse : faites mettre à quatre pattes le ou la malade, et vous le voyez marcher parfaitement bien dans cette position ; il peut valser, lui qui ne peut marcher ; il peut grimper aux arbres, vraisemblablement il peut nager, patiner, etc. C'est donc bien simplement le rouleau de la marche qui est atteint et troublé dans son fonctionnement.

Quelques malades ont recours à un subterfuge pour progresser : ils sautent comme des pies, les pieds unis.

Blocq signale encore une manière de marcher singulière. La malade s'assoit sur une chaise et la soulève par petits coups comme on fait d'ordinaire quand on veut se rapprocher d'une table.

Dans d'autres circonstances, l'impotence est complète (pour la marche ou la station debout), et rappelle la paralysie hystérique. Si on soutient le malade sous le bras et si on veut le faire reposer sur ses jambes, il s'écroule. Mettez-le dans la position genu pectorale, et il marche très bien à quatre pattes.

Quelquefois soutenu sous les bras, ou bien avec des béquilles, il avance comme les enfants à qui on apprend à marcher.

Dans les formes atténuées, le malade marche comme un

---

soit 1500 francs, outre ses leçons payées par les élèves qui s'inscrivent à ses conférences.

Mais ses deux, quatre ou six ans d'assistant terminés, que va-t-il devenir? La présentation d'un mémoire original de valeur le fait passer au rang de *privat-docent*.

A partir de ce moment, il est attaché à l'Université, et *peut continuer ses fonctions d'assistant*, si le maître qu'il a choisi et par lequel il a été préféré veut bien l'agréer et le conserver, ce qui d'ordinaire, il faut bien le dire, n'arrive pas. De ce jour, du reste, il fait habituellement un cours particulier payé, et ces cours, qui rappellent les conférences de nos chefs de clinique de la Faculté de Paris, sont *surtout* suivis par les étrangers, en particulier à Vienne. Mais agréé près d'une Université, il ne tarde pas à obtenir d'elle l'autorisation d'ouvrir un cours secondaire, complémentaire ou auxiliaire, dirions-nous en France. Il commence ainsi à voler de ses propres ailes, comme le dit le professeur Leloir ; l'élève est sur le point de passer maître.

A partir de ce moment, et jeune encore, l'avenir lui appartient. S'il se distingue par ses travaux et son enseignement, il ne tarde pas à être appelé comme professeur extraordinaire par une des Universités allemandes qui, on le sait, se « marchandent » les professeurs, et là, si son ambition n'est pas satisfaite, il n'a qu'à « grandir » pour devenir, le temps aidant, professeur d'une des plus grandes Universités de l'Allemagne, à laquelle l'appelle son talent, par suite de l'offre et de la demande qui s'établit au delà du Rhin entre l'Université appelante et les candidats.

L'intérêt de tout professeur en Allemagne est donc de continuer à travailler et à produire, car il n'attend et ne tient rien que de son mérite, différence énorme avec ce qui se passe chez nous, où, trop souvent, enkysté dans sa Faculté, quoi qu'il fasse, le professeur délaisse son enseignement pour poursuivre âprement la clientèle. S'il prouve qu'il est « l'homme qu'il faut » pour occuper la chaire convoitée, qu'il se rassure, on l'appellera, il y va de l'intérêt et du

homme qui chercherait à suivre un chemin rocailleux (Blocq).

Joignez à cela une grande résistance à tous les mouvements provoqués de flexion ou d'extension.

On peut se demander sur quel terrain évolue ce singulier phénomène. Nous savons déjà que c'est chez les hystériques qu'on le trouve presque exclusivement. Dans le travail de M. Blocq, cinq fois sur onze les désordres du mouvement sont accompagnés de phénomènes révélateurs de la diathèse hystérique (ovaire hypéresthésié, analgésie, rétrécissement du champ visuel, etc.).

Il faut aussi prévoir les cas où les phénomènes de l'*astasie* et de l'*abasie* se trouveront mêlés à des symptômes révélateurs d'une effaction cérébrale ou spinale.

La marche de l'affection a cela de particulier, que le *statu quo* est la règle pendant un temps plus ou moins long; la maladie atteint presque tout d'un coup son summum et se modifie peu. Participant des caprices de toutes les affections hystériques, elle peut disparaître en vingt-quatre heures, puis reparaître.

Blocq remarque que, d'après ses observations, la durée moyenne a été de trois à quinze mois, mais que la guérison a été à peu près la règle. Le pronostic est donc assez favorable, mais il faut compter aussi avec les récidives assez fréquentes.

La confusion est assez facile à faire avec le tabes; mais on peut cependant constater, dans le cas d'astasie, l'absence de douleurs, de troubles viscéraux, de symptômes oculaires, les réflexes sont conservés; il n'y a en somme de ressemblance qu'entre deux incoordinations de nature complètement différente.

Il faut signaler aussi l'*ataxie hystérique* de Briquet et Lasègue. Cette ataxie, due à la perte du sens musculaire, augmente pendant l'occlusion des yeux.

La *maladie de Friedreich* a des signes propres qui empêchent toute confusion.

Il est moins facile de faire le diagnostic différentiel avec les paralysies hystériques de nature flasque, quand l'impotence est absolue. Mais, dans la paralysie hystérique, il y a abolition complète aussi bien dans la station debout que dans les mouvements; on n'a qu'à mettre le malade dans la position genu-pectorale et le diagnostic est fait, si le malade marche à quatre pattes.

On devra se défier aussi des paralysies flasques qui surviennent chez les choréiques. La chorée rythmée, qui s'accompagne également de phénomènes hystériques, peu prêter à la confusion. Dans ce cas, on peut s'apercevoir que, outre la cadence et la régularité des secousses musculaires, la chorée se produit par accès et empêche tous les mouvements quels qu'ils soient.

On pourrait confondre l'astasie-abasie avec ce que Bamberger appelle la convulsion *réflexe saltatoire*. Cette maladie est si rare et elle s'accompagne si fréquemment de symptômes traduisant la réflectivité exagérée de la moelle (paralysie spasmodique réflexes exaltés, trépidations épileptoïdes, etc.), que l'on peut encore éviter l'erreur.

L'étiologie de cette singulière affection est encore à faire. On n'a aucune donnée précise sur les causes qui la produisent; la cause occasionnelle est une frayeur, une émotion, un coup, ou bien une maladie grave. En somme, c'est l'étiologie de l'hystérie elle-même.

Le traitement est celui que l'on a coutume d'employer contre l'hystérie; il ne présente rien de particulier.

Résumons-nous donc en affirmant l'existence d'un trouble spécial atteignant un centre fonctionnel déterminé à l'exclusion de tous les autres. Affirmons la ressemblance étrange de ces troubles avec les troubles de nature purement hystérique, la coexistence fréquente dans les deux cas de symptômes hystériques, et concluons à la connexité étroite des manifestations de la grande névrose et de l'astasie-abasie.

Paul Berbez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Du lymphome malin et de son traitement par les injections interstitielles d'arsenic, par M. Henri Barth, médecin de l'hôpital Tenon.

Il y a près de quinze ans qu'on a préconisé pour la première fois l'arsenic comme moyen curatif des tumeurs lymphadéniques. Jusqu'alors tous les auteurs qui s'étaient occupés de la maladie de Hodgkin étaient d'accord pour affirmer son incurabilité absolue, et Trousseau, dans la quatrième édition de ses *Cliniques*, publiée en 1873, terminait son remarquable chapitre sur l'adénie en avouant l'impuissance de la thérapeutique dans cette étrange et redoutable affection. Jaccoud et Labadie-Lagrave, dans leur important article du *Dictionnaire de médecine pratique*, n'étaient guère moins pessimistes.

renom de l'Université elle-même, car les élèves, en Allemagne et en Autriche-Hongrie, suivent moins l'Université que le maître.

Le maître qui, outre son traitement, est payé par les élèves qui suivent ses leçons, et l'Université ont donc un mutuel intérêt à se rencontrer et à se posséder.

En Allemagne, l'enseignement dermato-syphiligraphique n'est cependant pas parfait, remarque le professeur Leloir. Il n'y a de bien organisé à cet égard que Berlin, Bonn, Breslau. Strasbourg, puis Königsberg et Leipzig, mais avec polycliniques seulement, Munich, où tout ce qu'il faut existe comme matériel, et enfin Wurzburg. A Berlin, Bonn, Breslau, Strasbourg, un laboratoire de recherches et une salle de cours se trouvent annexés au service hospitalier. En général les défectuosités de l'enseignement actuel ne tiennent pas à l'organisation générale, qui est excellente, mais à certaines causes locales.

En Autriche-Hongrie, c'est l'organisation générale de l'Allemagne et de la Prusse, mais bien autrement perfectionnée. Aucun pays ne peut rivaliser avec l'organisation actuelle de l'enseignement dermato-syphiligraphique viennois, et ce que nous disons là, avec le professeur de Lille, de la dermato-syphiligraphie, nous pourrions le répéter pour d'autres branches de la science, l'otologie, la laryngologie, l'ophthalmologie, etc.

En Autriche-Hongrie, il y a huit Universités, qui possèdent une Faculté de médecine. Ce sont les Universités de Graz, Innsbrück, Klausenburg, Cracovie, Buda-Pest, Prague et Vienne, où, à l'inverse de ce qui existe en Allemagne, l'enseignement de la dermato-syphiligraphie est exclusivement fait par des professeurs extraordinaires et même ordinaires. Les privat-docenten font simplement des cours accessoires, libres et payés, où affluent principalement les étrangers (15 à 20 gulden pour tout le cours et par élève), et le plus brillant est toujours le plus suivi. En 1876, sept cents auditeurs étrangers suivirent ces cours, pour lesquels les docenten

En 1874, Tholen (*Arch. für klin. Chirurg.*, t. XVII) publiait quatre observations de lymphadénomes multiples traités avec un certain succès par Czerny au moyen de l'arsenic administré tant par la voie digestive qu'en injections intra-parenchymateuses avec la seringue de Pravaz. Sous l'influence de ce traitement les tumeurs avaient manifestement diminué de volume, et la marche de la maladie s'était arrêtée.

L'année suivante Winiwarter (*ibid.*, t. XVIII et *Gesellschaft der Wiener Aerzte*, 1877) reprit la question d'ensemble, et dans deux mémoires successifs établit pour le traitement arsenical du lymphadénome des règles dont on s'est peu écarté depuis lors. Après avoir étudié le diagnostic et précisé les caractères qui distinguent le lymphome vrai (ou pseudo-leucémie ganglionnaire) du sarcome des glandes lymphatiques, il conseille de donner l'arsenic, à l'exemple de Czerny et de Billroth, sous forme de liqueur de Fowler administrée à la fois par la bouche et en injections interstitielles. Pour l'usage interne la liqueur de Fowler est associée par parties égales à la teinture de Mars tartarisée ; le malade prend dix gouttes de ce mélange à chaque repas et augmente d'une goutte tous les jours ou tous les deux jours jusqu'à l'apparition de phénomènes d'intolérance; on redescend alors de la même manière jusqu'à la dose initiale. Quant aux injections, on en pratique une tous les deux jours dans les glandes hypertrophiées, en ayant soin de laver la peau et de faire bouillir l'aiguille de la seringue de Pravaz ; la quantité de liqueur de Fowler injectée chaque fois varie entre trois et six gouttes et même davantage.

Sous l'influence de ce traitement Winiwarter a vu les tumeurs lymphadéniques rétrograder avec une grande rapidité : au bout de huit ou dix jours dans les cas les plus favorables, les glandes se ramollissent, deviennent sensibles à la pression; bientôt après elles semblent se rétracter, leur volume diminue rapidement, leur consistance augmente et elles se transforment en petits noyaux fibreux qui finissent eux-mêmes par disparaître. Souvent, peu après le début du traitement, il se produit des douleurs névralgiformes dans les régions où on a pratiqué les piqûres; souvent aussi on observe une fièvre à exacerbations vespérales, attribuée par Winiwarter au passage dans le sang des détritus glandulaires détruits et résorbés. Certaines glandes suppurent, soit à la suite d'injections trop fortes ou trop réitérées, soit spontanément; avec le pus s'échappent des fragments de tissu lymphadénique mortifié; la cicatrisation est toujours rapide. En même temps l'imprégnation arsenicale détermine divers symptômes toxiques: des troubles digestifs, de la céphalée, de l'amaigrissement. Ces accidents disparaissent après la cessation du traitement. Quand, la guérison obtenue, on interrompt toute médication, on voit souvent, après un intervalle de six mois ou un an, se manifester une récidive, qui cède à l'emploi des mêmes moyens.

A l'appui de ces conclusions, Winiwarter donnait six observations, comprenant deux malades guéris, un très amélioré; les autres étaient restés stationnaires, mais avaient été traités trop peu de temps pour qu'on fût en droit de les considérer comme des insuccès définitifs. Le travail du chirurgien de Vienne eut un certain retentissement en Allemagne, et pendant les années suivantes un grand nombre de faits furent publiés, la plupart confirmatifs de l'efficacité des injections arsenicales dans le lymphadénome. Israel (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1880), Zésas, Korach (*D. med. Wochenschr.*, 1883), ont eu chacun un succès; Karewski (*Berl. kl. Wochenschr.*, 1884) sur quatre cas a obtenu trois guérisons, et dans la discussion qui eut lieu à la suite de sa communication à la Société médicale de Berlin, Grunmach, Lewandowsky, Güterbock, Küster, en ont signalé encore d'autres. Enfin, Warfwinge (*Norsk Magazin for Lägerid*, 1883), ayant expérimenté la médication arsenicale successivement dans la leucémie, dans la pseudo-leucémie et dans l'anémie pernicieuse progressive, a eu des succès dans chacune de ces maladies; la lymphadénie proprement dite (tumeurs ganglionnaires sans augmentation des globules blancs du sang) lui a donné trois guérisons sur cinq cas. Mais d'autre part Kœbel (*Brun's Beiträge zur klin. Chirurg.*, 1887) a publié un relevé de sept malades observés à Tubingue et qui ont fourni quatre insuccès absolus, deux améliorations temporaires et un cas douteux.

En France, la question a été beaucoup moins étudiée. En dehors d'une observation de Terrillon dans laquelle la guérison obtenue d'abord a été suivie d'une prompte récidive, nous n'avons guère à signaler que le travail de Reclus publié l'an dernier dans la *Gazette hebdomadaire*, p. 515. Ce chirurgien y relate brièvement cinq faits de lymphadénome cervical traités par l'arsenic, les uns par la méthode interne seulement, les autres concurremment par les injections parenchymateuses. Sur ces cinq malades, deux ont été notablement améliorés, les autres sont restés stationnaires, mais les tumeurs ont cessé de progresser. Reclus, comparant ces résultats avec ceux obtenus en Allemagne, reconnaît que l'arsenic a certainement une influence thérapeutique au moins palliative, mais ajoute que la question de curabilité absolue de la lymphadénie par cet agent n'est pas encore jugée. Il conclut que de nouvelles recherches sont nécessaires.

Depuis deux ans, les hasards de la clinique ont fait passer sous mon observation plusieurs cas de lymphome malin, ou, pour employer une expression nosologiquement plus pré-

---

peuvent employer les malades des cliniques et polycliniques officielles, si les professeurs les y autorisent (ce qui est rare). Les assistants aussi font des cours libres et payés, dans lesquels ils ont l'avantage sur les docenten de pouvoir se servir des malades, des laboratoires, etc., de leurs services. Quant aux professeurs, ils sont surtout suivis par les étudiants autrichiens, qui se font presque exclusivement inscrire à leurs cours.

A Vienne comme à Berlin, l'enseignement officiel de la dermato-syphiligraphie est dédoublé. Les deux cliniques officielles sont installées dans un hôpital admirable, l'*Allgemeine Krankenhaus*, dont l'excellente installation a été si bien décrite par Besnier et Doyon dans leur éloquente préface à leur traduction de Kaposi. La clinique dermatologique est occupée par Kaposi; la clinique des maladies syphilitiques par Neumann. Plus de cent élèves suivent ces cliniques.

Mais, outre cet enseignement officiel, universitaire, il existe à Vienne un enseignement dermato-syphiligraphique, sorte d'enseignement mixte, dépendant à la fois de l'Université par son professeur et de l'Assistance publique par le service hospitalier attaché à cet enseignement. A l'Allgemeine Krankenhaus de Vienne, le ministère de l'intérieur a installé trois divisions pour les malades atteints d'affections cutanées ou syphilitiques; chacune de ces divisions comprend de cent à cent vingt lits; elle a pour chef un « primarius » *nommé au concours sur titres*. L'une de ces divisions est adjointe à la clinique de Kaposi, dont les ressources sont ainsi augmentées d'autant (80+100=180 lits), et la deuxième à celle de Neumann, qui, tous les deux, outre qu'ils sont professeurs de l'Université de Vienne, sont *primarii* (médecins chefs); la troisième division enfin est adjointe à la clinique dermatologique de Lang. Les autres divisions du ministère de l'intérieur (celles de l'Allgemeine Krankenhaus, celles de Rodolph-Spital et du Wiener-Spital) peuvent du reste concourir également à l'enseigne-

cise, de lymphadénie ganglionnaire. Parmi ces malades il en est trois que j'ai pu suivre d'une façon prolongée et sur lesquels j'ai pu étudier les effets directs et indirects de la méthode de Czerny et de Winiwarter. Ce sont ces trois observations que j'ai cru intéressant de faire connaître dans l'espoir qu'elles contribueront à éclaircir une question encore en litige et qu'elles susciteront de nouvelles tentatives.

OBS. I. — M. M. J..., âgé de vingt-neuf ans, propriétaire en Lorraine, me consulte pour la première fois le 8 octobre 1886 pour une adénopathie cervicale remontant à dix-huit mois environ.

Ce jeune homme, bien constitué et très vigoureux, assure n'avoir jamais été malade. Sorti de Saint-Cyr à vingt et un ans comme officier de cavalerie, il a fait cinq ans de service en cette qualité, puis a donné sa démission pour se marier et cultiver ses terres. Il n'a pas eu la syphilis ni aucune affection vénérienne; pas de rhumatisme, pas de fièvres intermittentes. Dans sa famille on ne constate ni tuberculose, ni aucun autre antécédent pathologique à noter.

C'est dans les premiers mois de l'année 1885, un an environ après son mariage, qu'il s'est aperçu du développement d'une grosseur située dans la région cervicale droite, en arrière du sterno-mastoïdien. Un peu auparavant il avait eu, dit-il, quelques petites plaques d'eczéma dans l'aisselle et au-devant de l'épaule du même côté; il n'avait pas pris garde à cette éruption, qui du reste n'avait guère tardé à disparaître. Quant à la glande du cou, il l'avait attribuée selon la tradition à un coup de froid et avait attendu patiemment qu'elle disparût comme elle était venue. Il en souffrait du reste fort peu, sauf quand le col de sa chemise venait à frotter dessus un peu rudement. Sa santé générale demeurait bonne et il continuait à se livrer avec ardeur à ses occupations de propriétaire rural.

Pendant un an environ, les choses restèrent en l'état; la glande n'avait guère augmenté de volume, mais elle était devenue plus dure et plus sensible à la pression; diverses pommades résolutives étaient restées absolument sans effet. Au printemps de 1886 (six mois avant mon premier examen), sans cause connue des accès de fièvre se manifestèrent, accompagnés de sueurs profuses; en même temps la tumeur prenait un accroissement rapide et deux autres paquets glandulaires se montraient successivement au côté droit du cou, l'un dans la région sous-maxillaire, l'autre au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule. Plusieurs traitements ont été essayés: l'huile de foie de morue, le massage, une cure à Salies de Béarn. Cette dernière a été suivie d'une nouvelle aggravation; depuis deux mois il y a une toux quinteuse, spasmodique, un état habituel de congestion céphalique se traduisant par de la somnolence, du coryza, du bourdonnement d'oreilles; enfin un amaigrissement marqué et une diminution très appréciable de l'appétit et des forces.

A mon premier examen (octobre 1886) je constate une énorme tumeur ganglionnaire plus grosse que le poing, occupant tout le côté droit du cou, de la mâchoire à la clavicule. Cette tumeur offre tous les caractères du lymphadénome (lymphome malin des Allemands); elle est formée par des amas de ganglions hypertrophiés, serrés les uns contre les autres, mais néanmoins indépendants et mobiles sur les parties profondes. La masse entière se décompose en trois groupes principaux ayant chacun à peu près le volume d'un gros œuf de poule; l'un, situé en arrière du sterno-mastoïdien, est le plus ancien au dire du malade; sa consistance est ferme, presque fibreuse; la peau est peu mobile à sa surface et la palpation éveille des douleurs assez vives, explicables par la situation de la tumeur à l'émergence des rameaux du plexus cervical superficiel. Les deux autres groupes ganglionnaires, d'origine plus récente, ont une consistance molle et élastique, la peau qui les recouvre est parfaitement libre d'adhérences et sans changement de coloration; la palpation à leur niveau est absolument indolente. Le volume total de la tumeur est tel que le malade est obligé de porter la tête inclinée à gauche; le tube laryngo-trachéal est également dévié à gauche et la pomme d'Adam est déjetée à près de deux centimètres de la ligne médiane. Cependant il n'y a pas de signes de compression laryngée, pas de cornage ni de dyspnée excessive, mais seulement une toux quinteuse très fatigante. Dans le creux sus-claviculaire gauche une palpation attentive fait reconnaître deux ou trois ganglions hypertrophiés, ne dépassant pas le volume d'une grosse amande. Du reste toutes les autres parties de l'appareil lymphatique paraissent saines: il n'y a rien dans les aisselles, rien dans les aines, ni dans les autres régions à ganglions; l'abdomen paraît normal, la rate n'est pas augmentée de volume, le foie et les autres organes abdominaux sont sains.

L'examen attentif du thorax ne révèle rien qui puisse faire supposer l'existence d'une adénopathie bronchique ou médiastine. Enfin les amygdales ne sont pas hypertrophiées. — Au point de vue fonctionnel, le malade se plaint surtout de lourdeur de tête et de phénomènes d'hypérémie céphalique qu'il attribue à la toux: celle-ci est sèche, fréquente, quinteuse, coqueluchoïde et parfois suivie de vomissements. Les fonctions digestives s'exécutent normalement.

Les accès de fièvre qui s'étaient montrés à diverses reprises au printemps, ont cessé depuis quelques semaines. Les battements du cœur sont normaux.

Les forces, bien qu'un peu diminuées, sont suffisantes pour permettre de longues courses à pied ou à cheval, nécessitées par les occupations journalières de M. M. J...

Il n'y a jamais eu d'hémorrhagies et l'examen du sang ne révèle pas d'augmentation des globules blancs. La sécrétion urinaire est normale en quantité et en qualité.

En présence d'un tel ensemble symptomatique il n'était pas douteux qu'on avait affaire à un cas de lymphadénie encore rapprochée de son début, mais destinée à se généraliser promptement.

Quelle pouvait être l'origine de cette maladie? le seul fait intéressant au point de vue étiologique était la constatation (déjà notée par d'autres observateurs) d'une lésion cutanée préexistante dans la sphère des ganglions atteints Mais en admettant que l'érosion eczémateuse eût pu servir de porte d'entrée à un germe morbide, d'où venait celui-ci? Dans la petite localité rurale où vivait le malade on n'avait ouï parler, de mémoire d'homme, d'un cas de ce genre. Toutefois, M. J... lui-même nous fit part d'une circonstance qui l'avait beaucoup

---

ment dermato-syphiligraphique, *mais seulement lorsque le primarius appartient en même temps à l'Université.*

Les cliniques en Autriche-Hongrie sont bien installées, bien dotées, et les objets de pansements, instruments, etc., y sont payés par l'Université, ce qui empêche les cliniques de souffrir de la parcimonie des administrations hospitalières. Nous trouvons d'ailleurs une organisation identique en Allemagne et en Russie.

Si nous ajoutons avec Leloir qu'à l'hôpital général de Vienne toutes les observations sont soigneusement recueillies par un médecin spécial désigné *ad hoc;* que les autopsies, *faites par le professeur d'anatomie pathologique*, sont adjointes à ces observations, on pourra se faire une idée de la richesse des archives de cet établissement.

De même qu'en Allemagne, le professeur, en Autriche, est payé par les élèves; plus le professeur est brillant, plus il est dévoué à la cause de l'enseignement, plus sa situation est prospère, et plus riche et plus renommée est aussi l'Université. *L'Etat, au reste, ne lui marchande jamais son appui pour ses recherches, ses travaux, ses publications ou ses voyages scientifiques.*

Le professeur, en Autriche, est payé par les élèves de 10 à 15 marcs par semestre. Peut-être celle organisation spéciale de l'enseignement fait-elle que le professeur prépare mieux ses cours, car en agissant ainsi, il s'attire plus d'auditeurs, partant il gagne plus d'argent; flatté dans son orgueil et caressé dans ses intérêts, comme le remarque si excellemment H. Leloir, il n'est pas douteux qu'il fasse tous ses efforts pour faire bien et pour faire mieux.

Il résulte de tout ce qui précède qu'en Allemagne, bien que le concours n'existe pas, les places de professeur ne sont données qu'au seul mérite; il y va de l'intérêt même des Universités.

Ch. DEBIERRE,
professeur à la Faculté de médecine de Lille.

(*A suivre.*)

frappé. Un an avant son mariage, la mère de sa femme (qu'il ne connaissait pas alors) avait succombé à un lymphadénome cervical. Le mobilier de la morte (la chambre à coucher notamment) était revenu par héritage à sa fille, et c'est dans les meubles en question que M. J... vivait depuis dix-huit mois, quand sa propre maladie avait commencé à se manifester. Nous avons tenu à mentionner ce fait, tout en reconnaissant qu'il a pu n'y avoir là qu'une simple coïncidence.

Le diagnostic n'offrant aucune incertitude, nous conseillâmes vivement à M. J... de recourir au traitement arsenical et surtout aux injections interstitielles de liqueur de Fowler préconisées par Czerny, par Winiwarter et par plusieurs autres médecins. Notre maître et ami le docteur Henri Besnier, appelé en consultation, fut du même avis. Avant de se décider, M. J... voulut encore avoir un troisième conseil et s'en alla à Liège consulter Winiwarter, qui confirma notre diagnostic et fit immédiatement les premières injections dans les ganglions du cou. Au bout de quelques jours le malade revint à Paris, et le 12 novembre, le traitement fut institué comme suit : avant chaque repas dix gouttes d'un mélange à parties égales de liqueur de Fowler et de teinture de Mars tartarisée ; d'autre part chaque jour une injection intra-ganglionnaire de cinq gouttes de liqueur de Fowler pure. Tous les trois jours, la dose du médicament interne était augmentée d'une goutte à chaque repas, et tous les trois jours aussi on injectait une goutte de plus de liqueur de Fowler. Du reste rien n'était changé ni au régime, ni aux habitudes du malade, auquel on recommandait de prendre l'air et de faire de l'exercice.

Ce traitement fut suivi avec une grande rigueur pendant plusieurs mois. Les premières injections faites à Liège ayant déterminé un gonflement inquiétant du paquet ganglionnaire au voisinage de la trachée, nous les remplaçâmes pendant une quinzaine de jours par des injections sous-cutanées (ou plutôt intra-musculaires) faites dans la région des lombes; mais en présence des douleurs très vives déterminées par ce traitement, nous revînmes bientôt aux piqûres intra-ganglionnaires, qui furent d'ailleurs très bien supportées, à condition de varier fréquemment la place des injections et d'interrompre pendant quelques jours quand la douleur et le gonflement devenaient excessifs. Grâce aux précautions antiseptiques employées rigoureusement, il ne se produisit pas d'abcès, bien que la dose de liqueur de Fowler injectée en une fois fût portée graduellement jusqu'à quinze gouttes. Le traitement interne n'était pas moins bien toléré; au bout de trois mois le malade était arrivé à prendre avant chaque repas quarante-trois gouttes de la mixture ferro-arsenicale équivalant à quarante-trois gouttes par jour de liqueur de Fowler pure. Malgré ces doses élevées, aucun symptôme sérieux d'intoxication arsenicale ne s'était encore manifesté: le malade accusait seulement du picotement dans les fosses nasales avec coryza fluent, de la somnolence après les repas, de l'agitation fébrile la nuit, parfois de l'inappétence ou un peu de diarrhée.

Mais, s'il supportait bien le traitement, il ne semblait en retirer aucun bénéfice; les masses ganglionnaires du cou ne diminuaient pas, au contraire d'autres glandes semblaient se développer autour des anciennes. Le paquet cervical, tuméfié d'ailleurs par l'inflammation consécutive aux piqûres, devenait de plus en plus volumineux.

Bref, le découragement commençait à gagner le malade (et même le médecin), quand vers la fin du mois de février 1887, après trois mois et demi de traitement et plus de quatre-vingts injections, le tableau commença tout à coup à se modifier. Plusieurs des ganglions les plus gros se ramollirent, parurent même sur le point de suppurer, puis dégénérèrent en cupule comme si leur centre avait été résorbé. Bientôt toutes les glandes du groupe inférieur et presque toutes celles du groupe postérieur se mirent à diminuer de volume, à s'atrophier de jour en jour, et un mois plus tard cette partie de la tumeur ne formait plus qu'une poche vide constituée par la peau et le tissu cellulaire, au milieu duquel on sentait rouler de nombreux petits corps durs, à consistance fibreuse, séparés par de larges sillons. Seul le groupe supérieur situé près de l'angle de la mâchoire conservait encore, bien que très diminué, un volume assez considérable. Le conduit laryngo-trachéal, auparavant dévié à gauche, comme on l'a vu, avait repris sa place. Fait plus remarquable : les petits ganglions constatés dans le creux sus-claviculaire gauche, et où jamais il n'avait été fait d'injections, avaient complètement disparu.

Vers le même moment où les tumeurs avaient commencé à rétrograder, les troubles digestifs provoqués par l'arsenic étaient devenus plus intenses, et nous avaient déterminé à ne pas aller plus loin. Le malade commença donc à abaisser méthodiquement ses doses quotidiennes de mixture ferro-arsenicale, diminuant d'une goutte tous les deux jours, afin d'éviter les phénomènes de collapsus observés par Winiwarter en cas de cessation brusque de médicament. Dès qu'il fut descendu au-dessous de vingt gouttes, l'appétit revint, l'état général s'améliora rapidement, les forces et l'embonpoint reparurent. A dater de ce moment, il devint plus difficile de lui faire accepter les injections arsenicales, toujours assez douloureuses. Il fallut consentir à des interruptions de plus en plus fréquentes, de plus en plus prolongées. Cependant l'amélioration ne fit que s'accroître pendant les mois qui suivirent, et au commencement de juin la guérison semblait presque achevée quand le malade fut forcé de retourner en Lorraine, où l'appelaient de graves affaires de famille et d'intérêt. En dépit des plus grandes recommandations, il profita de ce départ pour cesser son traitement, et pendant plus de quatre mois, comme il me l'avoua plus tard, il ne prit plus d'arsenic.

Vers la fin de novembre il s'aperçut que sa tumeur augmentait de nouveau et revint me trouver. Je constatai en effet que plusieurs glandes nouvelles étaient apparues au cou, surtout dans le groupe supérieur dont l'atrophie n'avait jamais été que partielle. D'autre part on constatait nettement dans chacune des aisselles un petit paquet de trois ou quatre ganglions durs, roulant sous le doigt. La rate n'était pas grosse et il n'existait aucun symptôme d'adénopathie interne; cependant l'apparition de ganglions axillaires était de mauvais augure, révélant un début de généralisation. Je conseillai la reprise immédiate du traitement dans toute sa rigueur. Je ne pus obtenir qu'un séjour à Paris d'une semaine tous les mois (permettant de faire chaque fois six ou sept piqûres), plus la promesse de prendre régulièrement la mixture ferro-arsenicale à doses croissantes, comme la première fois.

Malgré ces lacunes dans le traitement, au bout de trois mois l'amélioration était de nouveau manifeste; les glandes du cou rétrocédaient encore une fois, celles des aisselles avaient suppuré à la suite des premières piqûres (l'asepsie étant difficile à maintenir dans cette région), mais les abcès s'étaient rapidement cicatrisés et les coques ganglionnaires vidées s'étaient réduites à de petits nodules à peine appréciables. Quant à l'état général, il restait satisfaisant dans son ensemble, mais l'arsenic semblait moins bien supporté que la première fois. Dès qu'on eut atteint la dose de trente gouttes, le malade vit reparaître les nausées, le dégoût des aliments, les flux diarrhéiques indiquant l'intolérance du tube digestif.

Soit pour cette raison, soit pour toute autre, je ne tardai guère à m'apercevoir que M. J. m'échappait de nouveau. Ses visites à Paris devinrent plus courtes et moins fréquentes et, à partir du mois de juin, il cessa tout à fait de venir.

Je l'ai revu il y a peu de semaines : mes tristes prévisions ne s'étaient que trop réalisées et la généralisation est dès maintenant évidente. La tumeur du cou est devenue énorme, plus grosse qu'elle n'était lors du début du premier traitement. Fait à noter : cet accroissement n'est pas dû à une nouvelle tuméfaction des anciennes glandes (dont les coques fibreuses sont parfaitement reconnaissables au palper), mais bien à de nouvelles proliférations ganglionnaires parties de la profondeur. Ces nouvelles glandes, serrées les unes contre les autres, sont peu mobiles, dures et de consistance presque ligneuse. Elles remplissent tout l'espace compris entre l'oreille et la clavicule, de grosses veines flexueuses sillonnent leur surface surtout dans la partie inférieure. Le tube laryngo-trachéal est de nouveau fortement dévié à gauche et la toux quinteuse, coqueluchoïde, existe comme au début de la maladie. Un paquet ganglionnaire, gros comme le poing, sillonné lui aussi de grosses veines sinueuses, remplit l'aisselle droite. Dans l'aisselle gauche et dans les aines, quelques glandes isolées, petites et dures. L'abdomen est ballonné, et la rate, très facile à sentir par la palpation, remplit tout le flanc gauche. Quant au foie, il ne paraît pas jusqu'ici augmenté de volume. Ce n'est pas tout : le malade se plaint depuis deux mois d'une oppression extrême, qui l'empêche de courir et de monter les escaliers; quand il dort, sa respiration devient stertoreuse, fait non imputable à la compression du larynx, car la voix n'est pas altérée. En examinant le thorax, on constate une zone étendue de matité au niveau de l'épine scapulaire droite, près de la colonne vertébrale, et au même point

l'on perçoit un souffle bronchique, intense, presque caverneux, sans aucun râle. Ces symptômes laissent peu de doute sur l'existence d'une volumineuse tumeur lymphadénique au voisinage de la bronche droite. Enfin l'état général est devenu mauvais, le teint est jaune et l'amaigrissement très marqué. Il n'y a pas d'augmentation des globules blancs du sang, pas d'albuminurie, mais ces progrès rapides de la maladie depuis trois mois ne permettent pas de s'illusionner sur le pronostic.

(*A suivre*).

Pathologie expérimentale.

Recherches expérimentales sur la greffe osseuse après la trépanation du crane (Réimplantation et transplantation des rondelles enlevées), par M. A. Mossé, chargé de cours clinique annexe, médecin de l'hôpital général de Montpellier (1).

La trépanation du crâne, après avoir été complètement délaissée, paraît en train de reconquérir, grâce aux méthodes de pansement antiseptique et aux notions acquises sur les localisations cérébrales, une place considérable dans la chirurgie contemporaine.

Les récentes discussions soulevées au mois de juin dernier par une nouvelle et intéressante communication de M. Lucas-Championnière à la Société de Paris, les lectures de Horsley au Congrès de Brighton (1886) et de Mac'Ewen au Congrès de Glascow (août 1888), tendent à prouver que la trépanation n'est pas une opération très grave et que les indications auxquelles elle peut satisfaire, sont le plus souvent fournies par des cas médicaux.

Sur les vingt trépanations de M. Lucas-Championnière, cinq ont été faites pour des traumatismes, quinze pour des cas d'ordre médical. Mac'Ewen, de son côté, a appliqué vingt et une fois le trépan pour des cas autres que des fractures du crâne ou les conséquences immédiates d'un traumatisme de cette région, il a eu dix-huit succès.

Il est inutile d'insister sur l'importance que peuvent prendre, dans la pratique médicale, des communications de cette nature. Elles posent à nouveau cette question que le médecin autant que le chirurgien est intéressé à voir résoudre : « La trépanation est-elle une opération peu dangereuse en elle-même, méritant d'être vulgarisée et que le médecin des contrées civilisées ne doit pas redouter plus que la craignent les Thébibs de l'Aurès? »

C'est là un point que nous ne nous proposons pas de discuter ici et sur lequel une expérience sage et progressive seule peut répondre. Mais cette tendance à recourir à une intervention thérapeutique sanglante dans certains cas — chaque jour plus nombreux — de pathologie cérébrale devait faire naître la préoccupation de fermer le mieux possible et sans accidents la brèche opératoire ainsi ouverte sur le cerveau.

L'orifice laissé par la couronne du trépan se comble ordinairement, comme on sait, par une lame fibreuse à la périphérie de laquelle on trouve quelquefois de la substance osseuse ou ossiforme. D'abord molle et dépressible, cette lame de formation nouvelle devient ensuite plus résistante. Recouverte par les parties molles, elle contribue à constituer une barrière à travers laquelle on ne sent plus les battements du cerveau ; aussi bon nombre de chirurgiens la regardent-ils comme un moyen de protection suffisant pour la substance cérébrale.

Ollier (2) cependant, faisant remarquer avec raison qu'il n'est pas indifférent d'avoir sur le crâne une cicatrice fibreuse ou une cicatrice osseuse, conseillait, il y a déjà plus de vingt ans, d'avoir recours à la trépanation sous-périostée pour assurer autant que possible la régénération osseuse après l'opération. Toutefois, il reconnaissait que même en agissant ainsi on ne pouvait espérer une reproduction de l'os que chez les jeunes sujets et que chez les adultes il ne fallait pas attendre mieux qu'une lame fibreuse au centre avec liséré osseux à la périphérie.

Legouest et Servier (*Dictionnaire Encyclopédique*, art. Crane, t. XXII, p. 646) repoussent cette tentative de régénération périostique de l'os, par crainte de productions osseuses irrégulières pouvant blesser les circonvolutions.

Ollier, de son côté, déclarait que l'idée de fermer la plaie osseuse par la réimplantation de la lamelle enlevée lui paraissait offrir de sérieux inconvénients, et se fondant sur une de ses expériences, rejetait d'une façon à peu près absolue cette méthode de greffe osseuse après la trépanation tentée chez l'homme avec des succès divers par Ph. Walther (1820), Wedemeyer et Wolff (1), de Saint-Pétersbourg.

La condamnation ainsi prononcée n'a pas été sans appel. Il y a trois ans, Mac'Ewen (2) recommandait un procédé de greffe qui lui avait donné de nombreux succès après la trépanation du crâne et qu'il pratique en replaçant dans l'orifice laissé par la couronne du trépan, la rondelle enlevée, divisée en fragments. Plus tard, Horsley (1886) et tout récemment Burrell (3) ont préconisé cette méthode. Burrell ayant constaté à l'autopsie d'un enfant mort quinze jours après l'opération que la rondelle était unie au reste de l'os par une cicatrice osseuse, conclut même que puisqu'il est possible de refermer facilement la perte de substance, la trépanation exploratrice peut être assimilée à la laparotomie exploratrice.

Les avis et la manière d'agir des chirurgiens diffèrent donc sensiblement. Ils peuvent être résumés ainsi. Les uns rejettent, par prudence, les tentatives de reproduction osseuse sous-périostée, recommandée et mise en pratique par d'autres. Ceux-ci, à leur tour, repoussent la greffe osseuse dont quelques chirurgiens de la Grande-Bretagne proclament les bons résultats.

En présence de cette divergence d'opinions, le moment paraît favorable pour faire connaître — mais sans prétendre conclure des animaux à l'homme — le résultat des recherches expérimentales que nous poursuivons depuis plus d'un an sur la greffe osseuse après trépanation du crâne.

Nos expériences commencées au cours d'inoculations virulentes sous la dure-mère, afin de voir comment se réaliserait la soudure de la rondelle osseuse (enlevée, pour permettre l'inoculation), ont été ensuite continuées plus spécialement à ce point de vue à un moment où nous ne connaissions pas les travaux des chirurgiens anglais cités plus haut. Elles ont porté sur le lapin, le chien et le singe et ont été disposées en trois séries de la façon suivante :

1° *Réimplantation de la rondelle enlevée :*

2° *Transplantation sur un autre animal de même espèce ;*

3° *Transplantation sur un animal d'espèce différente.*

Dans toutes nos expériences l'opération seule a pu être faite suivant les règles de l'antisepsie, car une fois les animaux opérés, nous étions forcé de nous borner à laver ou saupoudrer la plaie avec des substances antiseptiques dans les cas où la réunion n'avait pas eu lieu par première intention. Le plus souvent, en effet, il n'y a eu besoin que d'un seul pansement.

(1) Travail du laboratoire de la clinique des vieillards, communiqué à l'Académie de médecine par M. Alphonse Guérin (séance du 30 octobre) ; à la Société de biologie par M. Féré (séance du 3 novembre).

(2) Ollier, *Traité de la régénération des os*, t. II, p. 135.

(1) Cités par J. Wolff, de Berlin. *Die Osteoplastik in ihren Beziehungen zur Chirurgie und Physiologie. Archiv. für klin. chirurg. van Langenbeck*, 1863, t. IV, p. 204.

(2) *Cases illustratives of cerebral Surgery*. (*The Lancet*, 1885, t. I, p. 935.

(3) *The reimplantation of a trephine button of bone* (*Boston medical and surgical Journal*, 29 mars 1888, p. 313).

Pendant l'opération, le périoste était incisé, repoussé sur les côtés, sans précautions spéciales et la couronne appliquée directement sur l'os dénudé de son périoste. La rondelle une fois replacée, les parties molles étaient simplement ramenées au-dessus d'elle et les lèvres de la plaie superficielle réunies par deux ou trois points de suture.

La rondelle osseuse, dépouillée de son périoste, pouvait ainsi le retrouver au-dessus d'elle chez les animaux de la première série ou retrouver celui du crâne sur lequel elle était transplantée dans les expériences de la seconde et de la troisième série.

Le chien et le singe ont été anesthésiés. Les lapins ont très bien supporté l'opération sans qu'il fût nécessaire de recourir à l'anesthésie.

Ces renseignements préliminaires donnés, voici le résultat des expériences :

A. — Première série : *Réimplantation de la rondelle enlevée.*

Quatre expériences (trois sur des lapins, une sur le chien).

Expériences I et II. — Deux lapins, un mâle et une femelle, sont trépanés au laboratoire de thérapeutique, la femelle le 5 octobre, le mâl e le 14 octobre 1887, pour des inoculations virulentes. Dès que le virus a été injecté sous la dure-mère, la rondelle osseuse enlevée par le trépan est immédiatement remise à sa place. L'opération est très bien supportée. Pas d'accidents ultérieurs. Réunion rapide des plaies superficielles. Ces deux lapins sont encore aujourd'hui vigoureux et très bien portants. Ils ont eu ensemble plusieurs portées dans le courant de l'année.

L'examen direct après incision pénétrant jusqu'à l'os a permis de constater (septembre 1888) chez le mâle, une soudure osseuse si complète qu'il est difficile de trouver la trace du sillon cicatriciel. Au centre, l'orifice creusé par la pyramide est recouvert par des parties fibreuses solides, épaisses, mais dépressibles.

Chez la femelle, l'examen fait aux mois d'août et d'octobre 1888, montre qu'il n'y a pas eu de soudure osseuse. La rondelle est maintenue dans sa position et réunie au reste de l'os par des parties fibreuses, mais elle est facilement mobilisable dans le sens vertical comme dans le plan horizontal.

Expérience III. — Une chienne, jeune encore, mais ayant déjà mis bas au moins une fois, est trépanée le 13 octobre 1887. Hémorrhagie pendant l'opération. La rondelle est appliquée immédiatement après une injection de virus rabique sous la dure-mère. Les parties molles sont ensuite ramenées et les parties superficielles réunies par des points de suture. Le lendemain et jours suivants, pas d'accident, l'animal ne paraît guère se ressentir de l'opération, marche, court, boit, mange, est très caressant, cherche à donner la chasse aux lapins enfermés dans les cages du laboratoire. La température n'est pas augmentée.

Le 4 novembre les phénomènes dus à l'inoculation rabique commencent à se montrer; la mort survient le 8 novembre, par l'effet de la rage paralytique. La plaie opératoire des téguments s'était fermée depuis plusieurs jours après une légère suppuration qui n'avait pas incommodé l'animal.

A l'autopsie, après que le muscle recouvrant le pariétal est enlevé, le doigt promené sur le crâne ne trouve pas de saillie ou d'enfoncement révélant le point où l'opération a eu lieu. Une membrane, d'aspect fibreux, recouvre l'os et se continue sans ligne de démarcation avec le péricrâne des parties voisines. Après dissection de cette enveloppe, on arrive sur la rondelle, dont la coloration est un peu plus blanche que celle de l'os avoisinant auquel elle est solidement unie. Une pression même assez forte, exercée dans tous les sens, ne parvient pas à lui imprimer le moindre mouvement. Cette adhérence est due — comme on peut le vérifier sur la pièce présentée qui porte le n° 1 — essentiellement à un anneau osseux de formation nouvelle, résistant, qui comble presque tout l'espace compris entre le bord périphérique de la rondelle et le pariétal. La partie du sillon que n'a pas envahie la substance osseuse de production récente et l'orifice central de la rondelle sont comblés par une substance de couleur rougeâtre et de consistance fibreuse, qui paraît, au niveau du sillon, étroitement unie au péricrâne. Pas d'adhérences entre les méninges et la voûte crânienne, pas d'altération des circonvolutions. La surface interne de l'os trépané, qui a conservé sa régularité, offre une légère coloration rougeâtre autour de la brèche faite par la couronne du trépan (1).

Expérience IV. — Lapin trépané le 9 janvier pour une inoculation sous la dure-mère du virus provenant de la moelle d'un cheval tétanique. Réimplantation de la lamelle immédiatement après l'injection. Rien de particulier après l'opération. La plaie superficielle se cicatrise rapidement. Ni convulsions, ni paralysie.

Augmente d'abord de poids. Dans les premiers jours de février, mange moins, commence à maigrir; meurt le 13 février, le trente-cinquième jour après la trépanation. A l'autopsie, on constate que la rondelle est solidement adhérente à l'os. L'union est établie par un anneau osseux incomplet et par des parties fibreuses étendues entre la périphérie de la rondelle et les bords du pariétal. La dure-mère est appliquée contre l'os trépané; pas d'adhérences entre les méninges et le cerveau; le cerveau est normal, sans aucune trace d'inflammation.

Les jetées osseuses constituent encore aujourd'hui, après une macération prolongée et l'ablation des parties molles, un solide moyen d'union entre l'os et la rondelle, comme on peut le constater sur la pièce n° 2. Cette pièce devient plus intéressante encore si l'on veut bien remarquer les grandes proportions de la rondelle enlevé et réappliquée relativement à la surface du crâne de l'animal opéré.

Sur quatre expériences la greffe après réapplication de la rondelle enlevée par le trépan s'est donc produite trois fois. Elle n'a pas entraîné d'accidents. La mort des deux sujets qui ont succombé, a été déterminée par des causes autres que l'opération ou ses suites. Cette première série d'expériences confirme les faits déjà connus, mais peu nombreux de Merrem (1810), Walther, Heine (2), Flourens (*Comptes rendus de l'Institut*, 8 août 1859), Ollier, (t. 1, p. 428), etc. Il est permis cependant de faire remarquer que nos deux premières expériences offrent dans l'espèce un intérêt particulier en raison du temps plus long pendant lequel les animaux ont été observés, vivant de la vie ordinaire et se reproduisant normalement, en un mot, paraissant se ressentir aucunement de l'opération qu'ils avaient subie.

B. — Deuxième série : *Transplantation de la rondelle sur deux animaux de même espèce.*

Les expériences de cette série, au nombre de six, n'ont porté que sur des lapins. Elles sont divisées en deux groupes suivant que les animaux étaient de la même portée ou quelconques achetés au marché et relativement dans de mauvaises conditions de nutrition relativement aux précédents.

Premier groupe. — a. Animaux de la même portée.

Expériences V et VI (18 juillet 1888). — Deux lapins de trois mois, issus du mâle et de la femelle de la série précédente, sont trépanés successivement (3) et les rondelles échangées de l'un à l'autre. L'opération très bien supportée n'est suivie d'aucun accident. Le développement et l'augmentation en poids de ces deux animaux ne subissent pas d'arrêt et continuent à se faire régulièrement et d'une manière très sensible.

Le quarantième jour, une incision pénétrant jusqu'à l'os, montre l'adhésion solide des rondelles. Le sillon périphérique cicatriciel est peu marqué; l'orifice central creusé par la pyramide tend à s'ossifier.

(1) Le crâne n° 1 a été présenté à une séance de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier, novembre 1887 (*Gazette de Montpellier*, décembre 1887).

(2) J. Wolff, Mémoire cité, p. 196.

(3) Dans les expériences de cette seconde série, ainsi que dans celles de la troisième, voici comment nous opérions. Dès que le premier sujet était trépané, on plaçait une éponge phéniquée sur la plaie crânienne et on emportait l'animal loin de la table d'opération. La rondelle était placée dans une solution phéniquée faible, à peine était-elle enlevée. Aussitôt que le second animal était trépané, il recevait la rondelle du n° 1 qui, lui, ne recevait la rondelle du n° 2 que lorsque l'opération était complètement terminée chez celui-ci. Il y avait donc entre le moment où l'ouverture osseuse était pratiquée et celle où elle était comblée une différence de quelques minutes pour les deux sujets.

Maintenant il y a plus de quatre mois que ces lapins trépanés ont subi la greffe et ils continuent à jouir d'une bonne santé.

b. *Animaux quelconques, plus âgés et relativement dans un mauvais état de nutrition par rapport aux précédents.* — Dans ce second groupe, quatre lapins ont été trépanés par paire.

Un des lapins de la première paire, malingre, chétif, meurt le cinquième jour après l'opération. La rondelle osseuse était déjà maintenue en place par la dure-mère et par de la lymphe plastique épanchée entre son bord périphérique et le bord de la brèche crânienne. Il n'y avait pas encore de trace d'ossification.

Le deuxième lapin supporte bien l'opération, guérit et augmente d'abord de poids. Mais, à la fin du premier mois après l'opération, il commence à maigrir et succombe le cinquante-deuxième jour par suite d'une affection pulmonaire. Comme une incision avait permis de le constater deux jours avant la mort, on peut voir sur la pièce présentée, qui porte le n° 3, que la perte de substance est réparée par la greffe et que l'orifice central de la rondelle est en partie comblé par du tissu de nouvelle formation. Le sillon cicatriciel est à peine visible.

Des deux lapins de la deuxième paire, l'un vit encore, devenu plus fort, plus vigoureux. La région trépanée examinée le quarante-septième jour, permet de voir que l'adhérence est très solide, l'aspect de l'os, comme l'examen des parties voisines, et du sillon osseux cicatriciel, font penser que cette rondelle vit bien comme le reste du crâne et qu'elle ne paraît pas être là uniquement comme un corps étranger bien toléré par l'organisme.

Le deuxième lapin de cette paire, après avoir mis bas, succombe à une péritonite purulente le trentième jour après l'opération. La pièce n° 4 présente l'état de l'ossification qui établit une résistance solide entre l'os et la rondelle transplantée. Sur cette pièce on peut remarquer que la rondelle comprend une petite partie d'une suture sur laquelle la couronne a porté. L'adhérence s'est faite à ce niveau comme dans le reste de la rondelle.

Cette deuxième série d'expériences prouve donc que la greffe osseuse peut être obtenue par transplantation à des animaux de même espèce. Les résultats ont été d'autant plus beaux et plus rapides que les animaux étaient jeunes et de la même portée.

Flourens avait déjà réussi à greffer les rondelles osseuses enlevées à deux cobayes par trépanation du crâne et portées de l'un sur l'autre. Les pièces furent présentées à l'Institut (séance du 8 août 1859). On pourrait peut-être objecter que pour prouver qu'il s'agit bien réellement là d'une greffe, il eût été utile de démontrer par des injections qu'il existait une continuité vasculaire entre l'os et la rondelle transplantée. Comme nous venons de le dire plus haut, la manière dont se comportent les rondelles chez les animaux encore en vie et observés pendant plusieurs mois (la femelle du premier groupe exceptée), autorisent à défendre l'opinion qu'il s'agit d'une greffe et à éloigner l'idée que cette rondelle réappliquée ou transplantée n'est là que comme un corps étranger toléré par l'organisme. C'est cependant un moyen de contrôle anatomique auquel nous nous proposons d'avoir recours quand les animaux qui survivent et sont encore en observation succomberont.

C. — TROISIÈME SÉRIE : *Transplantation de la rondelle osseuse à des animaux d'espèce différente.*

Une chienne âgée de vingt mois environ et une guenon âgée de trois à quatre ans sont trépanées avec les précautions ordinaires (14 août 1888).

Chez la guenon, réunion immédiate des parties superficielles sans aucun accident. L'animal conserve son appétit, son entrain, son agilité ordinaires et augmente de poids (trépanation le 14 août; le 21 août, poids : 3433 grammes ; le 5 octobre, 4705 grammes, soit 272 grammes de plus).

Au quatrième jour, après l'opération, la plaie était presque entièrement cicatrisée et réunie par première intention. Ni induration, ni tuméfaction. La région opérée n'est douloureuse, ni spontanément, puisque la guenon n'y porte pas les pattes; ni, quand on presse, puisqu'on peut appuyer le doigt au niveau de la rondelle trépanée qui fait un peu saillie sur les reste de l'os sans que l'animal cherche à se sauver. Les poils coupés ras, au moment de l'opération, ont repoussé rapidement et bientôt il est devenu difficile de distinguer d'après l'aspect extérieur la place où la trépanation a été pratiquée.

Plutôt que de sacrifier l'animal, il a semblé préférable de faire une incision pénétrant jusqu'à l'os pour constater l'état de la rondelle et de la région trépanée. Cette incision faite au cinquante-cinquième jour (le 8 octobre), tombe d'abord sur des parties fibreuses, épaissies, qui se sont formées après la dernière opération; celles-ci écartées, on arrive sur la rondelle, qui est solidement unie au reste de l'os. D'un aspect plus blanc que les parties voisines, elle les dépasse légèrement. Cette différence de niveau s'explique en ce que la rondelle enlevée à la chienne avait une épaisseur plus considérable que celle enlevée à la guenon ; quant à l'aspect plus blanc, plus nacré, nous l'avions déjà fait remarquer à nos aides au moment de l'opération. L'incision exploratrice a été refermée et suturée ; elle ne s'est réunie qu'après quelques jours, les sutures ayant été arrachées par la guenon, dont l'état d'ailleurs est aujourd'hui très satisfaisant; on peut presser sur la région opérée sans éveiller de douleur.

Chez la chienne, qui est restée très douce, très caressante, même dès les premiers jours de l'opération, la guérison a été aussi obtenue rapidement et sans accidents. Il faut cependant noter que l'épaisseur des parties molles et du muscle qu'il a été nécessaire de traverser pour arriver sur l'os étant bien plus grande que chez la guenon, la réunion des parties superficielles, malgré la suture, n'a pas été obtenue par première intention; il y a eu pendant quelques jours une légère suppuration. La plaie superficielle lavée avec le sublimé ou saupoudrée avec l'iodoforme n'a pas tardé à se fermer et les poils ont repoussé. On n'aperçoit plus aujourd'hui qu'une petite cicatrice linéaire sur la région opérée, qui peut être comprimée sans que l'animal manifeste la moindre souffrance. Depuis l'opération, la chienne continue à se porter très bien; elle a sensiblement augmenté de poids et s'est développée.

A l'heure actuelle, il y a trois mois environ que la trépanation, suivie de transplantation, a été opérée et jusqu'à maintenant on peut dire que l'opération a parfaitement réussi. MM. les professeurs Dubreuil, Gayraud, Serre, qui ont vu les animaux en expérience à des périodes plus ou moins rapprochées de l'opération ont constaté leur état satisfaisant.

Si on trouve dans les auteurs, comme nous l'avons dit plus haut, des recherches expérimentales analogues à celles de la première et de la seconde série, nous n'avons trouvé qu'un seul exemple à rapprocher des expériences qui constituent notre troisième série. En laissant de côté le récit trop merveilleux (1) fait à Job à Meek'ren (1670), nous n'avons en

(1) « Un ecclésiastique, nommé K..., racontait du temps de Job à Meek'ren (*Obs. méd. chir.*, Amsterdam, 1682) qu'étant en Russie, un seigneur de cette nation reçut un coup de sabre à la tête, lequel lui enleva une assez grande étendue du cuir chevelu et la portion osseuse correspondante qui restèrent perdues sur le champ de bataille. Le chirurgien, pour boucher l'ouverture du crâne, détacha de celui d'un chien tué à cet effet une pièce d'os de même forme et dimension que celle qui manquait et l'arrangea si bien que le blessé fut guéri. Mais notre gentilhomme, dans l'excès de sa joie, raconta de quelle manière il avait obtenu sa guérison et bientôt les foudres de l'Église furent lancées contre lui. Il fallut pour rentrer dans la communion des fidèles qu'il se fît retrancher l'immonde dépouille du chien, quoique solidement consolidée, et qu'il se soumît à un traitement plus conforme au caractère de chrétien. »

Bien que nous ne nous occupions ici que de la greffe osseuse après trépanation du crâne, rappelons que Percy, qui raconte cette histoire (article ENTE du *Dictionnaire des sciences médicales*, 1815, t. XII, p. 355), avait essayé la greffe osseuse sur les os longs en transplantant dans la perte de substance produite par une fracture, un fragment d'os enlevé de la patte antérieure d'un bœuf. Paterson a renouvelé une tentative analogue sans plus de succès (1874). Mais tout récemment Mac'Ewen (*Comptes rendus de l'Institut*, 1881, p. 1470) et Poncet (de Lyon) (*Comptes rendus de l'Institut*, octobre 1886) ont été plus heureux en transplantant des fragments d'os fraîchement enlevés à l'homme et recouverts du périoste. M. Ollier, dans une note à l'Institut (*Comptes rendus*, juin 1881, p. 1444), a recommandé le procédé de transplantation interhumaine comme susceptible de mieux assurer les résultats cherchés dans la régénération des os longs par greffe osseuse. C'est d'ailleurs la manière de voir qu'il avait émise dans son traité en faisant la critique des tentatives de Percy. L'expérience lui a donné raison jusqu'ici en ce qui concerne les os longs. Le fait de Mac'Ewen et nos recherches, permettent d'affirmer, du moins pour les os du crâne, la production d'une greffe osseuse par transplantation hétérogénique.

effet à citer que l'observation de Mac'Ewen, dont nous avons eu connaissance seulement au moment de rédiger cette note.

L'habile chirurgien de Glasgow a transplanté dans une perte de substance de la voûte crânienne de l'homme un fragment du pariétal d'un jeune chien contenant encore son centre d'ossification et recouvert de périoste. Les deux tiers de la greffe restèrent dans les tissus et s'y fixèrent, formant une couche d'os ferme et dure en apparence. Mac'Ewen ajoute qu'il n'eut pas l'occasion de vérifier par une incision les résultats de la greffe (1). Cette observation ne pourrait qu'augmenter l'intérêt présenté par nos recherches expérimentales, puisque une fois, cette transplantation hétérogénique tentée chez l'homme a réussi.

En résumé la greffe osseuse tentée par divers procédés n'a pas déterminé dans les expériences précédentes d'accidents qui lui soient directement imputables, de la nature de ceux qui étaient redoutés par les chirurgiens et signalés en particulier par M. Ollier, d'après une de ses expériences (*Régénération des os*, t. I, p. 428).

Un seul de nos animaux a succombé le cinquième jour après l'opération. Il était malingre, chétif; nous avions un instant hésité à l'opérer. Quoique bien souvent on voie succomber rapidement les lapins sans cause apparente connue, comme celui-ci était dans de très mauvaises conditions de résistance vitale, on peut admettre qu'il a mal supporté le choc traumatique opératoire et que l'ébranlement qui en est résulté a précipité une fin sans doute prochaine. Les autres animaux ont succombé longtemps après l'opération sous l'influence d'affections indépendantes de celle-ci ou bien vivent encore et se portent très bien. Nous devons même faire remarquer que non seulement les animaux jeunes ont continué à suivre leur évolution régulière et à augmenter de poids, mais encore qu'un des lapins de la deuxième série, acheté au marché et dans un état « peu brillant » comme le remarquait notre interne avant l'opération, a repris des forces, augmenté de poids et est devenu très vigoureux.

Sans préjuger ce que pourrait être la transplantation sur l'homme si le chirurgien croyait devoir la tenter, sans vouloir conclure de l'animal à l'homme, en ne considérant même nos expériences que comme des expériences de physiologie pathologique, elles nous paraissent offrir un ensemble intéressant au point de vue biologique. Peut-être même sont-elles susceptibles d'offrir un certain intérêt pratique si on les rapproche de l'expérience de Mac'Ewen, transplantant un fragment de crâne de chien dans la perte de substance du crâne d'un homme.

A cet égard elles méritent donc de fixer l'attention du médecin et il peut être permis de rappeler à leur sujet les paroles de M. le professeur Charcot à Brighton (1886) (*Semaine médicale*, p. 331) après la communication de Horsley: « La chirurgie cérébrale a un bel avenir. Il est particulièrement intéressant de voir des études entreprises dans un but essentiellement scientifique aboutir après si peu de temps à des résultats pratiques de la plus haute importance. »

(1) *Observations sur la transplantation osseuse* (*Revue de chirurgie*, 1882, p. 4).

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Anévrysme spontané de l'auriculaire postérieure gauche.

Puisque nous n'avons que rarement l'occasion de rencontrer des anévrysmes spontanés des artères extérieures du crâne, qu'il me soit permis de faire ici la relation, sans commentaires, d'un cas d'anévrysme extra-crânien de cette variété, cas d'autant plus intéressant qu'il a été observé chez une petite fille de trois ans à peine.

Observation. — Cette enfant, douée d'une complexion qui ne laisse rien à désirer, n'a jamais fait de maladie grave. Ses parents ne sont ni syphilitiques, ni alcooliques. A un premier examen, qui eut lieu vers la fin du mois d'août dernier, je constatai qu'elle portait sur le côté latéral gauche de la tête une tumeur du volume d'un gros poing, de forme ovalaire à grosse extrémité postérieure, sans changement de couleur des téguments et occupant le côté gauche de la région occipitale, la région pariétale, le bas de la région temporale jusque près de l'angle externe de l'œil, la région malaire et la face interne du pavillon de l'oreille. Cette grosse tumeur, totalement dépourvue de mouvements d'expansion, était rénitente, partout molle, fluctuante, irréductible et indolente à la pression. Comme antécédents, la mère m'a assuré que c'est au commencement de janvier de cette année qu'elle s'est aperçue, pour la première fois, que son enfant avait, au niveau de la face externe de l'apophyse mastoïde, un bouton gros comme un pois, indolent et sans coloration anormale de la peau. Il n'y a eu de traumatisme antérieur d'aucune sorte. Ce bouton, après un état stationnaire ayant duré un mois, se mit à croître pour gagner, en quelques jours, le volume d'une noix; puis, de nouveau, état stationnaire, bientôt suivi d'une période de progrès, et c'est ainsi, par saccades, qu'il put acquérir les dimensions que je viens d'indiquer. Ayant soupçonné la nature anévrysmatique de la tumeur, j'ai voulu procéder à l'auscultation, mais malheureusement les cris incessants de l'enfant rendaient cet examen difficile. En attendant, je pratiquai une ponction exploratrice, et, malgré l'issue d'une certaine quantité de sang de couleur rouge vermeil, la tumeur n'avait nullement diminué. Un peu plus tard, profitant d'un moment de calme de l'enfant, j'ai pu percevoir par l'auscultation un bruit de souffle intermittent, profond et éloigné, il est vrai, mais bien distinct. Le diagnostic d'un anévrysme spontané de l'artère auriculaire postérieure était alors hors de doute; l'absence des mouvements d'expansion pouvait bien être expliquée par la petitesse du calibre du vaisseau, unie aux grandes dimensions de la poche. Je proposai une injection au perchlorure de fer, mais les parents s'y refusèrent. Après trois semaines, j'ai revu notre petite malade et je constatai, à mon grand étonnement, que la tumeur avait déjà un peu diminué, qu'elle était partout dure comme du bois, sauf dans un petit espace triangulaire, qui avait encore une consistance molle et à travers lequel on percevait encore distinctement le bruit de souffle caractéristique. Je suis arrivé alors à cette conclusion que cet anévrysme, après s'être arrêté dans sa marche progressive, tendait à s'oblitérer spontanément; tout porte donc à croire qu'il y aura guérison définitive.

Dr Zantiotis (de Réni, Russie).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Statistique de la rage a Rio-de-Janeiro. — Note de M. *Pasteur*. — L'Institut antirabique de Rio a été ouvert le 9 février 1888 et placé sous la direction de M. le docteur Fereira. A partir de ce jour et jusqu'au 2 octobre dernier, cent quarante personnes mordues par des chiens se sont présentées pour être soumises au traitement antirabique par la méthode de M. Pasteur, mais, sur ce nombre, soixante-neuf personnes ont été reconnues mordues par des animaux réellement enragés ou suspects de rage et, par suite, ont été inoculées. Une seule d'entre elles a succombé, elle est morte en cours de traitement, vingt-trois jours après l'accident dont elle avait été victime; elle avait été grièvement mordue au front. Trois autres enfants mordus par le même chien ont été soumis au même traitement; jusqu'à présent ils sont restés bien portants; l'accident remontait à cinq mois.

En résumé, la méthode des inoculations antirabiques vient de remporter, là encore, des succès remarquables.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'économie rurale, en remplacement de M. Hervé-Mangon décédé. Le nombre des votants étant de cinquante-six, majorité vingt-neuf, M. *Duclaux*est élu par trente suffrages contre vingt-six à M. Chambrelent.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Cornillon* (de Vichy) se porte candidat au titre de correspondant national dans la division de médecine.

M. *Lamarque,* stagiaire aux eaux minérales, envoie un mémoire sur *la Bourboule.*

M. le docteur *Pierron* (de Pont-à-Mousson) adresse un travail sur *la pseudesthésie optique épidémique* pour le concours du Prix de Alvarenga.

M. *Gariel* fait hommage de ses *Études d'optique géométrique.*

M. *de Quatrefages* offre son mémoire sur *la monstruosité double chez les poissons.*

M. *Mathias-Duval* présente un volume de M. le docteur *Gellé,* ayant pour titre : *Études d'otologie.*

M. *Javal* dépose un ouvrage de M. le docteur *Imbert* sur *les anomalies de la vision.*

M. *Le Roy de Méricourt* signale un cas d'*inoculation de la lèpre,* suivie de succès, chez un Hawaïen condamné à mort.

M. *Bucquoy* présente une Note de M. *Gatillon* sur les trois *strophantines* qu'il a préparées et dont on a reconnu la puissance toxique équivalente, avec des différences dans l'état physique et les réactions chimiques.

Rapport. — M. *Ollivier* donne lecture du rapport général sur le service médical des épidémies en France pendant l'année 1887.

Électrolyse. — M. le docteur *Delètang* lit un mémoire sur le traitement de quatre-vingt-dix-sept cas de fibromes utérins par l'électrolyse intra-utérine. — (Ce travail est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Constantin Paul*, *Trélat* et *Guéniot.*)

Amyotrophie. — En son nom et au nom de MM. les docteurs *Pinard* et *Jouffroy*, M. le docteur *Desnos* communique un cas d'atrophie musculaire des *quatre membres*, à évolution très rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles chez une jeune femme profondément anémiée par une métrite hémorrhagique, enceinte pour la troisième fois depuis cinq ans et atteinte depuis deux ans d'une pelade rebelle, envahissante. Tous les procédés usités d'ordinaire contre les vomissements incoercibles demeuraient infructueux; seuls, les lavements de chloral et les pulvérisations répétées d'éther sur le creux épigastrique, sur la poitrine, sur la face, apportaient quelque amélioration et une courte sédation des accidents. L'exploration de l'utérus démontrait qu'il n'y avait ni antéversion, ni rétroversion ; celle des culs-de-sacs vaginaux ne révélait aucun signe de périmétrite. Les vomissements diminuaient un peu vers la fin du quatrième mois lorsque l'amyotrophie commença par les membres inférieurs, puis elle gagna, quatre jours après, les membres supérieurs; la faiblesse augmentait de plus en plus, quoique sans fièvre; les fonctions psychiques elles-mêmes avaient comme subi un choc qui se traduisait par un affaiblissement des facultés intellectuelles portant particulièrement sur la mémoire.

En raison de l'aggravation de l'état cachectique et de la rapidité de la généralisation de l'amyotrophie, l'expulsion du fœtus fut décidée et exécutée avec succès. A partir de ce moment la santé s'améliora à vue d'œil; l'alimentation redevint possible. L'atrophie et l'impuissance des membres persistèrent toutefois fort longtemps et ne cédèrent peu à peu qu'à un traitement prolongé dont l'électricité, l'hydrethérapie et le séjour à la campagne formèrent les éléments. — (Le mémoire de MM. Desnos, Pinard et Jouffroy est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. *Féréol*, *Moutard-Martin* et *Bourdon*.)

Nécrose phosphorée. — M. *Magitot* rappelle que certains cas d'accidents, dont plusieurs mortels, sont survenus dans les usines de la Compagnie générale des allumettes et qu'une demande d'enquête sur ces faits a été adressée par M. le Préfet de police au Conseil d'hygiène de la Seine. Dans un travail d'ensemble sur cette question, il fait d'abord un historique du sujet. Il rappelle les travaux entrepris depuis une quarantaine d'années par divers médecins et hygiénistes; il cite toutes les tentatives faites par les conseils d'hygiène et par les Académies pour faire adopter des prescriptions capables de supprimer les dangers que courent les ouvriers du phosphore et spécialement ceux des allumettes chimiques. Il constate que ces avis n'ont jamais été entendus ni appliqués, ce qui n'est que trop démontré par les accidents qui continuent à se produire jusqu'à ce jour.

Dans une seconde partie de son travail. M. Magitot étudie la pathogénie de ces accidents : intoxication, action sur les voies respiratoires et surtout la nécrose qui mutile ou tue les ouvriers. Par un grand nombre d'observations personnelles qui s'élèvent au chiffre de soixante-cinq cas observés en France et à l'étranger, l'auteur se croit en mesure d'affirmer pour la production de la nécrose un mécanisme déjà indiqué par M. Th. Roussel, c'est-à-dire la pénétration des vapeurs irritantes du phosphore par la carie dentaire. Toutefois, ce n'est pas une carie quelconque qui servirait de porte d'entrée à la nécrose, mais une forme spéciale, unique, qu'il désigne sous le nom significatif de *carie pénétrante.* C'est une pathogénie exclusive que M. Magitot tend à faire prévaloir par les faits qu'il a rassemblés et en contradiction avec les théories anciennes qu'il combat et réfute, celle des Allemands ou théorie de l'action élective du phosphore sur les os (Lörinser) et celle de la voie gingivale et périostique, défendue par MM. U. Trélat, Lailler, etc.

La prophylaxie se trouve, par suite, tout indiquée : perfectionner les moyens de ventilation et d'isolement des services de fabrication; suppression ou neutralisation de l'atmosphère phosphorée des ateliers : voilà pour la salubrité de l'usine. Quant à l'hygiène individuelle de l'ouvrier : interdire l'entrée de la fabrique à tout individu dont la santé ou la constitution sont défectueuses, et surtout s'il est reconnu menacé de nécrose par l'état de sa bouche; visites fréquentes autorisant le renvoi immédiat de tout porteur de lésions prédisposantes. — Dans ces conditions, M. Magitot affirme qu'en attendant la réalisation du vœu, tant de fois et si stérilement émis, de la substitution du phosphore rouge au blanc. l'application rigoureuse des règles et prescriptions qu'il formule à la fin de son travail peuvent réaliser sûrement et radicalement la suppression de tout danger pour l'ouvrier, et en particulier celui de la nécrose phosphorée.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. Roger sur les candidats au titre d'associé national. La liste de présentation est divisée ainsi qu'il suit: 1° M. Teissier (de Lyon), 2° M. Lafosse (de Toulouse), 3° M. Sirus-Pirondi (de Marseille).

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

Entéroptose et son traitement : M. Féréol (Discussion : MM. Guyot, Dumontpallier, Siredey.) — Trois cas de guérison de cirrhose alcoolique : M. Millard.

M. *Hanot* présente, en son nom et au nom de M. Gilbert, leur ouvrage intitulé : *Études sur les maladies du foie.*

— M. *Féréol* donne lecture d'un mémoire sur l'*entéroptose* de Glénard et les remarquables effets du traitement par la ceinture abdominale, les purgatifs, les alcalins et le régime. (Sera publié.)

M. *Guyot* se demande si le prolapsus du côlon doit être incriminé, car on le rencontre parfois à l'autopsie de nouveau-nés; la coïncidence de la néphroptose avec l'entéroptose lui semble mieux établie. D'ailleurs, malgré les difficultés réelles que l'on éprouve parfois pour l'application de la ceinture, il est incontestable que l'on obtient des effets surprenants par ce mode de traitement ; l'observation rapportée par M. Féréol, relative à une malade qu'il avait soignée longtemps lui-même, par tous les moyens, sans succès, est parfaitement probante.

M. *Féréol* ne pense pas que le prolapsus colique rencontré chez quelques nouveau-nés soit un argument de grande valeur contre la théorie anatomique de l'entéroptose ; n'est-ce pas ce prolapsus qui a empêché la survie en pareil cas. Par contre, lorsque le prolapsus survient chez un adulte dont le côlon transverse était antérieurement normalement situé, on voit apparaître les multiples phénomènes attribués par M. Glénard à l'entéroptose. Il reste d'ailleurs établi que, dans la pratique, un certain nombre de dyspeptiques et de neurasthéniques, qu'aucun traitement ne parvenait à soulager, sont presque entièrement guéris par la ceinture abdominale et le traitement de Glénard.

M. *Dumontpallier* se demande s'il existe une relation constante entre la dyspepsie et l'entéroptose. Dans quelle proportion se rencontre l'entéroptose chez les dyspeptiques? et d'autre part, n'obtiendrait-on pas les mêmes résultats avec le régime et le traitement par les alcalins et les laxatifs, sans recourir à la ceinture?

M. *Féréol* et M. *Guyot* font remarquer que tous les moyens avaient été tentés chez leurs malades, et que seul le traitement complet indiqué par Glénard a donné des bons résultats. Le soulagement ne s'est produit qu'à partir du moment où on a appliqué la ceinture.

M. *Siredey* fait observer que tous les malades de M. Féréol sont des nerveux, et qu'on peut sans doute faire une large part dans les heureux effets du traitement à l'influence morale. La guérison sera-t-elle durable?

M. *Féréol* reconnaît la valeur de cette objection ; mais on pourrait trouver surprenant que tous les autres modes de traitement employés jusque là n'aient pas eu la même influence morale. Or la ceinture abdominale a seule produit un soulagement remarquable.

— M. *Millard* communique un mémoire ayant pour titre: *Trois cas de guérison de cirrhose alcoolique*, et présente les trois malades dont il rapporte les observations. (Sera publié.)

— La séance est levée à cinq heures et quart.

ANDRÉ PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin : MM. Schwartz, Monod. — Corps étrangers articulaires : M. Krug-Basse, M. Claudot (M. Kirmisson, rapporteur). Discussion : MM. Trélat, Lucas-Championnière, Reclus, Schwartz. — Fixation de l'utérus à la paroi abdominale pour hypertrophie avec prolapsus : M. Terrier (Discussion : MM. Pozzi, Bouilly, Trélat).

M. *Schwartz* lit un mémoire sur la *Valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale totale pour cancer utérin.* Des cinq malades sur lesquelles fut pratiquée l'amputation du col au galvanocautère, deux ont disparu et n'ont pu être suivies dans les suites éloignées de l'opération, deux sont mortes de récidive ; enfin une dernière, opérée en 1884, à l'âge de vingt-quatre ans, pour un épithélioma lobulé, fut débarrassée d'une petite récidive environ trois mois après, et a été revue bien portante en 1888. Dans un autre cas, après une hystérectomie supra-vaginale pour un épithélioma développé dans la région cervicale, il y eut récidive au bout de dix mois, et l'auteur regrette de n'avoir pas fait l'ablation totale. Enfin, une femme de quarante-six ans sortit guérie dix-huit jours après une hystérectomie totale pour épithélioma du col n'ayant pas envahi la cavité utérine : la malade, revue aujourd'hui, ne présente qu'un petit bourgeon qui a été cautérisé.

M. *Monod*, qui a fait quatre fois le grattage du col, n'a pratiqué que deux hystérectomies totales : la première, sur une femme de vingt-cinq ans atteinte depuis huit mois et dont le corps utérin paraissait mobile; au cours de l'opération, il fut très difficile d'abaisser l'utérus, et on reconnut l'envahissement, par le néoplasme, du tissu cellulaire doublant le cul-de-sac latéral gauche : il y eut récidive dans la cicatrice et mort au bout de quatorze mois.

La seconde concerne une femme de quarante-sept ans présentant un excellent état général et chez laquelle on assistait au début du mal. M. Trélat opina pour une action radicale et prompte. Cinq mois après l'opération, la tumeur remplissait l'excavation du bassin derrière la cicatrice, et, trois mois après, la malade mourait après dix-sept jours d'anurie. M. Monod conclut que, malgré la précocité de l'intervention, l'issue fatale peut être prompte.

— M. *Kirmisson* résume deux mémoires sur des corps étrangers articulaires. Le premier, adressé par M. Krug-Basse, s'appuie sur l'observation d'un corps étranger survenu sans douleur, accompagné d'un épanchement synovial évalué à 60 grammes environ, extrait facilement et guéri sans fièvre ni suppuration. Le second est de M. Claudot : il mentionne un traumatisme bien évident comme cause d'un corps étranger extrait après arthrotomie; il ne fut fait aucun lavage intra-articulaire, et il n'y eut qu'un peu de désunion de la peau et de suppuration au niveau des fils.

Dans le premier cas, on trouva un noyau osseux pourvu sur une de ses faces d'un revêtement cartilagineux ; dans le second, un morceau de cartilage diarthrodial avec un point d'infiltration de sels calcaires. A côté des corps étrangers formés par la synoviale, il y a donc aussi ceux qui ont pour origine des fragments de l'articulation, et M. Kirmisson en présente une pièce à l'appui. Les deux auteurs cités plus haut n'ont pas eu recours au drainage et pensent qu'il n'est pas nécessaire quand l'opération est simple. M. Kirmisson conseille le drainage si l'on a pratiqué des manœuvres prolongées dans l'articulation.

M. *Trélat* a enlevé dix kystes synoviaux du poignet avec réunion primitive sans drainage. Émerveillé du résultat, il a extrait un corps étranger du genou il y a trois ans, un

autre du coude l'année dernière, sans mettre de drain et avec plein succès.

M. *Lucas-Championnière* conseille le drainage après des recherches prolongées comme il dut l'employer après l'extraction d'un corps étranger par la partie postérieure de l'articulation du genou.

M. *Reclus* a récemment obtenu une guérison très rapide après avoir introduit dans l'articulation des substances antiseptiques et avoir fait du drainage.

M. *Schwartz* n'a fait dans un cas que du drainage superficiel des parties molles. En Autriche, en Allemagne, en Russie, on ne draine plus même pour des résections articulaires; pas de ligature, pas de suture osseuse, forte compression, élévation du membre, un seul pansement, tel est le traitement.

— M. *Terrier* fait le récit d'une opération qu'il a le premier faite en France et qui aurait, paraît-il, été pratiquée en Angleterre. Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans ayant eu plusieurs enfants et qui était atteinte d'hypertrophie sus- et sous-vaginale de l'utérus. Par une incision abdominale médiane de 8 centimètres, le fond de l'utérus fut soulevé à l'aide d'un fil et attiré derrière la paroi antérieure de l'abdomen; quatre fils de catgut passés dans la paroi antérieure de l'utérus sous le péritoine fixèrent l'organe à la paroi abdominale. Le col utérin très volumineux fut ainsi remonté à 8 centimètres de la vulve. La vessie n'a pas été vue. L'opération a duré vingt-deux minutes : il n'y a eu aucune suite opératoire; la miction n'a pas été troublée. La malade, revue deux mois après sa sortie de l'hôpital présentait un utérus toujours fixé derrière la paroi abdominale; il n'avait pas diminué de volume; la cloison vésico-vaginale avait un peu descendu.

M. *Pozzi* rappelle que Léopold a ainsi fixé le fond de l'utérus pour des cas de rétroversion.

M. *Terrier* n'a pas trouvé dans la littérature étrangère le procédé qu'il a employé pour le prolapsus utérin.

M. *Bouilly* fait remarquer que ce procédé de « ventrofixation » sera rarement indiqué dans le prolapsus, parce que la chute de l'utérus est accompagnée de cystocèle et de rectocèle auxquels l'opération ne remédie pas. Il faut des cas favorables, une hypertrophie du col pour laquelle l'amputation conoïde suffirait.

M. *Trélat* pense que pour le prolapsus vrai sans hypertrophie, c'est peut-être une bonne opération, que pour l'hypertrophie sus-vaginale c'est une opération défendable, mais que pour l'hypertrophie totale c'est peut-être une mauvaise opération.

Société de biologie.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

De la sécrétion rénale chez les épileptiques : M. Féré. — De l'astigmatisme chez les épileptiques : M. Féré. — Présentation d'ouvrage : M. Straus. — La respiration des caïmans : M. Couvreur. — Action du nerf pneumogastrique sur la respiration chez le caïman : M. Couvreur. — Modification de la respiration sous l'influence du chloral : MM. Langlois et Richet. — Poids des viscères chez les poissons : M. Richet. — Champignons parasites des insectes : M. Giard. — Contenu gazeux des cocons de vers à soie : M. Regnard.

M. *Féré* a constaté que chez les épileptiques, après les accès, la sécrétion rénale est bien plus rapide et plus facile; le passage dans les urines de diverses substances introduites dans l'estomac a lieu beaucoup plus tôt qu'en l'état normal. En même temps la pression sanguine périphérique s'est abaissée, comme on peut le voir avec le sphygmomanomètre de Bloch.

— M. *Féré* a observé une notable fréquence de l'astigmatisme chez les épileptiques.

— M. *Straus* présente deux mémoires de M. *Laveran*, extraits des *Annales de l'Institut Pasteur*, relatifs à l'hématozoaire que M. Laveran a le premier trouvé dans le sang des impaludiques. Depuis, la découverte dont il s'agit a été confirmée en France, en Allemagne, en Italie, par différents observateurs; tout récemment M. Laveran a pu montrer à M. Straus des préparations tout à fait démonstratives à cet égard.

— M. *Gley* présente deux notes de M. *Couvreur* (de Lyon) : la première concerne la respiration du caïman, chez lequel, d'après les recherches de l'auteur, l'expiration se fait en deux temps, l'air expiré s'accumulant d'abord dans la région hyoïdienne et n'étant ensuite définitivement expulsé que par la contraction de cette région; quant à l'inspiration, elle n'a pas lieu seulement grâce à la dilatation de la cage thoracique, mais aussi sous l'influence de muscles longitudinaux qui déplacent, en les tirant en bas, le cœur, le foie, etc., bref, les gros viscères et ainsi qui augmentent le diamètre longitudinal de la poitrine.

Dans sa seconde note, M. Couvreur étudie l'action du nerf pneumogastrique sur la respiration du caïman; l'excitation du bout central de ce nerf arrête les mouvements respiratoires, comme chez les mammifères.

— M. *Richet* a étudié avec M. *Langlois* diverses modifications qui se produisent dans la respiration d'un animal chloralisé. Quand on fait respirer un chien sous une certaine pression, même très faible (quelques millimètres de mercure seulement), sa respiration est très gênée, mais peut continuer fort longtemps. La section des deux pneumogastriques n'empêche pas cette respiration de se poursuivre. Mais, si l'on donne à cet animal du chloral, bientôt la respiration s'arrête peu à peu. Ce n'est pas la fonction rythmique qui est atteinte, c'est la force avec laquelle l'appareil bulbaire exerce cette fonction. Ce qui le prouve encore, c'est que, après l'injection de chloral, la respiration continue pendant quelque temps, mais très peu de temps.

— M. *Richet* dépose une note sur le poids des viscères chez différents poissons, comparé au poids du corps.

— M. *Giard* a étudié les champignons parasites qui se développent chez divers insectes. Ses recherches ont jusqu'à présent surtout porté sur une espèce qui infeste exclusivement les mâles de ces insectes. Il a trouvé le même parasite dans les excréments des reinettes. Ce fait rentre dans les phénomènes qu'il a déjà décrits sous le nom de castration parasitaire.

— M. *Dastre* présente une note de M. *Regnard* concernant la quantité d'air contenu dans les cocons de vers à soie; cet air est moins confiné qu'on ne le croirait et renferme peu d'acide carbonique.

Société anatomique.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Leblond* décrit un cas de *méningite tuberculeuse* avec monoplégie brachiale.

M. *Vaquez* présente des pièces de rupture d'une *grossesse extra-utérine*.

M. *Pillier* fait une communication sur un *tératome de l'abdomen*.

M. *Parmentier* fait voir un *cancer du corps thyroïde* chez une femme atteinte de goitre.

M. *Broca* décrit des *lipomes du cordon spermatique*.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE.

M. *Récamier* décrit une *spondylolisthèse*.

M. *Chatellier* communique l'*examen bactériologique d'une otite moyenne aiguë*.

M. *Tison* rapporte une observation de *cirrhose hypertrophique* avec crises d'hépatalgie.

M. *Calot* montre un *lipome intra-musculaire* du biceps.

M. *Vigneron* présente un *kyste hydatique du muscle*, grand oblique de l'abdomen.

M. *Achard* fait voir une *duplicité du canal épendymaire* de la moelle.

MM. *Vilcoq* et *Girode* communiquent un fait de *fracture intra-utérine d'origine rachitique*.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Plaies de l'intestin, par M. W. L. SCHENCK. — Cette observation confirme l'efficacité du procédé indiqué par Senn pour le diagnostic des plaies intestinales. Il s'agit de l'insufflation d'hydrogène dans le rectum. Dans ce cas particulier, le diagnostic a été posé avec exactitude. Alors la laparotomie a été pratiquée; une plaie du côlon et une de l'iléon furent suturées. Une nouvelle insufflation prouva alors que le reste du tube digestif était intact. Cela fut vérifié à l'autopsie, car le malade succomba vite à l'opération, qui avait duré trois heures et demie. (*A case illustration the efficiency of Dr Senn's hydrogen gaz test for perforation of the alimentary canal*, in *Journ. of the Amer. med. Ass.*, 1888, t. XI, p. 521.)

Plaie de l'intestin, laparotomie, par M. HENRY SHERRY. — Homme de dix-neuf ans qui reçut par accident un coup de revolver. La balle, entrée près de l'ombilic, était sortie près du rachis. La laparotomie fut faite au bout de quatre heures, et trois perforations du côlon furent suturées. Guérison rapide. (*Case of penetrating gunshot wound of the abdomen, with wound of the intestine and fœcal extravasation, laparotomy, intestinal suture, recovery*, in *Ann. of Surg.*, 1888, t. VIII, p. 257.)

M. BARKER publie deux observations de laparotomie pour plaie intestinale, avec une mort et une guérison. A ce propos, il réunit vingt-six faits parus depuis le mémoire de Mac Cormack, et constate que la statistique s'améliore. Celle de Mac Cormack était de trente-deux cas, avec sept guérisons; les vingt-six derniers donnent seize guérisons. Soit un total de cinquante-huit cas, avec vingt-trois guérisons. (*Brit. med. journ.*, 17 mars 1888.)

Péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde. Laparotomie. — M. BONTECOU a fait la laparotomie pour deux perforations survenues au quinzième jour. L'opération n'a été entreprise qu'au bout de deux jours. Mort sur la table d'opération. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, t. X, 28 janvier 1888.)

MM. TH. S. K. MORTON et TH. G. MORTON (de Philadelphie) rappellent un cas de Kussmaul et Lücke (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1886), où l'opération, faite rapidement, n'a pas empêché la mort en douze heures. La perforation siégeait à 1 pied 1/2 au-dessus de la valvule iléo-cæcale. En 1886, Bartleet (de Birmingham) n'a pas pu trouver la perforation. En 1887, Th. G. Morton a opéré à son tour, et le malade est également mort (*Med. New.*, 26 novembre et 24 décembre 1887).

Plaie du foie, par M. A.-P. FRICK. — Un homme de cinquante-sept ans reçut accidentellement une balle de pistolet à 5 pouces 1/2 à droite de la ligne médiane antérieure, à mi-chemin entre l'aisselle et l'épine iliaque antérieure et supérieure. La balle ressortit à 1 pouce plus bas environ et à 5 pouces 1/2 de la ligne médiane postérieure. De là des fractures des septième, huitième et neuvième côtes. L'hémorrhagie dura plus de douze heures, puis s'arrêta spontanément au cinquième jour; les plaies furent débridées et réunies, les fragments osseux furent extraits, et l'on vit ainsi le lobe gauche du foie, blessé, contenant un abcès qui fut ouvert et drainé. Lavage au sublimé; suture de la paroi; guérison. (*Gunshot wound of liver complicated with compound comminuted fracture of the ribs*, in *Philad. med. Times*, 1er mai 1888, d'après *Ann. of Surg.*, 1888, VIII, 213.)

Galactocèle, par M. K. I. ALEXANDROFF. — Femme solide, âgée de vingt-huit ans, mariée depuis cinq ans, ayant eu trois accouchements normaux, dont le dernier remonte à quinze mois. Elle présente dans le sein gauche une tumeur qui a débuté six mois avant son mariage et depuis s'est accrue peu à peu. Le sein n'a jamais subi de traumatisme. La lactation n'a eu aucune influence. La tumeur est arrondie, mobile, non fluctuante, grosse comme un œuf d'oie. Bogoluboff diagnostique un sarcome du sein et fait l'ablation. Or il s'agissait de deux kystes remplis de lait, communiquant par un petit orifice. Alexandroff explique ces formations kystiques par une rétention localisée d'un canal glandulaire. Il réunit plusieurs observations, dont une récente, de Matlakowski, qui lui aussi pratiqua l'ablation. Il fait remarquer que cette tumeur peut exister chez l'homme (une observation de Velpeau), et que d'ailleurs Hall (de Maryland) a vu un nègre de cinquante-cinq ans qui était excellent « nourrice ». (*Khirurg. Westn.*, février 1888. Anal. in *Ann. of Surg.*, 1888, t. VIII, p. 309.)

Résection du thorax pour tumeur, par M. ROSWELL PARK. — Un homme de trente-trois ans portait depuis vingt ans une petite tumeur à la jambe. La tumeur grandissant peu à peu fut reconnue pour un ostéosarcome, et le genou fut désarticulé en 1887. En janvier 1888, R. Park constata l'existence d'une tumeur costale et en entreprit l'ablation, au cours de laquelle il vit que le néoplasme, fort développé à la face interne du thorax, adhérait au poumon gauche. Il réséqua les quatrième, sixième et septième côtes, envahies par le mal, et il vit nettement que de nombreux noyaux sarcomateux parsemaient les poumons. Il était impossible de les enlever; mort le septième jour. A l'autopsie, le poumon droit fut trouvé aussi sarcomateux que le gauche, ce qui explique l'identité des phénomènes stéthoscopiques des deux côtés. (*Extensive Thoracotomy for sarcoma of the Chest-wall with adhesions to the lung*, in *Ann. of Surg.*, 1888, t. VIII, p. 254.)

Abcès intracrânien, par M. W. STOKES. — Les statistiques d'Abercrombie, Gull, Sutton prouvent que les abcès traumatiques du cerveau sont plus rares que les non traumatiques (20 sur 86), et parmi les abcès traumatiques, ceux qui sont sous la dure-mère sont les moins fréquents. De ces derniers, Stokes ne connait que onze observations où l'on ait incisé la collection (Dupuytren, Roux, C. Hawkins, Rentz, Hulke, J. Paget, Marshall, Lee, Macewen, Stokes), avec cinq guérisons complètes et une où le malade est resté sujet à des attaques épileptiques. L'observation de Stokes se termine par la mort; la trépanation a été faite au niveau de la plaie extérieure. Dans un autre cas, assez ancien déjà, le trépan (au niveau d'une cicatrice) a conduit Stokes, après incision de la dure-mère, sur un petit kyste séreux. Le malade étant mort, on a constaté qu'un peu plus en arrière il y avait un abcès. (*On traumatic subdural abscess of the brain*, in *Ann. of Surg.*, 1888, t. VIII, p. 241.)

Résections orthopédiques de la hanche avec formation d'une cavité cotyloïde artificielle, par M. AL. OGSTON (d'Aberdeen). — Ogston a d'abord imité Margary, et a traité trois luxations congénitales de la hanche (sur deux sujets) par la résection de la tête fémorale. La surface de la section est oblique, de façon

à pouvoir être appliquée contre le plan qui représente l'acétabulum comblé. De même dans une résection pour luxation pathologique, consécutive à une arthrite non suppurée, chez un enfant. Les résultats sont bons, mais la solidité obtenue par cette simple soudure fibreuse n'est pas suffisante. Aussi, dans une opération pour luxation spontanée (par arthrite non suppurée), Ogston a creusé à la gouge une cavité acétabulaire, dans laquelle il a engagé l'angle aigu de la section fémorale, section horizontale passant un peu au dessus du petit trochanter. (*On forming a new acetabulum in certain resections of the hip joint*, in *Ann. of Surg.*, 1888, t. VIII, p. 161.) A. B.

THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de la tuberculose par le calomel, par M. Martell. — Depuis trois ans cet observateur a obtenu, écrit-il, les meilleurs résultats de ce traitement, qui a pour raison physiologique la toxicité des sels de mercure vis-à-vis du bacille de Koch, et pour raison chimique, la transformation dans l'organisme du calomel, sel insoluble en sublimé, sel soluble.

Il traite les tuberculoses externes et accessibles par la poudre de calomel. Contre la phthisie, il administre les inhalations de spray au calomel. Enfin il combat la tuberculose des voies intestinales par l'ingestion de poudre de calomel. On le voit, cette médication systématique est une imitation du traitement de la diphthérie par la mercurialisation des diphthéritiques, dont la *Gazette hebdomadaire* de l'année 1887 a montré les résultats. Au demeurant c'est une question d'antisepsie du milieu intérieur. (*Prager medic. Wochenschrift*, 1888, n° 25.)

Du traitement de la diarrhée infantile par le sulfo-phénate de zinc, par M. F. Wangh. — C'est la diarrhée estivale, dont l'auteur rapporte 22 cas, qui lui paraît justiciable de ce médicament antiseptique. Il administre ce sel par doses de 3 à 4 milligrammes de deux en deux heures pour un enfant âgé d'un à deux ans et l'associe au sous-nitrate de bismuth. Graduellement il a pu en élever les doses jusqu'à 1 centigramme.

Le sulfo-phénate de zinc serait supérieur à l'acide salicylique et à la naphthaline, arrêterait les vomissements, désinfecterait les selles, tout en les augmentant quantitativement, et ne provoquerait aucun trouble gastro-intestinal. Ce traitement doit être complété par des lavements mucilagineux à la graine de lin ou astringents avec l'infusion de thé et par l'emploi de l'antipyrine. (*Brooklyn med. Journal*, juillet 1888.)

Du traitement de l'anémie chez les enfants, par M. Jacobi. — C'est encore le fer, qui de l'avis de cet observateur paraît le mieux indiqué dans l'anémie simple des enfants. Le catarrhe stomacal n'est pas, dit-il, une contre-indication à son administration, et même s'améliore quand le catarrhe dépend d'une anémie générale.

Pour en assurer la tolérance, on peut avoir recours aux amers et mieux à la strychnine : au reste, le fer améliore l'anémie malarique, l'anémie des affections rénales, avec anasarque, l'anémie des cardiopathes ou l'anémie consécutive aux diarrhées chroniques.

Par contre, on doit l'employer avec précaution dans les cas d'hémoptysie, au cours des pyrexies, à l'exception des fièvres infectieuses comme la diphthérie et l'érysipèle, dans lesquels son administration procure d'incontestables bénéfices.

Sous quelle forme doit-on le prescrire ? M. Jacobi préfère la voie gastrique et fait ingérer le fer dyalisé, le phosphate, le carbonate et l'iodure de fer. Parmi ces préparations il adopte volontiers le sirop d'hypophosphite de fer. Par contre, il conteste l'utilité des injections sous-cutanées d'albuminate de fer, ou de pyrophosphate de fer associé au nitrate de soude.

Les inhalations d'oxygène ont leur utilité à condition de les pratiquer durant cinq à dix minutes et de les répéter toutes les deux heures. Puis, dans les formes graves, anémie des tuberculeux, des cancéreux, des inanitiés, des malariques, des convalescents, il faut prescrire l'arsenic à doses faibles d'abord et ensuite graduellement croissantes. Toutefois ce médicament, en général bien toléré par les enfants, ne doit pas être prescrit dans les cas de troubles gastro-intestinaux, de diarrhée, de conjonctivite ou d'œdème de la face et des paupières. (*The Pratitioner*, 1888, n° 11.)

De l'action thérapeutique du méthylal chez les aliénés, par MM. H. Boubila et A. Hadjes. — C'est dans l'espoir de trouver un hypnotique avantageux dans la médecine mentale que les auteurs ont expérimenté le méthylal contre les formes les plus fréquentes de l'aliénation mentale : folies simples, démences, paralysies générales progressives.

Ces trente-trois malades ingéraient par la bouche pendant plusieurs jours de suite, une solution de 3 à 9 grammes du médicament dans 120 grammes d'eau édulcorée avec le sirop simple. Cette potion était administrée vers le moment du coucher, une heure après le diner.

Dans tous ces cas le méthylal a été un hypnotique puissant, supérieur aux autres agents somnifères, excepté toutefois chez les malades atteints de paralysie générale progressive. De plus, ces deux observateurs insistent sur la solubilité du médicament, l'aisance de son maniement, l'innocuité de son emploi et la douceur de sa saveur, pour proclamer sa supériorité sur l'opium, le chloral et l'uréthane. (*Gaz. des sc. méd. de Montpellier*, 18 août 1888, p. 386.)

De la valeur comparative de la codéine et de la morphine dans le traitement du diabète, par M. Mitchell Bruce. — Contrairement à l'opinion de Pavy qui considère le premier de ces alcaloïdes de l'opium comme supérieur au second et même à l'opium pour diminuer la glycosurie et la polyurie des diabétiques, l'auteur conclut différemment, dans ce mémoire. Il cite l'observation de deux malades chez lesquels la morphine fit disparaître le sucre des urines, tandis que la codéine était impuissante. La dose de morphine nécessaire pour obtenir une amélioration des malades était d'un quart de la dose de codéine susceptible de procurer un bénéfice équivalent. C'est ainsi que l'administration quotidienne de 6 grains d'acétate de morphine, suffisait là où il était nécessaire de prescrire 30 grains de phosphate de codéine.

Néanmoins le traitement par ces médicaments n'exempte pas le diabétique de l'observation d'un régime diététique sévère. La morphine n'est donc qu'un auxiliaire de la médication hygiénique, et doit être prescrite, pour donner des résultats satisfaisants, par prises successives toutes les trois ou quatre heures et non pas à doses massives. (*The Practitioner*, juillet 1888, p. 1.)

Du traitement de la syphilis par le chlorure double de mercure et d'ammoniaque, par M. Bloxam. — Le sel alembroth, chlorure double de mercure et d'ammonium, est préparé par la solution de 32 grains de mercure et de 16 grains de chlorure d'ammoniaque dans deux onces d'eau. Dix gouttes de cette solution renferment un tiers de grain de sel mercuriel. C'est la dose d'une de ces injections sous-cutanées, dont M. Bloxam aurait fait usage six cents fois, sans provoquer aucun accident, ni local, ni général. Peu de douleurs, dit-il, et une induration peu marquée au siège de l'injection; tels sont les avantages sur les autres méthodes. L'effet thérapeutique débuterait dès la seconde injection; néanmoins on doit continuer le traitement pendant une semaine après la disparition des phénomènes morbides. (*The Lancet*, 5 mai 1881.)

Des propriétés physiologiques de la créoline, par M. J. Neudorfer. — Cet observateur a étudié l'influence de la créoline sur la pression sanguine en l'administrant à des chiens curarisés et trachéotomisés. Les injections intraveineuses successives d'une solution de créoline abaissaient la pression sanguine carotidienne de 55, 44, 34 et 24 millimètres. Ce dernier chiffre était noté avant le moment où l'animal succombait. L'autopsie de l'animal montrait que ce cœur était en dilata-

tion, et que le foie et les reins étaient congestionnés, tandis que la rate était pâle. M. Neudorfer conclut de ces expériences :

1° Que la créoline est toxique quand on l'introduit dans la circulation veineuse, à la dose de 5 centigrammes pour chaque kilogramme du poids de l'animal ;

2° Qu'elle provoque des spasmes violents, des douleurs vives et des troubles circulatoires se traduisant par la turgescence du cœur, du tissu rénal et du parenchyme hépatique.

Il attribue ces phénomènes à l'irritation des nerfs sensitifs et moteurs, à celle des filets du grand sympathique et probablement des ganglions et des centres nerveux. Néanmoins, ces dangers, écrit-il, ne sont pas suffisamment menaçants pour proscrire l'emploi de cette substance qu'il considère comme un antiseptique supérieur à l'acide phénique, à l'iodoforme, à l'acide salicylique et même au sublimé. En topique sur les plaies au moyen de solutions titrées de 1 à 5 pour 1000, elle ne fait courir au malade aucun danger d'empoisonnement, diminue la suppuration et agit comme hémostatique. Malgré les affirmations de l'observateur autrichien, il y a lieu d'employer avec circonspection, ajouterons-nous, une telle substance dont on ignore d'ailleurs la composition. (*Med. chir. Central.*, 1888, n° 28.) C. E.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, par M. J. Félix GUYON, recueillies et publiées par M. GUIARD. — In-8° de 1112 pages J.-B. Baillière, Paris, 1888.

L'important ouvrage dans lequel M. Guyon a résumé magistralement une grande partie de son enseignement clinique, est un livre de chirurgie spéciale qui présente des qualités toutes françaises de rectitude dans l'examen des faits et de clarté dans leur exposition. On y trouve de plus nettement formulées, dans une expression élégante et souvent pittoresque, les conclusions de l'observation patiente, précise et délicate qui caractérise la pratique de l'éminent maître « de l'école de Necker ».

Ce fort volume (il dépasse mille pages) fait suite aux leçons cliniques dont nous avons signalé ici la deuxième édition et qui étaient plus spécialement consacrées à la séméiologie générale des maladies des voies urinaires.

La distribution des leçons semble avoir été basée sur l'importance des sujets cliniques plutôt que sur un plan de description dogmatique. Elle offre des avantages incontestables ainsi qu'on peut le voir dans les leçons sur les hématuries, sur les rétentions d'urine, sur la sensibilité de la vessie, qui forment des tableaux séméiologiques d'une vérité saisissante et dont les indications thérapeutiques sont si importantes qu'elles peuvent être érigées en véritables lois. C'est ainsi que, dans l'hématurie, l'évacuation pour être méthodique doit être lente, incomplète, successive, et de plus antiseptique. Dans les rétentions très récentes, l'évacuation sera complète, mais elle doit toujours être lente; dans les rétentions datant de quelques jours il est déjà indiqué de faire des évacuations lentes, incomplètes, successives et antiseptiques ; c'est une règle absolue dans toutes les rétentions anciennes, et cette règle est d'autant plus rigoureuse que le sujet est plus âgé. Le chapitre sur les instillations intra-vésicales est également bien placé en tête du livre, il est à méditer et à assimiler complètement, car il juge une question longtemps controversée. Instrumentation, choix du liquide à injecter, position du malade sont des préliminaires qu'on ne saurait négliger, mais l'injection elle-même doit être pratiquée méthodiquement. Pour obtenir des résultats certains de l'action mécanique de l'injection, celle-ci doit être faite à petits coups mais vivement et en retirant prestement la canule aussitôt après. Il ne faut pas laisser la vessie se vider complètement entre chaque coup de piston et c'est ainsi qu'on pourra, avec M. Guyon, reconnaître au nitrate d'agent ce titre significatif « d'ami des muqueuses ». Nous voudrions multiplier les citations, et la tâche serait d'autant plus facile à remplir que presque toutes les conclusions importantes sont en quelque sorte placées « en vedette » comme sommaire de chaque leçon ; mais nous préférons étudier ces leçons dans leur ensemble.

On peut les réunir en trois groupes principaux sous trois titres : les cystites, les prostatites, les néoplasmes, et c'est dans cet ordre que nous les envisagerons dans un examen qui doit être rapide.

Les cystites s'observent aussi bien dans le domaine médical que dans le territoire chirurgical, et c'est un mérite à M. Guyon de nous en donner une classification d'autant plus rationnelle que, satisfaisant aux conditions étiologiques et cliniques, elle est essentiellement pratique. Il faut d'abord étudier les cystites dans leurs grands types, et bien que ceux-ci aient été dès longtemps reconnus, ils constituent au point de vue pratique un sujet dont l'observation est toujours variée et dont la description précise met sans cesse en évidence des particularités nouvelles. En effet, si nous connaissons les types si naturels de la cystite des rétrécis, des prostatiques, des calculeux, nous sommes moins familiers avec certaines cystites dont M. Guyon et ses élèves ont fait une histoire complète. Telles sont la cystite douloureuse, la cystite membraneuse, la cystite des néoplasiques et surtout la cystite tuberculeuse et la cystite blennorrhagique.

La *cystite blennorrhagique* est caractérisée par son apparition au déclin de la blennorrhagie aiguë ; dans la blennorrhagie latente, elle se localise au voisinage du col, mais elle peut s'étendre, rarement par le fait, aux uretères et jusqu'aux reins. Ses signes sont l'hématurie, le ténesme, l'intolérance vésicale qui peut aller jusqu'à la tétanie uréthrale, l'apparition de gouttelettes de pus au début de la miction. Elle a un caractère pathognomonique, la présence du gonococcus de Neisser. Cependant ce n'est pas une uréthrite postérieure mais une véritable cystite qui est rapidement influencée par l'action du nitrate d'argent, c'est-à-dire par les instillations argentiques pratiquées « *dans la vessie vide* ».

La *cystite tuberculeuse* présente aussi une physionomie spéciale; elle est le plus souvent primitive, initiale, la forme secondaire étant nulle au point de vue clinique, son anatomie pathologique est désormais bien établie ; grâce à quelques autopsies bien faites, au début, les granulations grises sont réunies en quelques groupes ; plus tard il y a fonte caséeuse et suppurations, abcès, fistules, etc.; au début, l'un les caractères dominants est la congestion de la muqueuse ayant pour corollaire les hémorrhagies. M. Guyon insiste avec raison sur cette congestion qui accompagne même les granulations tuberculeuses; en effet, j'ai sous les yeux une planche qui représente des granulations tuberculeuses de la vessie que j'avais dessinées et coloriées il y a plus de vingt ans, à une époque où l'on mettait encore en doute l'existence de granulations grises ; et je suis comme jadis frappé de cette véritable suffusion sanguine qui entoure les granulations tuberculeuses. Ces phénomènes congestifs expliquent bien des symptômes et surtout les hématuries vésicales; aussi a-t-on pu l'étudier depuis qu'on a examiné la vessie en quelque sorte en fonction à la suite des incisions hypogastriques dans le traitement des néoplasmes.

Nous avons rapproché la cystite tuberculeuse de la cystite blennorrhagique parce qu'il y a intérêt à bien les distinguer, ce qui est quelquefois difficile en clinique chez les jeunes gens principalement; la présence de bacilles tuberculeux ou gonococcus blennorrhagiques est un moyen cer-

tain de diagnostic, mais il n'est pas d'une application simple dans la pratique, c'est pourquoi on lira avec le plus grand intérêt l'exemple de discussion clinique auquel est consacrée la cinquième leçon, où nous voyons l'importance de l'examen de l'appareil génital surpasser celle des signes pulmonaires, et permettre, grâce à l'inspection des reliquats purulents ramenés par la sonde, le diagnostic de la cause blennorrhagique. Nous ne quitterons pas les leçons sur les cystites sans signaler la petite monographie de la cystite chez la femme, affection longtemps négligée, sinon méconnue, mais dont l'importance clinique et pratique est désormais démontrée.

Les sept leçons consacrées aux affections de la prostate se divisent en deux séries très distinctes : les prostatiques et les prostatites. Cette distinction originale dans ses titres répond cependant à des divisions cliniques bien naturelles, et nous retrouvons bien, dans cette présentation d'affections si communes, les qualités du professeur. En effet, sous le nom d'hypertrophie de la prostate, l'on a étudié un processus complexe, à étiologie très variée, mais qui présente des types cliniques si communément observés qu'il semble bien pratique et bien naturel de les désigner comme on le fait à l'hôpital. Pour ne pas séparer le malade et la maladie, il faut dire que les « prostatiques » sont, parmi les « urinaires », les plus fréquents sujets d'observation.

L'hypertrophie de la prostate a été fort bien étudiée au point de vue macroscopique par Civiale, Mercier et Thompson, et l'école anatomopathologique moderne a ensuite démontré les changements de texture de la prostate en raison même de l'âge de cet organe; néanmoins c'est à M. Launois, l'un des élèves de M. Guyon, que revient le mérite d'avoir montré les transformations histologiques et la véritable évolution physiologique de la prostate. Dans cette glande, dont le parenchyme offre une structure en quelque sorte à moitié musculaire, il se fait avec l'âge une transformation caractérisée par une sorte de sclérose du tissu cellulaire intermédiaire aux lobules glandulaires ; il y a hypertrophie fibreuse en même temps qu'une lobulisation de la glande, visible même à l'œil nu ; de plus, les fibres musculaires elles-mêmes sont envahies par cette sclérose interstitielle, elles ne participent pas directement à ces changements qui agissent sur la forme extérieure de l'organe comme dans l'hypertrophie partielle ou générale et donnent à l'urèthre des déviations spéciales. Mais en dehors de cette évolution en quelque sorte physiologique, fatale, il y a plus encore, et c'est ici le point nouveau et capital; chez les prostatiques il y a, outre la sclérose naturelle, l'accompagnant toujours, la précédant peut-être, l'exagérant en tous les cas, des altérations vasculaires, en rapport avec l'âge « des artères » plus encore qu'avec la vieillesse glandulaire, on peut dire que « les prostatiques sont des scléreux ». Nous saisissons par la même expression la condition étiologique principale et l'évolution pathogénique.

C'est l'endartérite ou la périartérite, la dilatation des veines qui s'ajoutent à la substitution lente et progressive du tissu fibreux au tissu glandulaire. Les autres lésions sont secondaires, comme les déviations, les modifications du canal, ou concomitantes, telles que les transformations des parois vésicales, ou enfin des complications telles que la cystite.

Cette conception générale s'adapte rigoureusement à la clinique et, en effet, elle répond aux trois phases symptomatiques: la première période, dynamique, à manifestation d'ordre congestif, la fréquence des mictions, le retard de l'expulsion de l'urine, l'affaiblissement du jet; la deuxième période, mécanique, avec la rétention, l'incontinence nocturne d'abord, puis la polyurie, la distension vésicale et les troubles digestifs, la fièvre; enfin la troisième période avec ses complications de cystite, de catarrhe vésical, de néphrite même, avec les altérations de l'urine, l'hématurie plus spécialement. Le traitement nous apparaît comme une conséquence toute naturelle de chacun des troubles locaux ou généraux, il se déduit ainsi du diagnostic, et de fait, c'est la logique qui nous guide autant peut-être que l'expérience pratique dans les cas difficiles. Néanmoins il y a des formules précises : dans la première période, le traitement général sera la médication iodurée ; les antiphlogistiques auront le rôle prédominant, on s'abstiendra du cathétérisme; dans la seconde période, le cathétérisme est l'indication dominante, c'est le traitement mécanique qui est indiqué toutes les fois que l'évacuation commence à être incomplète. Mais si le cathétérisme est le plus précieux agent de traitement dans la seconde période, il peut être dangereux dans la troisième, comme il est inutile et nuisible dans la première. Il faut méditer ces leçons, s'efforcer de s'initier à la sûreté de raisonnement; qui est l'une des qualités dominantes du professeur, au moins autant que la douceur, nous dirions volontiers l'élégance, dans l'exécution pratique, qualités qu'il sait si bien faire apprécier et assimiler par ses élèves qui, pour la plupart devenus ses collaborateurs, forment une brillante pléiade de chirurgiens. L'art chirurgical est unique, quoi qu'on l'ait divisé en spécialités offrant une importance fort inégale. C'est pourquoi une méthode d'investigation rigoureuse, la rectitude dans les appréciations des résultats obtenus, sont des qualités communes qui ont pour base les notions les plus générales; et c'est dans cet esprit qu'il faut apprécier les leçons consacrées aux néoplasmes de la vessie.

M. Guyon, pour la première fois croyons-nous, expose dans leur ensemble les résultats qu'il a obtenus par ces opérations dont il est l'initiateur. A ne considérer que les résultats curatifs, sur ces quinze malade où dix fois on a rencontré l'épithélioma, trois fois le cancer et seulement deux tumeurs bénignes, il ne semble pas que l'intervention chirurgicale ait produit des résultats heureux en rapport avec l'habileté de l'opérateur; mais, si l'on se pénètre bien des conditions qui ont amené M. Guyon à régulariser l'intervention au moins comme palliative, dans certains cas où la douleur ou les hémorrhagies l'indiquent, bien plus encore que l'utilité du diagnostic précis, l'on arrive à cette conclusion logique qu'au point de vue chirurgical, mieux vaut encore ouvrir la vessie, l'explorer franchement, agir suivant l'opportunité, plutôt que de recourir aux explorations et aux extirpations par voie plus indirecte à travers l'urèthre et le périnée. D'ailleurs, M. Guyon démontre nettement les avantages de sa pratique sur ces explorations incomplètes, c'est-à-dire sur les morcellements plus ou moins heureux de tumeurs aussi obscurément définies dans leurs rapports que dans leur nature. Si l'on permettait cette comparaison, il vaut mieux lire franchement à livre ouvert que de s'efforcer de déchiffrer à travers les feuillets non coupés. M. Guyon a heureusement préparé cette voie nouvelle; il a prouvé qu'il était possible, sans audace extrême, et de plus utile, d'aborder les tumeurs de la vessie, sinon aussi facilement qu'on le fait pour les tumeurs des organes externes, du moins plus sûrement et avec moins de danger que pour les tumeurs des viscères.

C'est un progrès incontestable que d'avoir démontré que les néoplasmes de la vessie sont accessibles au diagnostic et à l'intervention chirurgicale directe, et l'on ne saurait s'étonner que l'épithélioma ou le cancer de la vessie récidive presque fatalement dans cet organe comme dans les autres parties de l'organisme; ce sont là des questions de pathologie chirurgicale générale que nous n'avons point à discuter en ce moment, et nous estimerons notre tâche accomplie si nous avons réussi à mettre en lumière l'originalité et la valeur scientifique de ces remarquables leçons.

A. Hénocque.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par M. Franz Kœnig, professeur de chirurgie et directeur de la clinique chirurgicale de Gœttingue, traduit de l'allemand, d'après la 4e édit., par J.-R. Comte, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Genève, t. I, 2e fascicule, avec 34 figures. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1888.

Nous avons formulé notre appréciation générale sur cet ouvrage à propos du premier fascicule, paru il y a quelques mois. Aujourd'hui, le tome Ier est terminé, et il nous mène jusqu'à la fin des maladies chirurgicales de la tête et du cou. Notre rôle actuel ne consistera guère qu'à énumérer les matières comprises dans ce fascicule.

Nommons donc les maladies du maxillaire inférieur, de l'articulation temporo-maxillaire, des dents, de la voûte palatine, de la langue, des amygdales et des parties voisines du pharynx, des glandes salivaires, de l'oreille externe et du cou. Dans ces dernières sont comprises, en leur entier, les affections de l'œsophage. On remarquera l'absence de ce qui concerne l'oreille interne, laissée à l'étude des seuls spécialistes. Il en est, d'ailleurs, de même pour l'œil. Les maladies du larynx sont, au contraire, étudiées plus complètement qu'elles ne le sont souvent dans les livres classiques français, et on ne saurait en cela qu'approuver l'auteur.

La trachéotomie et ses indications sont, en particulier, l'objet d'une description détaillée. Au reste, dans tout cet ouvrage, la thérapeutique chirurgicale et les procédés de médecine opératoire tiennent une large place. Ainsi, on trouvera dans ce fascicule la manière de pratiquer la ligature des artères du cou.

A. Broca.

Étude critique et clinique sur les rapports étiologiques de la pleurésie avec la tuberculose, par M. le docteur A. Coriveaud. — Bordeaux, Gounouilhou, 1888.

De vingt-sept observations personnelles recueillies avec le plus grand soin et analysées avec la plus scientifique rigueur, M. le docteur Coriveaud déduit des conclusions précises tendant à infirmer l'opinion qui fait considérer toutes les pleurésies comme des manifestations de l'infection tuberculeuse. Après avoir longtemps suivi les malades qu'il a eu l'occasion de soigner, après avoir constaté que les causes de débilitation les plus variées, comme, par exemple, celle que provoque une suppuration interminable, ne déterminent pas nécessairement l'éclosion d'une tuberculose généralisée, notre distingué confrère ne peut admettre la spécificité étiologique de la pleurésie *a frigore*. Il accepte donc de tous points la doctrine défendue ici même par notre collaborateur M. Blachez (8 octobre 1886).

Compte rendu du troisième congrès français de chirurgie. 1 vol. in-8° avec gravures. F. Alcan.

M. le docteur Pozzi, secrétaire général du Congrès de chirurgie, vient de publier le *Compte rendu* (procès-verbaux, mémoires et discussions) *du troisième Congrès de chirurgie français* tenu à Paris au mois de mars dernier, sous la présidence de M. le professeur Verneuil, de l'Institut.

Dans cette session s'est affirmé une fois de plus le succès de cette œuvre à laquelle se sont associés les chirurgiens des pays de langue française : Suisse, Belgique, Alsace-Lorraine.

Les sujets à l'ordre du jour de cette session étaient : De la conduite à suivre dans les blessures par coups de feu des cavités viscérales. — Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement. — De la récidive des néoplasmes opérés, recherche des causes de la prophylaxie. — De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.

Outre les communications et les discussions approfondies auxquelles ils ont donné lieu, plus de soixante communications sur divers sujets insérées *in extenso* dans ce volume, en font un recueil de mémoires des plus intéressants et que tout praticien voulant se tenir au courant des progrès de la science chirurgicale, devra posséder et consulter journellement.

Nouveau formulaire magistral, par MM. le professeur Bouchardat et M. le docteur G. Bouchardat professeur à l'École supérieure de pharmacie. 27e édition, Paris. Félix Alcan, 1888.

Cet ouvrage est trop connu et nous ajouterons trop légitimement classique pour qu'il soit utile d'en faire l'éloge qu'il mérite. Bornons-nous à dire que cette nouvelle édition a été collationnée avec le nouveau Codex et renferme de nombreuses additions relatives aux médicaments de date récente, comme la cocaïne, l'antipyrine, l'antifibrine, etc. L'auteur a eu également l'heureuse idée d'y introduire diverses formules de substances antiseptiques employées dans la pratique chirurgicale. Enfin la révision du mémorial thérapeutique et surtout des tables a eu pour résultat de faire disparaître maintes erreurs qui déparaient les éditions précédent.

VARIÉTÉS

Concours d'agrégation de médecine. — Sont admis à prendre part au concours d'agrégation qui s'ouvrira à Paris, le 15 décembre 1888, pour onze places d'agrégés des Facultés de médecine (section de médecine : pathologie interne et médecine légale), les docteurs en médecine dont les noms suivent, classés par Académies :

Paris. — MM. Babinski, Balzer, Barth, de Beurmann, Bourcy, Brault, Chantemesse, Charrin, Combemal, Cuffer, Gaucher, Gilbert, Grenier, Gucit, Jeannel, Juhel-Renoy, Letulle, Marfan, Marie, Martin, Mathieu, Morel, Netter, Richardière, Roque, Royer, Talamon et Vibert.

Bordeaux. — MM. Davezac, Mesnard et Suzanne.
Lyon. — M. Audry.
Montpellier. — M. Sarda.
Nancy. — M. Colin.

Collège de France. — M. Brown-Séquard traitera du *Rôle de l'inhibition dans les fonctions et les maladies des centres nerveux.* Il commencera son cours le mardi 4 décembre à deux heures et demie et le continuera les mardis et samedis à la même heure.

— M. François-Franck, remplaçant M. Marey, commencera son cours le mercredi 5 décembre à trois heures et demie et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure (salle 7). Il traitera de la *Sensibilité à l'état normal et pathologique.*

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer les décès de MM. les docteurs Ribard, médecin-major de 1re classe, à Lyon; Rampont-Lechin, sénateur; Chenevier, professeur à l'École de Besançon; Chopard, interne des hôpitaux de Paris; Mourié (d'Ax); Vergez (de Luz) et Dupré (de Bourg).

Mortalité a Paris (46e semaine, du 11 au 17 novembre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 6. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 28. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 154. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs : cancéreuses, 41 ; autres, 5. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 41. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 64. — Bronchite aiguë, 26. — Bronchique chronique, 35. — Broncho-pneumonie, 19. — Pneumonie, 49. — Gastro-entérite : sein, 11 ; biberon, 40. — Autres diarrhées, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 24. — Suicides, 27. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 172. — Causes inconnues, 8. — Total : 873.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

17120. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE

DE LA

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

THÉRAPEUTIQUE

L'anémie, la chlorose, la chloro-anémie et toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, jouissent du triste privilège de nous faire parcourir constamment la gamme des médications de toute espèce. Ce n'est pas que nous ignorions quels sont les agents qui peuvent influer sur ces diathèses si persistantes, mais c'est que nous hésitons sur la manière de les employer pour produire un résultat efficace. Le fer est l'agent par excellence de la rénovation du sang; mais il faut d'abord qu'il soit toléré, puis qu'il soit assimilé, enfin qu'il apporte dans l'économie ses propriétés fortifiantes sans faire naître cette déplorable infirmité qu'on appelle la constipation. Tous les chimistes se sont mis à l'œuvre pour résoudre le problème, et quelques-uns sont arrivés à des résultats très utiles. Nous voulons rechercher quelle est, dans l'état actuel de la science pharmaceutique, la préparation qui a le mieux réussi.

Les pilules de Vallet ont joui d'une faveur méritée; elles ont remplacé avec avantage ces affreuses boissons de rouille qui étaient répugnantes, à peu près inefficaces, et cependant indigestes. Elles n'ont pas su satisfaire à toutes les exigences du programme que les chercheurs sérieux s'étaient imposées: leur usage prolongé amenait presque toujours la constipation.

Les pilules de Blaud, recommandables à certains égards, n'ont pas davantage échappé au même écueil. Et nul ne saurait nier la gravité d'un semblable danger. La constipation est une des plus cruelles souffrances infligées à l'espèce humaine et personne n'ignore que ce sont précisément les sujets anémiques et chloro-anémiques qui sont les plus prédisposés à cette terrible affection.

Beaucoup d'autres préparations ont été produites, qui ont eu la prétention d'avoir résolu le problème; elles ne méritent pas même d'être citées; elles avaient les inconvénients des produits sérieux sans en avoir l'efficacité.

En 1839, MM. Gélis et Conté ont présenté à l'Académie de médecine une préparation nouvelle, soigneusement étudiée, et paraissant répondre à tous les desiderata. L'Académie a nommé une Commission qu'elle a chargée d'examiner le nouveau produit.

Cette Commission était composée de M. Fouquier, professeur à la Faculté de Paris; de M. Bally, président de l'Académie, et de M. Bouillaud, également professeur à l'École de médecine. Il était difficile de constituer un jury plus compétent et plus honorable.

MM. Fouquier et Bouillaud se sont livrés à des expériences nombreuses, et leur verdict ne s'est pas fait attendre. Sans nier le mérite relatif des préparations déjà connues que nous avons citées plus haut, ils ont déclaré que les dragées de Gélis et Conté au lactate de fer étaient supérieures à ces préparations et devaient leur être préférées. A l'appui de leur opinion, ils ont apporté la relation d'observations nombreuses dans lesquelles ils constataient les résultats très satisfaisants qu'ils avaient obtenus de l'emploi fait par eux-mêmes de la médication nouvelle. Le docteur Hardy, chef de clinique du professeur Fouquier, est venu appuyer l'opinion de son chef de ses observations personnelles, et les services des professeurs Andral, Bouillaud, de MM. Bally, Beau, Nonat, fournirent bientôt leur contingent d'observations aussi concluantes.

Sur le rapport de sa Commission, l'Académie de médecine a voté des remerciements à MM. Gélis et Conté et l'impression dans le *Bulletin* de l'Académie du mémoire qui avait accompagné la présentation de leur produit.

La supériorité du lactate de fer sur les autres préparations martiales a été de ce moment reconnue. Plus tard, elle fut confirmée par les nombreuses expériences, tant physiologiques que pathologiques, de MM. Claude Bernard, Bareswil et Lemaire, et plus tard encore, en 1858, par le rapport d'une nouvelle Commission de l'Académie de médecine, composée de MM. les professeurs Velpeau, Trousseau, Depaul, Bouchardat et Boudet. Les expériences qui furent faites alors, en présence de MM. Robiquet, Boudault et Corvisart, constatèrent d'une manière irréfutable les avantages du lactate de fer au point de vue de la digestion et de l'assimilation.

Il est donc définitivement acquis que les dragées de Gélis et Conté sont le ferrugineux le plus efficace, et qu'aucun ne saurait combattre l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, avec une plus grande certitude de succès.

(*Union médicale.*)

THÉRAPEUTIQUE

De l'action des Balsamiques dans les affections pulmonaires.

Il n'est peut-être pas de médicament plus populaire que le goudron, et il l'a été de tout temps dans les contrées maritimes du Nord. Depuis que l'évêque Berkeley en fit connaître les merveilleuses propriétés, il n'a cessé d'être employé dans le traitement d'un grand nombre de maladies et notamment dans celui des états morbides ayant pour siège les organes broncho-pulmonaires. Ici, son efficacité est incontestable.

Dès 1817, Chrichton publiait de très curieuses expériences sur les inhalations chaudes de goudron dans le traitement de la bronchite et de la phthisie pulmonaire. Les effets obtenus ne furent pas démentis et depuis on n'a cessé d'y avoir recours. Il est certain qu'administré en fumigation il agit plus sûrement et plus énergiquement que lorsqu'il est donné sous forme aqueuse. En cet état, il diminue les sécrétions muqueuses des bronches et en même temps la toux et la dyspnée deviennent moins pénibles. Quand, au contraire, la sécrétion bronchique est rare, l'expectoration difficile, il fluidifie les mucosités et facilite leur expulsion.

Pour administrer le goudron par les voies respiratoires, on a inventé bien des appareils qui tous ont le grand défaut d'être fort dispendieux et peu commodes. On ne peut en dire autant de la méthode préconisée par M. Géraudel. Ses pastilles, composées de goudron à l'état moléculaire, en se dissolvant dans la salive, transportent, par l'air inspiré, la substance active jusqu'aux dernières cellules pulmonaires. C'est ainsi qu'on explique l'action curative si prompte de ce médicament dans les bronchites aiguës tout aussi bien que dans les catarrhes chroniques. La toux et l'expectoration diminuent presque aussitôt pour cesser définitivement après quelques jours d'emploi de ces pastilles.

Dr L. Duvals.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

17120. — Motteroz, Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

BULLETIN

Paris, 5 décembre 1888.

Académie de médecine : **Prophylaxie de la nécrose phosphorée. — Étiologie du tétanos.**

L'Académie, à la demande de M. Brouardel, appuyée par MM. Léon Le Fort, Verneuil et Trélat, et approuvée en principe par M. Magitot, s'est prononcée, à l'unanimité, en faveur de la substitution du phosphore amorphe rouge au phosphore blanc dans la fabrication des allumettes. Elle s'est décidée, comme on le lui a dit, pour la solution radicale et elle a pensé que le seul moyen d'annihiler tout à fait les accidents sur lesquels M. Magitot avait, il y a huit jours, rappelé son attention, c'est de supprimer l'objet lui-même qui les cause. De fait, les allumettes au phosphore rouge sont aujourd'hui d'un usage courant; il est des pays où on les vend à un bon marché extraordinaire (12 centimes pour dix boîtes dans certains cantons suisses, par exemple), et rien n'empêcherait d'interdire dès maintenant en France la vente des allumettes fabriquées avec du phosphore blanc, si l'État n'avait pas concédé le monopole de la fabrication à une compagnie! Singulière doctrine économique: c'est l'État lui-même qui oblige des industriels à une fabrication forcément funeste à ceux qui y sont occupés. Et nous avons entendu dire qu'un tel état de choses ne pourrait changer qu'avec l'expiration du monopole concédé. Ou bien l'incurie et la légèreté de ceux qui ont accordé la concession ont été bien grandes, puisque déjà à cette époque les dangers du phosphore blanc étaient connus, signalés par les autorités les plus compétentes, et que les allumettes au phosphore rouge existaient; ou bien l'État n'est pas armé de moyens suffisants pour empêcher une industrie de tuer ou blesser sans nécessité chaque année un certain nombre d'ouvriers. Un tel dilemme se juge de lui-même et l'on ne peut que s'associer à la demande si légitimement faite par l'Académie pour remédier à l'état de choses qui en est la conséquence.

— M. le docteur P. Bouloumié a entretenu l'Académiedes procédés très ingénieux qu'il a imaginés pour utiliser pendant la guerre, pour le transport des blessés, les voitures de paysans, à l'aide d'objets qu'on peut toujours avoir sous la main. La Commission nommée pour examiner ces procédés

FEUILLETON

Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie dans les Universités allemandes et austro-hongroises, comparée à la même organisation dans les Facultés de médecine françaises.

(Fin. — Voyez le numéro 48.)

Si nous comparons maintenant avec le professeur Leloir l'avenir universitaire du médecin français, qui se spécialise, à celui du médecin allemand, que voyons-nous?

En France, vous arrivez au clinicat par le concours; une fois chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, supposons, vous vous consacrez tout entier à l'étude de la dermato-syphiligraphie que vous avez déjà poursuivie par goût comme externe et interne sous la direction d'un ou de plusieurs professeurs. Et après? Après, il y a pour vous les concours des hôpitaux (Bureau central) et de l'agrégation où l'on ne vous demande pas un mot de votre spécialité et où il est exceptionnel qu'un dermato-syphiligraphe fasse partie du jury. Si vous continuez à vous consacrer sérieusement à la dermato-syphiligraphie, vous n'arriverez ni au Bureau central, ni à l'agrégation. Si, au contraire, vous vous préparez au Bureau central et à l'agrégation, vous ne serez que très tard, peut-être jamais, un spécialiste expert et consommé. Et puis, devenu un encyclopédiste remarquable et un discoureur habile, vous arrivez à l'agrégation, et après? Après, c'est tout, dit Leloir, et il est triste à dire qu'il a en grande partie raison. Serez-vous chargé de suppléer le professeur en cas d'absence? Serez-vous désigné comme son auxiliaire et son successeur éventuel? Peut-être. C'est avec une organisation pareille qu'on arrive à se faire le raisonnement suivant : « A quoi bon me consacrer à la dermato-syphiligraphie, à la bactériologie, à l'anatomie patholo-

ne manquera pas d'en faire prochainement connaître la valeur, car il n'est pas de plus intéressant ni de plus difficile problème à résoudre, au point de vue de l'évacuation des nombreux blessés que les batailles actuelles obligent à réunir en si peu de temps.

Un cas curieux de blessures multiples faites sur elle-même avec une rage inouïe et une insensibilité physique manifeste par une lypémaniaque âgée de soixante-trois ans a été rapporté à la même séance par M. Laugier.

— En attendant qu'elle soit reprise et continuée devant l'Académie de médecine, la discussion sur l'étiologie du tétanos s'ouvre en même temps devant plusieurs autres sociétés savantes où vétérinaires et médecins analysent les observations qu'ils ont recueillies jadis et s'efforcent d'en dégager quelques conclusions pratiques. C'est ainsi qu'après avoir écouté un travail, dans lequel M. le docteur Guelpa, confirmant les travaux de Carlo et Rattone, Rosenbach, Brieger et surtout ceux de Nocard, cherche à démontrer l'inoculabilité du tétanos, divers membres de la Société de thérapeutique et de la Société de médecine pratique ont développé, au sujet de l'origine et de la pathogénie de cette affection, des considérations fort intéressantes.

Parmi les vétérinaires les plus distingués, MM. Trasbot et Leblanc, déclarent n'avoir jamais observé aucun cas do contagion du tétanos. Ils sont disposés à croire à l'origine spontanée de la maladie, d'abord parce qu'elle naît dans les conditions les plus variées et ne frappe en général, dans les étables ou les troupeaux, qu'un ou deux sujets isolés ; ensuite, parce que le tétanos peut s'observer à la suite d'opérations diverses pratiquées sans aucune lésion du tégument externe. Au point de vue de la nature et de la curabilité du tétanos, M. Trasbot a fait de plus une remarque très curieuse. Jadis le tétanos du cheval était toujours très grave et la mortalité de cette maladie très considérable. Depuis que l'isolement des animaux est pratiqué avec soin et que ceux-ci sont soustraits à toute cause extérieure d'irritation; depuis surtout que l'on supprime les excitations thérapeutiques déterminées par l'ingestion des médicaments, presque tous les animaux guérissent. Le tétanos serait donc avant tout et surtout d'origine réflexe.

Cependant les expériences de MM. Guelpa et Weber comme celles de Flügge et Nicolaïer et tant d'autres que nous avons déjà citées à diverses reprises démontrent que l'on peut isoler puis cultiver un microbe spécifique et provoquer la maladie à la suite d'inoculations diverses pratiquées à l'aide de ces cultures. Sans doute des recherches du même genre, entreprises antérieurement par MM. Polaillon, Kirmisson, Jeaunel, etc., sont demeurés sans résultat positif, et l'on comprend jusqu'à un certain point que M. Leblanc conteste les effets produits par l'inoculation de terre végétale, de foin coupé ou de tout autre produit, non contaminé au préalable par les déjections d'un animal quelconque. S'il en était ainsi on ne pourrait admettre qu'il existe dans ces agents d'origine banale un microbe vraiment digne d'être considéré comme pathogène.

Toutefois, il importe de rappeler aussi que M. Nocard qui, en 1882, n'avait pu réussir à inoculer le tétanos, a fait en 1887 une série d'expériences prouvant que l'agent infectieux est une ptomaïne sécrétée par un microbe et que cette ptomaïne se retrouvait sur des objets inanimés. Rosenbach lui aussi a dû revenir sur ses premiers résultats. Avant de conclure, il convient donc de soumettre encore à un sérieux contrôle les expériences et les observations qui, sous l'impulsion imprimée aux recherches de ce genre par les savantes communications de M. Verneuil, se multiplient de jour en jour. On ne pourra passer sous silence, dans la discussion qui va se continuer devant l'Académie, le tétanos médical, ce tétanos dit *rhumatismal* ou *des pays chauds*, que l'on observait assez fréquemment jadis, qui était très certainement lui aussi d'origine infectieuse, et qui paraît avoir disparu de nos hôpitaux sous l'influence des progrès de l'hygiène et peut-être, si l'on a égard aux observations de M. Trasbot, des perfectionnements de la thérapeutique.

On ne manquera pas non plus de faire remarquer que si la contagion du tétanos est relativement rare, il en est de même pour celle de la tuberculose qui cependant est une maladie bien nettement virulente. Enfin, les récentes observations de Pio-Foà et de Bordoni-Uffreduzzi (de Turin), qui affirment avoir isolé le microbe spécifique de la méningite cérébro-spinale, apportent un argument nouveau à ceux qui, comparant les symptômes de cette maladie si souvent épidémique à ceux du tétanos, en concluent que, malgré les conditions dans lesquelles celui-ci se développe d'ordinaire, il est bien probable qu'il est dû à un agent virulent.

Toutes ces réflexions, qui font ressortir les difficultés de la question pendante devant l'Académie, permettent aussi

---

gique, etc., puisque je ne serai probablement jamais appelé à l'enseigner? Je poursuis là une chimère, et il vaut bien mieux faire de tout un peu; je cours risque de cette façon d'attraper un jour ou l'autre une chaire de pathologie ou de clinique. » Si, agrégé, vous voulez, malgré tout, enseigner la dermato-syphiligraphie, la neurologie, etc., encore faut-il que le hasard du roulement pour Paris vous amène à Saint-Louis, à l'hôpital du Midi ou à la Salpêtrière, pour Lyon à l'Antiquaille, au Perron ou à l'asile de Bron. Je ne parle pas de certains centres universitaires où il n'y a guère de services hospitaliers que pour les professeurs de clinique, et où le corps médico-chirurgical des hôpitaux reste un vain mot, une ombre sans existence et sans vie, frappée d'avance de morti-natalité.

Avec un pareil système vous me demanderez peut-être qui remplacera un jour les dermatologistes éminents de Saint-Louis et de l'Antiquaille, les neurologistes de la Salpêtrière ou de Sainte-Anne, qui sont la gloire de la science médicale française? Où sont les recrues chargées de remplacer les vétérans, se demande H. Leloir, L'Université y a-t-elle songé? Les agrégés chargés de remplacer les professeurs sont-ils prêts? Avez-vous des agrégés spéciaux, qui, à l'exemple des docenten allemands, soient depuis longtemps prêts à vous suppléer? Non, car l'organisation actuelle de l'enseignement médical français ne le permet pas. Et cependant, c'est grâce à cette organisation que l'Allemagne et l'Autriche ont dérivé vers elles le courant des élèves et médecins étrangers qui, autrefois, venaient à Paris. Et ce que je dis là à propos de la dermato-syphiligraphie avec le professeur Leloir, je pourçais le répéter pour l'otologie, la laryngoscopie, l'embryologie, etc.

Le professeur Leloir achève la question du recrutement des professeurs dans les Universités allemandes et austro-hongroises par un mot sur le *roulement*.

En Allemagne, le professeur n'est pas fixé au sol. Si, après avoir conquis le professorat, grâce à ses travaux et à son

d'en comprendre l'intérêt. Aussi faut-il espérer que, répondant à l'appel de M. Verneuil, les chirurgiens et les vétérinaires ne manqueront point d'apporter à l'appui de leurs opinions si divergentes encore des observations et des faits capables de les soutenir. Les discussions actuelles ne ressemblent plus aux dissertations éloquentes que l'on entendait jadis. Encore convient-il de souhaiter que, si techniques qu'elles soient et qu'elles doivent rester, elles ne soient point trop écourtées.

PATHOLOGIE MENTALE

Rapports de la paralysie générale avec la syphilis cérébrale.

En proposant comme sujet du concours pour le prix Falret la question des rapports de la paralysie générale avec la syphilis cérébrale, l'Académie de médecine a donné une nouvelle preuve de son désir de voir les travailleurs s'attacher à la solution de problèmes controversés. La commission du prix, en choisissant M. Mesnet pour son rapporteur, nous a procuré la vive satisfaction d'entendre une voix, autorisée entre toutes, discuter en un langage excellent sur un point qui divise les aliénistes et les syphiligraphes. Le savant médecin de l'Hôtel-Dieu nous a rendu aisée notre tâche de critique; pour intéresser nos lecteurs, il nous suffira de puiser à pleines mains dans son travail rempli de vues suggestives et de conclusions séduisantes.

I

La paralysie générale est-elle, ou peut-elle être tributaire de la syphilis? Ou encore, le virus syphilitique peut-il, à un moment donné de son évolution, produire les lésions, et par suite l'ensemble symptomatique qu'on observe dans la paralysie générale classique? C'est là une première question, question importante d'étiologie, à laquelle les réponses les plus opposées ont été données.

Les observateurs du commencement du siècle — les syphiligraphes de même que les aliénistes — répondaient par la négative. Nous n'en voulons pour preuve que le passage suivant emprunté au célèbre ouvrage de Bayle : « Un cinquième environ des malades que j'ai observés, dit-il, avaient fait beaucoup d'*excès vénériens* et avaient souvent contracté des *maladies syphilitiques*. Mais les excès de ce genre et la maladie qui en est la suite, sont si fréquents, que je n'oserais point les compter au nombre des causes prédisposantes de la méningite chronique. D'ailleurs, un médecin dont l'opinion est d'un très grand poids en cette matière, M. Cullerier, pense que la syphilis n'a point d'influence sur le traitement de l'aliénation mentale » (*Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, Paris, 1826, p. 412).

Cette opinion faisait loi en quelque sorte, lorsque, vers le milieu du siècle, parurent les premiers travaux importants sur la syphilis du cerveau. Aussitôt se fit jour une opinion diamétralement opposée à celle de Bayle; Esmarch et Jessen en Allemagne, Kjelberg en Suède, enseignèrent que la paralysie générale est toujours de nature syphilitique; le dernier même de ces auteurs prétendait que la maladie ne se développe jamais dans un organisme complètement indemne de syphilis, soit héréditaire, soit acquise.

A cause même de leur intransigeance, ces idées extrêmes ne trouvèrent guère de partisans. De sages objections furent faites, et nous les trouvons résumées dans l'excellent *Traité pratique des maladies mentales* de Marcé, publié en 1862. « Sans vouloir rejeter d'une manière absolue l'existence de cette influence étiologique, dit cet auteur (p. 473), je crois qu'elle ne doit être admise qu'avec une certaine réserve; dans les cas où la mort a eu lieu, et où l'autopsie a démontré le ramollissement de la couche corticale avec adhérence aux méninges, on ne peut contester l'existence d'une paralysie générale, mais on peut toujours invoquer une simple coïncidence entre les antécédents syphilitiques et les symptômes observés. Dans les cas, au contraire, où le traitement antisyphilitique a donné une guérison inespérée, je vois que les malades présentaient de l'embarras de la parole, de l'incertitude dans la marche, de l'affaiblissement intellectuel, mais jamais à proprement parler de délire et surtout de délire ambitieux; en sorte qu'on croirait plus volontiers à une paralysie généralisée causée par des exsudations plastiques d'origine syphilitique, développée à la surface des hémisphères, qu'à une folie paralytique bien réelle. »

Ce paragraphe résume les opinions qui ont eu cours jusqu'en ces derniers temps chez la majorité des médecins aliénistes. D'une part la syphilis n'occupe aucune place, ou bien un rang très secondaire, dans la liste des causes de la paralysie générale; et même, si on trouve des traces de vérole chez un paralytique, il ne faut pas y voir une rela-

enseignement, il continue à produire, il peut, et il est ordinairement appelé à son heure par une autre Université, qui lui offrira des avantages supérieurs à ceux qu'il trouve dans son milieu actuel. Un tel état de choses ne peut que développer l'émulation des professeurs.

Tout professeur, s'il se fait un nom dans la science, peut espérer arriver un jour à l'Université qu'il convoite. Aucune ne lui est fermée à tout jamais; il ne dépend que de lui, d'ordinaire, pour aborder à la terre désirée. Je suis d'accord avec mon collègue, le professeur Leloir, pour admettre que c'est ce roulement, analogue à celui qui existe dans nos Facultés des sciences, des lettres et de droit, qui constitue l'une des principales forces de l'organisation de l'enseignement médical de l'Allemagne. Que si le lustre qui brille sur les Universités de Leipzig, d'Iéna, etc., n'est pas obscurci par celui de Berlin, ceci résulte évidemment en partie de ce roulement des professeurs, si favorable à la science, à l'enseignement et au développement des Universités d'au delà du Rhin. Le libre échange entre les diverses Facultés d'un pays est du plus heureux effet pour le recrutement du personnel enseignant. Ce roulement existe, en France, pour les Facultés des sciences, des lettres et de droit. Pourquoi n'existe-t-il pas pour les Facultés de médecine? Pourquoi cette différence choquante entre les Facultés d'un même pays, soumises aux mêmes droits et aux mêmes devoirs? Cela tiendrait-il à ce que, chez nous, le professeur des Facultés de médecine ne voudrait pas se déplacer, soucieux avant tout de conserver sa clientèle? Nous ne voulons pas le croire. Dans tous les cas, les devoirs du professeur priment ceux du praticien, et le grand Maître de l'Université n'a à prendre cure que des premiers.

Nous demanderons-nous maintenant pourquoi, une fois en possession de sa chaire, le professeur de Faculté de province continuerait à travailler? Qu'il travaille ou ne travaille pas, qu'il soit utile ou non à la science, à l'enseignement et aux élèves, il est rivé à sa chaire jusqu'à l'âge de soixante-dix

tion de cause à effet, mais une simple coïncidence. D'autre part, il peut exister une affection cérébrale d'origine syphilitique présentant certains symptômes de la paralysie générale, mais qui n'est pas la paralysie générale type, telle qu'elle a été décrite par Bayle, Calmeil et autres aliénistes.

Mais l'esprit des observateurs une fois porté sur cette question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale, des faits nouveaux, des documentss en faveur de telle ou telle théorie s'accumulèrent, publiés soit par les syphiligraphes, soit par les aliénistes. La statistique vint dire son mot. Un point important à éclaircir était de savoir la fréquence de cette coïncidence de la syphilis et de la paralysie générale. Les chiffres publiés sont très variés. Si l'on consulte Mendel (*Die progressive paralyse der Irren*, Berlin, 1880, p. 247), on voit que sur 201 cas de paralysie générale il en est 55 au sujet desquels cet auteur n'a obtenu aucun renseignement précis; sur les 146 autres, on peut exclure avec certitude la syphilis dans 20 cas; chez 8, il y a eu des chancres sans accidents secondaires; chez 9 on a vu sur la verge des cicatrices sur lesquelles il a été impossible d'obtenir des éclaircissements; sur 109 enfin, on a constaté des symptômes de syphilis secondaire. Sur 146 paralytiques généraux syphilisés, Mendel en a donc trouvé 109, c'est-à-dire 75 pour 100, ayant présenté des accidents secondaires.

Cette fréquence chez les paralytiques de la syphilis, a fait élever, par les auteurs allemands, cette affection du rang de cause occasionnelle à celui de cause prédisposante. On lit, en effet, dans la dernière édition du Traité de Krafft-Ebing (1888), que pour Rieger, les chances de devenir paralytique étant de 16 à 17 fois plus grandes chez le syphilisé que chez l'individu indemne de vérole, l'influence prépondérante de la syphilis sur la paralysie générale présente les mêmes analogies que celle sur le tabes; un autre médecin aliéniste, Graf, a trouvé 40 pour 100 de paralytiques présentant des traces de syphilis, etc.

Ce sont là des chiffres éloquents; aussi Mendel n'hésite pas à tirer la conclusion suivante: « La syphilis peut à elle seule produire une encéphalite interstitielle. » Plus loin, il est vrai, il admet une pathogénie indirecte. « Dans un grand nombre de cas, dit-il, on peut admettre qu'une disposition syphilitique du cerveau, latente jusque-là, se réveille sous l'influence d'une cause morbifique autre, agissant sur cet organe; qu'il se produit une irritation consécutive, pour faire réapparaître la disposition assoupie; que, dans ce cas, par conséquent, le virus syphilitique à lui seul n'aurait pas produit la maladie. Il faut enfin admettre aussi que certaines causes, considérées comme productrices de la paralysie, la provoqueront plus facilement dans un organisme affecté de diathèse syphilitique et présentant par suite moins de résistance qu'un organisme sain » (p. 250).

L'école allemande fait donc une très grande place à la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale; une place non moins grande lui est donnée par certains aliénistes américains et anglais (voy. *Syphilis et folie*. Revue critique, par M. le docteur V. Parent, in *Annales médico-psychologiques*, n° de novembre, 1888), et par les syphiligraphes français (Alfred Fournier, *La syphilis du cerveau*, p. 337 et suiv.). Les aliénistes français se sont jusqu'ici montrés opposés à cette manière de voir. Comme nous l'avons dit dans un précédent article (voy. *Gazette hebdomadaire*, n° 45), leurs statistiques sont moins démonstratives que celles que nous venons de citer; rares sont les syphilisés observées par M. Christian chez ses malades de Charenton, et par le docteur Arnaud chez les paralytiques des asiles de la Seine. On ne saurait donc d'après cela invoquer la syphilis comme une influence pathogénique d'une valeur considérable et l'on souscrit volontiers à ces paroles de M. Mesnet: « Le développement de la paralysie générale ne semble donc point avoir une origine spécifique; elle naît sur un terrain préparé par des causes multiples, qui toutes concourent vers le même but par leur résultante commune: *la perturbation profonde de l'innervation qu'elles déterminent*; que ces causes soient: excès, fatigues physiques ou morales, alcoolisme ou syphilis, elles enfantent la paralysie générale sans qu'aucune d'elles puisse avoir le rôle personnel de cause à effet. »

Mais il y a un criterium, celui fourni par la maxime: *Naturam morborum ostendunt curationes.* Si donc la paralysie générale est dans la majorité des cas tributaire de la syphilis, le traitement antisyphilitique doit en faire la preuve. Il n'en est rien cependant. On n'en est plus à compter les observations « dans lesquelles la syphilis et la paralysie générale ont évolué simultanément chez le même malade, comme deux maladies distinctes, indépendantes l'une de l'autre; la première se modifiant, se guérissant par un traitement spécifique bien dirigé; la seconde continuant sa marche lente et progressive, indifférente à l'action de la médication iodurée ».

---

ans, et, dans l'un comme dans l'autre cas, il restera ce qu'il est. Toute autre aspiration, quelque légitime qu'elle soit, lui est défendue; il faut qu'il attende, attaché au même sol, l'époque lointaine où l'ancienneté l'élèvera sur place à une classe supérieure. Aussi, moins favorisé que ses collègues étrangers, dont les ressources pécuniaires sont en grande partie en raison directe de la valeur de leur enseignement; obligé, pour acquérir ou conserver une modeste aisance, de chercher d'autres ressources, il s'adonne à la clientèle, lui consacre la plus grande partie de ses jours et parfois de ses nuits, et oublie que le lendemain les élèves l'attendent et qu'il a une clinique à faire. Le roulement sans doute, comme le croit le professeur Leloir, remédierait peut-être à cet état de choses regrettable, qui cause l'étiolement de certaines de nos Facultés *provinciales;* mais il y a autre chose à faire, et le recrutement actuel du corps professoral a sa part de responsabilité dans cette situation déplorable. En province, il est des Facultés qui sont émancipées et qui rivalisent avec la Faculté de Paris, mais il en est encore, malheureusement, qui ne sont pas mûres pour la décentralisation; celles-là ont toujours besoin de l'œil vigilant et de la main protectrice d'un tuteur. Certaines de nos villes universitaires n'ont ni corps de l'internat, ni corps médico-chirurgical des hôpitaux, ces pépinières si riches à Paris et à Lyon, et où se recrutent le corps enseignant, ou tout au moins ces corps n'ont aucune tradition, aucune autorité et méritent à peine leur nom. C'est là un état fâcheux, déplorable, sur lequel nous appelons de toutes nos forces l'attention de l'autorité supérieure, car un bon interne devient un bon médecin des hôpitaux, et celui-ci, lorsqu'il a un service en mains bien organisé et ouvert aux élèves, rivalise souvent en ardeur et en travail avec les cliniques officielles voisines. Celui qui a fréquenté les hôpitaux de Paris et de Lyon sait quel profit retirent la science et l'enseignement de cette émulation rivale et réciproque.

L'enseignement dans notre pays n'est donc pas parfait, et

II

Les partisans de la nature syphilitique de la paralysie générale font valoir, en faveur de leur opinion, deux catégories de faits. D'abord les lésions de la syphilis cérébrale peuvent produire un complexus symptomatique identique à celui de la paralysie générale, en sorte qu'il se produit une véritable paralysie générale sans la périencéphalite diffuse, ou, selon l'expression usitée, une *pseudo-paralysie générale syphilitique*. De plus, comme on cherche à l'établir, la syphilis constitutionnelle créerait de toutes pièces une paralysie générale qui ne différerait en rien de la paralysie générale classique; elle « serait donc, dans un certain nombre de cas, l'origine, le berceau, d'une nouvelle espèce de paralysie générale, *paralysie spécifique*, confondue jusqu'à ce jour avec la paralysie générale de Bayle et de Calmeil! »

Étudions d'abord ce dernier point, car, s'il venait à être démontré, nous croyons avec M. Mesnet que « l'unité de la paralysie générale serait, de ce fait, sérieusement compromise et nous ne tarderions pas à voir l'envahissement de la syphilis dans son domaine lui porter les plus graves atteintes! »

L'anatomie pathologique et la clinique procurent des éléments de défense suffisants, que M. Mesnet a heureusement groupés et que nous ne saurions mieux faire que de reproduire.

Sur le premier point: « Les lésions anatomiques de la paralysie générale classique étant parfaitement connues et déterminées, il s'agissait de savoir si le processus syphilitique se traduit également par des lésions diffusées, semblables à celles de la paralysie générale, et occupant d'emblée les méninges, ainsi que les couches superficielles du cerveau? La lésion débuterait-elle par une endartérite spécifique du réseau capillaire de l'écorce (1), qui, dans son extension périphérique, serait suivie d'une prolifération dans la névroglie?

« Ou bien y aurait-il des lésions de la névroglie liées directement à la présence du virus dans le sang, qui se généraliseraient d'emblée dans les couches superficielles?

« Autant de questions sur lesquelles l'opinion des anatomistes et des micrographes est loin d'être d'accord et dont la solution pourrait bien rester longtemps encore indécise! »

Et « cependant, ajoute avec raison M. Mesnet, je ne puis passer outre sans signaler l'importance extrême qu'il y aurait à savoir si les lésions cérébro-spécifiques réalisent le consensus anatomo-pathologique de *notre* paralysie générale, car celle-ci serait alors destinée à disparaître, ou à peu près, du cadre nosologique, du jour où il sera démontré que la syphilis est le facteur nécessaire, indispensable à son développement. »

La démonstration tirée de la clinique est moins décisive encore. Ces paralysies générales spécifiques se distinguent-elles au point de vue symptomatologique de la paralysie générale classique? Et en quoi? — Lui sont-elles au contraire identiques? Le tableau clinique qu'on en donne ne fournit pas de réponses bien nettes à ces diverses questions.

Nous pouvons donc déjà poser ces deux conclusions:

1° La syphilis ne peut, à elle seule, produire la paralysie générale classique;

2° Il n'existe pas de paralysie générale spécifique.

Mais il reste un dernier point à élucider. De nombreux faits d'encéphalite syphilitique se présentent avec une symptomatologie, ayant de nombreuses analogies avec celle de la paralysie générale. Qu'ont-ils de commun avec celle-ci? Et en quoi diffèrent-ils?

III

Il s'agit de rechercher le diagnostic différentiel, anatomique et clinique, entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale. M. Mesnet l'a établi d'une façon magistrale dans son remarquable rapport et il nous suffira pour cette étude de lui en emprunter les traits principaux.

Au début, la syphilis cérébrale « se traduit le plus souvent par une lésion limitée, à marche lente et progressive, qui pourra pendant longtemps rester méconnue, qu'elle soit exostose de la boîte crânienne, gomme de la dure-mère, plaque scléreuse des méninges, gomme ou artérite des membranes des vaisseaux. Ces diverses lésions, n'ayant en général d'autres symptômes que de la céphalée, de la pesanteur de tête, un léger engourdissement, passeront le plus souvent inaperçues jusqu'au moment où elles porteront atteinte au cerveau et provoqueront ainsi dans la région avec laquelle elles sont en rapport des effets de voisinage relevant du cerveau lui-même. Qu'une gomme se développe vers la voûte du crâne (et c'est là leur siège d'élection), elle pourra longtemps être indifférente, sans produire aucun

(1) C'est l'opinion de Mendel, qui trouve l'influence prédisposante de la syphilis dans les altérations des vaisseaux, qui seraient réellement produites par le virus spécifique (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1885, p. 33 et 34).

---

ce que dit le professeur Leloir de l'enseignement dermato-syphiligraphique est incontestablement applicable à d'autres branches de l'enseignement médical en province, car, je le répète, la Ville de Paris est par rapport à la Province, dans des conditions aussi exceptionnelles au point de vue de l'enseignement qu'elle l'est au point de vue politique ou artistique.

Nous pouvons mieux, nous pouvons davantage, et, pour arriver à ce résultat, nous n'avons qu'à vouloir, comme le dit fort bien M. Leloir, qu'à savoir tirer parti, au lieu de les gaspiller, des immenses ressources que renferme la France en hommes et en choses. Ce n'est pas que l'Etat et les grandes villes ne se soient imposé d'énormes sacrifices pour nous mettre à niveau; mais les meilleures volontés et les plus vigoureux efforts se brisent contre l'inertie du grand nombre, et toute la force vive dont chacun de nous peut disposer à son heure se perd en frottements sans nombre. La lassitude survient et, avec elle, le « sommeil régulier ». Aussi, quand on envisage les résultats acquis, on est frappé de stupéfaction.

Les principales mesures proposées par le professeur Leloir pour améliorer l'enseignement de la dermato-syphiligraphie en France sont les suivantes:

1° Création d'une chaire magistrale de cliniques des maladies cutanées et syphilitiques dans chacune des Facultés de médecine françaises;

2° Séparation de la chaire de dermatologie et de syphiligraphie de Paris en chaire de dermatologie et en chaire de syphiligraphie et maladies vénériennes;

3° Création d'un concours spécial d'agrégation de dermatologie et de syphiligraphie avec épreuves de médecine générale au début (éliminatoires);

4° Adjonction à chaque professeur titulaire d'un ou de plusieurs agrégés destinés à l'aider, à compléter son enseignement, à le suppléer et à lui succéder;

5° Affectation, dans les grandes villes universitaires, à ces

accident inflammatoire consécutif, ainsi que nous le démontre la clinique pour la plupart des tumeurs crâniennes à évolution lente ; mais qu'elle détermine un certain degré d'irritation sur les méninges, de congestion, d'hypérémie, ce nouveau processus aboutira au développement d'une méningite, *méningite deutéropathique*, qui aura pour résultat une prolifération cellulaire sur les membranes, et par suite des adhérences entre elles et le cerveau, au voisinage de la lésion. »

A ce tableau opposez la description des lésions de la paralysie générale classique ; au lieu de lésions circonscrites, localisées, foyers isolés ou multiples, ne provoquant que secondairement des troubles méningitiques, vous trouverez des lésions étendues, diffusées à la surface cérébrale, qui est profondément désorganisée, ramollie, dissociée, etc.

Que les unes et les autres de ces lésions, intéressant les mêmes organes, puissent produire les mêmes troubles fonctionnels, on ne s'en étonnera pas. Mais cependant il existe des éléments différentiels au point de vue du début, de la marche et de la terminaison, que certains auteurs ont notés avec soin (1), et qui permettent de distinguer entre deux malades, celui qui est atteint d'une paralysie générale classique et celui dont les troubles cérébraux sont dus à des lésions syphilitiques.

« La paralysie générale a, le plus souvent, une longue période initiale, dans laquelle les goûts changent, l'humeur s'altère, les sentiments affectifs se modifient, le caractère se transforme et cela longtemps avant les premières manifestations délirantes.

« La syphilis cérébrale peut avoir les mêmes prodromes dans sa période de début ; mais, le plus souvent, leur durée est plus courte, et le délire qui leur succède se manifeste en même temps que des attaques convulsives, apoplectiformes. Nous pouvons donc dire d'une manière générale : que la syphilis, après quelques prodromes, ou brutalement à la suite d'attaques épileptiformes, arrive au délire avec excitation cérébrale, mais plus ordinairement avec dépression intellectuelle, avec embarras de la parole, inégalité pupillaire, auxquels se joignent des paralysies variées : monoplégie, hémiplégies, parésies oculaires, — accidents exceptionnels dans le cours de la paralysie générale.

« A cette période où les symptômes similaires rendent le diagnostic différentiel à peu près impossible, on peut cependant noter quelques dissemblances dans la marche des deux maladies ; d'un côté, marche lente et progressive conduisant fatalement à la *démence* ; de l'autre côté, marche irrégulière, mais coordonnée, souvent rapide, accomplissant en quelques semaines les étapes que la paralysie générale met plusieurs mois à parcourir.

« Arrivées l'une et l'autre à la démence confirmée, les deux maladies se confondent encore dans *la nullité de l'être pensant, sentant, agissant*, avec cette différence toutefois que la paralysie générale, ne cessant d'être progressive, poursuit fatalement sa marche destructive, tandis que la syphilis peut avoir des arrêts qui immobilisent le malade pendant de longues années, si les lésions deutéropathiques qu'elle a produites ne viennent précipiter sa fin. »

Il y a là déjà des différences suffisantes pour distinguer le syphilitique cérébral (pseudo-paralytique général syphilitique, de Fournier), du paralytique général classique ; mais il en est d'autres non moins importantes que donne une étude attentive des conceptions délirantes. M. Fournier avait déjà remarqué (*loc. cit.*, p. 351) que, chez ses malades atteints de pseudo-paralysie générale, il n'avait eu que très exceptionnellement à noter « ce délire spécial de vanité et de grandeur », si caractéristique dans la paralysie générale classique. Et il ajoute, pour bien marquer la différence : « Tout au plus, pour ma part, en ai-je rencontré deux ou trois qui parlaient avec quelque emphase de leur état de santé, de leur vigueur, de leur fortune, de leurs exploits de chasse, etc. En tout cas, les conceptions vaniteuses de nos syphilitiques, alors même qu'elles méritent d'être qualifiées de la sorte, sont bien humbles, bien modestes, bien timides et bien fugaces aussi, relativement à celles des fous paralytiques. Et d'ailleurs, — pour le répéter encore, — sinon toujours, au moins presque toujours, le délire de la syphilis est absolument exempt de divagations ambitieuses propres au délire de la paralysie générale. »

C'est à peu près l'opinion de Schüle, qui dit (*loc. cit.*, p. 379) que le délire ambitieux « se réduit le plus souvent à une certaine expansion démente, qui fait que le malade se trompe sur son état et détermine une satisfaction tranquille sans désirs et sans plaintes ». C'est aussi celle de M. Mesnet qui, mettant en opposition au point de vue du délire, un paralytique et un syphilitique, nous montre le premier, plein d'expansion, racontant à qui veut les écouter, ses fantastiques projets, se vantant de ses talents, distribuant

(1) Cf. Fournier, *La syphilis du cerveau*, p. 350 et suiv. ; H. Schüle, *Traité clinique des maladies mentales*. Traduction française, par MM. les docteurs Dagonet et Duhamel, p. 378. Paris, 1888.

---

agrégés des services hospitaliers qui n'appartiennent pas aux cliniques officielles ;

6° Roulement des professeurs de Faculté à Faculté, comme cela existe dans toutes les Universités européennes, comme cela existe chez nous pour les Facultés des sciences, des lettres et de droit ;

7° Stage obligatoire des élèves dans les cliniques dermato-syphiligraphiques et épreuves de dermatologie et de syphiligraphie aux examens ;

8° Amélioration des services cliniques (local suffisant et mieux aménagé, laboratoire, salle de polyclinique, chef de clinique, etc.).

. . . .

Aide et appui suffisants donnés aux missions scientifiques, crédits affectés aux Facultés plus élevés ou mieux répartis ; travaux des laboratoires publiés à l'aide d'un crédit spécial affecté à l'Université et crédits suffisants pour les recherches personnelles du professeur et de ses élèves... Enfin, le professeur Leloir demande comme mesures extra-universitaires : 1° que les dispensaires spéciaux soient donnés au concours ; 2° que les locaux et les soins hospitaliers soient améliorés en ce qui concerne les maladies cutanées et vénériennes ; 3° la création dans les hôpitaux d'étuves à désinfection ; 4° que le professeur des maladies cutanées et syphilitiques soit appelé dans les conseils d'hygiène préfectoraux avec voix consultative.

. . . .

Toutes ces mesures d'amélioration proposées par le professeur Leloir seraient incontestablement d'un excellent effet. Moi aussi je réclame le concours, non seulement pour les dispensaires spéciaux, mais pour tous les dispensaires et bureaux de bienfaisance, car j'estime que le pauvre a droit, lui aussi, a être traité par le médecin le plus instruit et le plus compétent. Ces concours existent à Paris, à Lyon, etc., il est de l'intérêt de tous qu'ils existent dans toutes nos grandes villes, spécialement nos villes universitaires.

des décorations, répandant ses bienfaits sur l'humanité entière; tandis que le second, d'une activité cérébrale moindre, est plus modeste dans ses idées vaniteuses, il est plus engourdi qu'excité; « et si, dans les écarts de son esprit, vous faites appel à sa raison, vous trouvez en lui des ressources que le paralytique n'a plus. »

Nous poserons donc une troisième conclusion: Il n'est pas possible de confondre la paralysie générale avec la syphilis cérébrale ou pseudo-paralysie générale syphilitique.

IV

La syphiligraphie a fait de nombreux progrès depuis un demi-siècle; ses conquêtes sur l'inconnu sont de la plus grande importance. Mais comme tous les conquérants, elle se trouve à l'étroit sur son domaine, quelque étendu qu'il soit, et cherche sans cesse autour d'elle à faire des annexions. Hier, c'est le tabes qu'elle s'est appliquée à absorber; aujourd'hui, c'est la paralysie générale.

L'ataxie locomotrice a trouvé des défenseurs parmi les neuro-pathologistes: MM. G. Ballet et L. Landouzy, entre autres, ont brillamment fait valoir le rôle de l'hérédité nerveuse contre celui de la syphilis (voy. *Du rôle de l'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive*, in *Annales médico-psychologiques*, n° de janvier 1884).

M. Mesnet vient à son tour de défendre avec succès la médecine mentale contre les envahissements de la syphiligraphie; il a démontré — et nous avons essayé de le faire après lui — que la paralysie générale n'a pas une origine syphilitique; qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de décrire une paralysie générale spécifique et qu'il existe des éléments de diagnostic différentiel suffisants pour ne pas confondre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.

Le savant médecin de l'Hôtel-Dieu a donc toute raison de conclure: « que la méningo-péri-encéphalite diffuse réalise, dans l'espèce, les symptômes d'apparence la plus contradictoire; qu'elle a son unité anatomique, comme la syphilis cérébrale a la sienne; enfin, que la paralysie générale de Bayle, Delaye, Calmeil, est et restera, dans le cadre nosologique, une des gloires de la médecine française de notre siècle, à côté des grandes découvertes de Laennec, de Louis et de Bouillaud. »

Ant. Ritti.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Du lymphome malin et de son traitement par les injections interstitielles d'arsenic, par M. Henri Barth, médecin de l'hôpital Tenon.

(Fin. — Voyez le numéro 48.)

Obs. II. — Mme G., âgée de quarante-six ans, atteinte d'une lymphadénie à marche lente datant de quatorze années, m'est adressée en novembre 1887 par M. le docteur Besnier.

Cette dame, bien portante pendant son enfance, s'est mariée de bonne heure, a eu en peu d'années plusieurs enfants et a vu sa santé s'altérer progressivement depuis cette époque. Très arthritique et très nerveuse, elle est sujette depuis plus de vingt ans à l'acné du visage, à l'angine glanduleuse, à la ménorrhagie et surtout à des migraines d'une violence excessive qui se répètent à propos de la moindre fatigue ou de la plus légère émotion. Il y a environ quatorze ans, sans cause bien définie, elle a vu se développer au côté gauche du cou des glandes indolentes qui ont augmenté très lentement de volume, restent parfois stationnaires pendant des mois et même des années, puis s'accroissent tout à coup d'une manière appréciable. Depuis le même temps à peu près, Mme G. souffre d'une diarrhée chronique, peu intense, mais persistante, caractérisée par une véritable hypérémie intestinale, avec contractilité exagérée, donnant lieu plusieurs fois par jour à des selles liquides, presque séreuses, d'abondance médiocre. Cette diarrhée augmente sous l'influence du moindre écart de régime et même de la plus légère émotion; elle a été combattue sans succès par une infinité de traitements; elle n'est enrayée que par l'opium, dont Mme G. fait un usage quotidien, sous forme de lavements laudanisés et de pilules d'extrait thébaïque. La persistance de ces accidents a déterminé peu à peu une déchéance assez marquée de la santé générale, avec apathie physique et morale. D'autre part l'accroissement de l'adénopathie cervicale a été plus rapide dans ces dernières années; une glande a paru du côté droit, jusqu'alors indemne, et depuis quelques mois Mme G. est affectée d'une aphonie incomplète avec raucité et caractère bitonal de la voix qui paraît imputable à une compression du nerf récurrent et à une parésie consécutive de la corde vocale.

A mon premier examen (30 novembre 1887) je constate l'état suivant: la peau de la région cervicale gauche est soulevée par plusieurs petites tumeurs ganglionnaires indépendantes les unes des autres et formant quatre groupes principaux. Le premier (le plus ancien au dire de la malade) est situé sous le muscle sterno-mastoïdien vers sa partie supérieure à trois travers de doigt au-dessous de l'apophyse mastoïde; gros comme un œuf de pigeon, il est formé de plusieurs glandes dures, serrées les unes contre les autres, sans adhérence aux parties voisines, mais peu mobiles en raison du muscle qui les bride en passant au-devant d'elles et assez sensibles au palper. Deux autres tumeurs un peu moins volumineuses sont situées dans la région

---

Améliorer les locaux et les soins hospitaliers en ce qui concerne les maladies dermato-syphilitiques serait sans doute excellent, mais chacun pensera peut-être avec moi qu'améliorer les locaux et les soins hospitaliers en ce qui concerne les *maladies contagieuses* de toutes sortes, des adultes ou des enfants, serait mieux.

Avec H. Leloir, je crois qu'il est urgent que les crédits, dans nos Facultés de médecine, soient mieux répartis et qu'ils soient moins gaspillés ou utilisés mal à propos; avec lui, je réclame un budget plus élevé pour les recherches personnelles du professeur et de ses élèves, et je serais très heureux personnellement de voir l'Etat donner des bourses de voyage et de séjour à l'étranger aux jeunes médecins qui se destinent à l'enseignement; comme lui, je crois que le roulement des professeurs dans les Facultés de médecine ne pourrait créer qu'une émulation salutaire, l'exemple de nos Facultés des sciences, des lettres et de droit, et celui des Universités allemandes sont là pour le prouver; mais il reste à se demander si ce roulement est universellement praticable dans l'état actuel de l'organisation de l'enseignement médical dans notre pays.

Et d'autre part, le roulement remédierait-il à tout? Pour mon compte, j'estime que notre enseignement médical a besoin de mesures modificatrices plus radicales. Il y a beaucoup trop de chaires dans nos Facultés de médecine provinciales, ce qui contribue à diminuer le prestige professoral et à *abaisser* le niveau de l'enseignement. Je ne puis m'étendre aujourd'hui sur cette question, mais je dis que les chaires, outre les chaires indispensables (anatomie, physiologie, anatomie pathologique, cliniques, etc.), *devraient être exclusivement créées pour les hommes et s'éteindre avec eux.* Quant à l'enseignement que j'appellerai volontiers secondaire dans une Faculté de médecine, j'estime qu'il peut être parfaitement rempli par des agrégés chargés de cours. Ce serait même là un moyen pour les agrégés de montrer leur valeur et leurs aptitudes professorales.

sous-hyoïdienne, l'une au voisinage du larynx et des premiers anneaux de la trachée, l'autre un peu plus haut et plus en dehors, près du bord extérieur du sterno-mastoïdien; cette dernière est en partie recouverte par la veine jugulaire externe qui la croise obliquement; enfin, la quatrième tumeur est formée par un seul ganglion de forme ovale, du volume d'une grosse noix, très superficiellement situé dans le creux sus-claviculaire à peu de distance de la fourchette sternale. Ces trois derniers groupes sont moins durs que le premier, les glandes qui les composent sont rénitentes, élastiques, assez mobiles et à peu près indolentes à la pression. Quant à la région cervicale droite, elle semble au premier abord entièrement libre; néanmoins on constate que le corps thyroïde est légèrement hypertrophié de ce côté, et que son lobe droit est surmonté d'une saillie grosse comme une forte amande, offrant exactement la même consistance que les tumeurs inférieures du côté gauche et paraissant formée comme celles-ci par un ganglion lymphatique hypertrophié.

Le larynx est légèrement dévié à droite; la malade tousse peu et n'a pas de dyspnée habituelle, mais sa voix est faible, changeante, quelquefois tout à fait voilée. L'examen laryngoscopique révèle une paresse assez marquée de la corde vocale gauche, qui se contracte imparfaitement et n'atteint pas la ligne médiane. Il n'y a pas d'hypertrophie des amygdales, mais des granulations adénoïdes assez volumineuses, avec vascularisation exagérée du pharynx.

En examinant avec soin la poitrine, on constate sous la clavicule gauche, vers son extrémité interne, une légère diminution du son, avec respiration rude et un peu humée, mais ces phénomènes ne sont pas assez accentués pour permettre d'affirmer qu'il existe une compression bronchique. Le cœur paraît normal, en dépit d'une tendance marquée aux palpitations. L'abdomen est un peu ballonné, sans rénitence; la rate et le foie semblent normaux. Comme on l'a dit plus haut il existe des troubles digestifs très tenaces, caractérisés surtout par une diarrhée presque permanente, avec coliques et exagération du péristaltisme intestinal; la nuit la malade est réveillée par des borborygmes, des contractions irrégulières de l'intestin, bientôt suivies d'un besoin irrésistible d'aller à la selle; il y a en moyenne deux ou trois garde-robes liquides par jour, surtout la nuit et immédiatement après les repas; ce nombre augmente au moindre écart de régime ou d'hygiène, ou quand la malade essaye de suspendre l'usage de l'opium qui seul paraît lui faire du bien. Ces symptômes ont fait diagnostiquer par plusieurs médecins, notamment par M. le professeur Potain, l'existence d'une lymphadénie intestinale.

Malgré ces troubles, l'état général s'est maintenu assez bon jusqu'à présent: l'appétit est passable; la maigreur, bien qu'assez prononcée, n'est pas excessive. Il y a un peu d'anémie, mais pas d'augmentation du chiffre des globules blancs. Mme G. a habituellement le sang à la tête, et présente une acné variqueuse assez prononcée de la face; les veines superficielles du cou sont dilatées, surtout à gauche, ce qui révèle une certaine gêne de la circulation en retour. Les règles, très régulières, sont abondantes et accompagnées de phénomènes d'excitation nerveuse, ou au contraire d'un abattement très pénible. Nous avons déjà signalé la fréquence des migraines.

En présence de cette situation, je conseillai, d'accord avec M. Besnier, le traitement arsenical *intrus et extra*. La malade avait déjà essayé plusieurs fois, sans succès, de prendre des préparations arsenicales à l'intérieur: une seule goutte de liqueur de Fowler suffisait à redoubler la diarrhée, quel que fût l'excipient employé. Quant aux injections interstitielles, avant de s'y résoudre elle demanda quelques semaines de réflexion.

Un mois plus tard, le 23 décembre 1887, les tumeurs ganglionnaires paraissant s'accroître et la dysphonie faisant chaque jour des progrès, Mme G. se décida à accepter le traitement. Les injections interstitielles pratiquées avec les plus minutieuses précautions, furent commencées à la dose de deux gouttes de liqueur de Fowler par jour et continuées à dose croissante, d'abord tous les jours, puis trois fois par semaine. Quant à faire prendre de l'arsenic par la bouche, après une nouvelle tentative aussi infructueuse que les précédentes, il fallut y renoncer. On se contenta donc des injections interstitielles pour tout traitement.

Sauf quelques interruptions nécessitées par les crises menstruelles, on les a continuées assez régulièrement depuis la fin de décembre jusqu'à la fin de mai.

Malgré l'extrême susceptibilité de Mme G., à tout moyen thérapeutique, les piqûres ont été en somme bien supportées. Chaque injection déterminait sur le moment une sensation de brûlure vive mais de courte durée: dans la journée et vers le soir, il y avait parfois (non toujours) des douleurs névralgiformes assez violentes, non seulement dans la région touchée, mais dans toute la sphère du nerf trijumeau. Jamais il n'y a eu ni abcès, ni même un gonflement inflammatoire un peu intense des ganglions traités, bien qu'on ait fait plus de quatre-vingts injections et que la dose de liqueur de Fowler introduite chaque fois se soit élevée jusqu'à douze gouttes dans les derniers mois du traitement.

Les phénomènes généraux déterminés par l'imprégnation arsenicale ont été plus accentués; ils se sont manifestés très peu de jours après le début des injections. Ils ont consisté surtout en une excitation fébrile (sans élévation réelle de la température), qui débutait vers cinq heures du soir et se prolongeait pendant toute la nuit; la malade se plaignait alors de chaleur et de lourdeur à la tête, de palpitations, de battements dans les tempes et dans toutes les grosses artères, enfin d'un accablement qui la rendait incapable de s'occuper à rien. Ces troubles ont diminué d'intensité quand on n'a plus fait d'injections que tous les deux jours; ils disparaissaient pendant le jour intercalaire pour se montrer de nouveau après chaque nouvelle piqûre. Vers la fin du troisième mois de traitement ils ont à peu près cessé.

C'est vers la même époque, c'est-à-dire à la fin de mars 1888, que les résultats thérapeutiques, jusqu'alors peu appréciables, ont commencé à se manifester. Les ganglions cervicaux ont diminué notablement de volume; les deux groupes antérieurs ont même à peu près disparu. En même temps la voix est redevenue beaucoup plus forte, plus timbrée, et a perdu entièrement son caractère bitonal. En examinant le thorax on constate que la sonorité et la respiration sont parfaitement égales sous les deux clavicules. Ce n'est pas tout: les troubles digestifs ont notablement diminué d'intensité; les crises de diarrhée sont moins fortes et moins fréquentes, enfin Mme G. a repris des forces et

---

Je termine par un mot sur le concours de l'agrégation.

Comme le professeur H. Leloir, j'estime que le concours actuel de l'agrégation ne répond pas tout à fait aux besoins de l'enseignement. A mon avis, il doit être modifié, et si ce principe était admis, je proposerais l'organisation suivante: les concours d'agrégation continuent à avoir lieu à Paris; ils comprennent: 1° des *épreuves générales*, les mêmes pour tous les candidats, et toutes les sections, épreuves éliminatoires; 2° des *épreuves spéciales* en rapport avec la section et la spécialité des candidats. Il y aurait ainsi lieu pour tous de montrer de solides qualités d'*instruction générale* (il n'est pas mauvais, quoi qu'on en dise, d'être un peu encyclopédiste), et ensuite de faire preuve d'une *instruction spéciale* approfondie. De cette façon on éviterait les spécialisations hâtives et préjudiciables à l'instruction générale, chose qu'on n'a pas tout à fait su éviter au delà du Rhin.

Bref, sans aucun doute, notre enseignement médical a grandement besoin de réformes, et le professeur Leloir doit être justement félicité d'avoir arboré le drapeau de l'avant-garde en ce qui concerne l'enseignement de la dermato-syphiligraphie; mais, lorsque je vois dans la brillante École de médecine parisienne des hommes comme les professeurs Charcot, Ch. Bouchard, Verneuil, Le Fort, Trélat, Cornil, Mathias Duval, etc., je me rassure; j'ai confiance d'autres part, en ces hommes éclairés et dévoués à la cause de l'enseignement supérieur qui sont au ministère de l'instruction publique, et j'ai foi dans le génie de la patrie des Bichat et des Laennec, des Claude Bernard et de l'illustre Pasteur.

Ch. DEBIERRE,
professeur à la Faculté de médecine de Lille.

accuse une sensation de bien-être et d'activité qu'elle n'avait plus depuis de longues années.

L'amélioration a continué jusqu'à la fin de mai, époque où le départ de Mme G. pour la campagne a mis fin au traitement. A ce moment j'ai fait une nouvelle tentative pour lui administrer, par la bouche, un peu de liqueur de Fowler, diluée et associée à de la teinture de badiane; j'ai dû encore y renoncer en présence de l'intolérance des voies digestives.

Il y a un mois environ, vers le 20 octobre, j'ai revu Mme G., elle a passé un assez bon été et n'a pas reperdu le terrain gagné, mais les tumeurs ganglionnaires sont restées ce qu'elles étaient au mois de mai et il est évident qu'une nouvelle série d'injections serait nécessaire pour achever la cure et pour se mettre à l'abri d'un retour offensif du mal.

Obs. III. — Le nommé T... (Joseph), âgé de quarante-cinq ans, journalier, entre le 18 janvier 1888 dans mon service à l'hôpital Tenon, salle Pidoux, n° 5.

Cet homme, de taille et de constitution robustes, a vu, il y a six mois, sans cause connue, des glandes se développer sous sa mâchoire, d'abord à droite, puis à gauche; en même temps il a eu sur les lèvres et dans le nez une éruption dont il porte encore les traces. Comme il souffrait peu et qu'il avait besoin de travailler pour nourrir sa famille, il a différé jusqu'à présent de se faire soigner et ne s'y décide qu'en raison du volume toujours croissant de la tumeur.

Dans les antécédents on ne trouve rien d'important à signaler. Le malade a fait sept ans de service militaire; il a eu des blennorrhagies, mais jamais de chancre, jamais d'éruptions cutanées, ni de maux de gorge. Il assure s'être toujours bien porté du reste. Il n'a jamais eu ni bronchites, ni fièvres intermittentes. Il nie tout excès de boisson. Il a quatre enfants sains; depuis sa libération du service, il habite Paris.

Au premier coup d'œil on est frappé par l'aspect singulier du facies, dont la forme rappelle celle d'une poire. Cette apparence est due à un énorme collier de tumeurs ganglionnaires qui remplit la région sous-maxillaire et la déborde des deux côtés. Les glandes qui le composent, et dont le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'un petit œuf de pigeon, sont de forme sphérique ou ovalaire, rénitentes, légèrement élastiques, nullement douloureuses à la pression. Elles n'adhèrent ni aux téguments, ni aux parties profondes et se distinguent aisément les unes des autres; elles roulent facilement dans le tissu cellulaire lâche qui les entoure. La peau qui les recouvre ne présente aucune altération.

Tout le long des régions latérales du cou, jusqu'aux creux sus-claviculaires, la palpation permet de reconnaître d'autres groupes de ganglions, en général moins volumineux, mais offrant les mêmes caractères que ceux décrits ci-dessus.

Dans les aisselles on sent aussi des glandes hypertrophiées: à droite, il y en a deux, dont l'une grosse comme une noix, l'autre comme une lentille; à gauche, on en distingue trois, du volume moyen d'une cerise. Rien dans les régions épitrochléennes. Aux aines, quelques ganglions durs ne dépassant pas sensiblement le volume normal; rien dans les creux poplités.

Il n'y a pas d'hypertrophie appréciable de la rate, ni du foie.

Le malade a la face congestionnée; la lèvre supérieure et l'orifice des narines présentent une tuméfaction assez marquée avec érosion eczémateuse de la peau; l'intérieur du nez est obstrué par des croûtes brunâtres.

Ces parties et les régions adjacentes des joues sont le siège d'une hyperesthésie extrême. La lèvre inférieure est saine.

Il est impossible de savoir si cet eczéma a précédé le début de l'adénopathie sous-maxillaire ou lui est consécutif. Le malade croit les deux lésions contemporaines; ses souvenirs semblent du reste assez confus.

A l'inspection de la bouche on constate que les dents sont très usées, mais ne présentent ni chicots, ni pointes aiguës. Il n'y a pas de périostite alvéolo-dentaire. Sauf un peu de rougeur au niveau de la lèvre supérieure, la muqueuse buccale est saine; elle n'offre aucune érosion, aucune solution de continuité. Les amygdales ne sont pas hypertrophiées.

Depuis quelque temps le malade éprouve de la dyspnée en montant les escaliers; il n'y a pas de troubles de la voix, pas de dysphagie. Le tube laryngo-trachéal ne paraît pas comprimé; l'examen du thorax ne révèle rien d'anormal.

Les battements et les bruits du cœur sont normaux; il n'y a pas de fièvre. L'appétit est conservé, les fonctions digestives s'exercent normalement. Les urines ne contiennent pas d'albumine; il n'y a pas d'excès de globules blancs dans le sang.

Le traitement institué aussitôt comprend: 1° une injection interstitielle de dix gouttes de liqueur de Fowler, pratiquée chaque jour dans l'un ou l'autre des ganglions les plus volumineux; 2° une potion quotidienne renfermant dix gouttes de teinture de noix vomique et dix gouttes de liqueur de Fowler, à prendre par moitié avant chaque repas.

La dose interne de solution arsenicale a été élevée de deux gouttes tous les cinq jours, jusqu'au chiffre de vingt gouttes, qui n'a pas été dépassé. Quant aux injections, dès la seconde semaine il a fallu se borner à les faire tous les deux jours, l'inflammation devenant rapidement beaucoup trop vive et menaçant de provoquer des abcès.

Pendant le premier mois du traitement, sauf les douleurs assez vives provoquées par les piqûres, le malade n'a pas paru influencé par l'imprégnation arsenicale.

Le 24 février, après la quinzième injection, un ganglion situé à l'angle du maxillaire gauche s'est enflammé fortement; malgré l'emploi de compresses résolutives à l'alcool camphré, un abcès de la grosseur d'une noix s'est formé très rapidement. On l'incise le 27 février et on donne issue à un pus séreux, jaune clair, qui entraîne avec lui des débris blanchâtres évidemment formés par le tissu mortifié du ganglion. En l'espace de deux jours la suppuration est tarie et la fistule se referme d'elle-même.

Le 9 mars, sans cause connue, le malade est pris d'un accès subit d'étouffement avec cornage. Cet accident, qui a fait redouter l'envahissement des ganglions trachéo-bronchiques, ne s'est pas renouvelé depuis.

A partir du 15 mars, bien que les précautions antiseptiques habituelles aient continué à être observées, plusieurs ganglions se sont abcédés successivement, d'abord sous la mâchoire, puis dans les aisselles. Chaque fois la complication a été annoncée en quelque sorte par la douleur persistante que l'injection laissait après elle et par des accès de fièvre vespérale plus ou moins intenses. Si en pareil cas on s'abstenait de faire de nouvelles piqûres dans la glande douloureuse, les phénomènes inflammatoires se calmaient sans disparaître et même au bout de plusieurs semaines une nouvelle injection était presque infailliblement suivie de l'apparition de l'abcès. Ce dernier, ponctionné d'un coup de lancette, laissait échapper une quantité notable de pus séreux et des débris blanchâtres analogues à de la matière caséeuse, mais plus secs et moins friables.

La pression exercée sur les parois du ganglion abcédé faisait sortir des fragments plus volumineux de la même matière jusqu'à ce que la coque fût entièrement vidée; cette dernière se rétractait alors et la cicatrisation s'achevait assez rapidement.

Deux fois seulement, la fistule tardant à se fermer, on eut recours pour la tarir à une injection d'éther iodoformé.

Fait déjà noté par d'autres observateurs, on a vu suppurer plusieurs ganglions dans lesquels il n'avait pas été pratiqué d'injections arsenicales. Ces abcès spontanés ont suivi la même marche que les autres.

Vers la fin de mai (quatre mois après le début du traitement), le malade était très amélioré. Malgré les abcès successifs et les accès de fièvre fréquents qui les ont accompagnés, malgré un peu de diarrhée déterminée par l'usage interne de l'arsenic, les forces ont augmenté. Les tumeurs ganglionnaires du cou ont diminué des deux tiers; la face, dégagée du bourrelet disgracieux qui l'enveloppait, a repris un aspect normal. L'eczéma des narines et de la lèvre supérieure a disparu sans traitement particulier. L'état général et fonctionnel est très satisfaisant.

Pendant le mois de juin les injections furent suspendues pour donner un peu de répit au malade et permettre aux abcès de se fermer; l'amélioration ne fit que s'accentuer davantage.

Vers le 10 juillet il ne restait plus que deux ou trois ganglions assez gros pour permettre une injection.

Le malade demanda à retourner chez lui pour quelques semaines, ce qui lui fut accordé.

Il revint au commencement d'août; bien qu'il eût cessé tout traitement depuis sa sortie de l'hôpital, il n'y avait aucune apparence de récidive; le cou était au contraire entièrement dégagé, ainsi que les creux sus-claviculaires; l'aisselle gauche seule renfermait encore deux ou trois glandes, dont une seule atteignait le volume d'une petite noix. La liqueur de Fowler fut reprise à la dose de dix gouttes par jour et deux injections dans le principal ganglion axillaire furent suivies d'une atrophie rapide de ce ganglion.

Le 4 septembre le malade part pour Vincennes; on le revoit quinze jours après, semblant parfaitement guéri, et ne conservant d'autres traces de sa lymphadénie que six ou sept cicatrices déprimées et un peu d'empâtement inflammatoire du tissu cellulaire sur les côtés du cou. On l'engage à continuer l'usage de l'arsenic et on le laisse retourner à son travail en lui recommandant de revenir à la moindre apparence de récidive.

Le 30 octobre, il rentre à l'hôpital; depuis sa sortie il s'est bien porté, a travaillé régulièrement et sans fatigue, mais il a eu le tort de cesser tout médicament. Depuis une quinzaine de jours il croit s'apercevoir d'un peu de gonflement dans la région sous-maxillaire gauche. En effet il est facile de constater la réapparition en ce point de deux ou trois glandes assez dures, de consistance élastique, tout à fait indolentes à la pression. Il n'y a rien de nouveau dans les autres régions; la rate n'est pas augmentée de volume; aucun signe de généralisation.

Le traitement général et local a été repris aussitôt; pour aller plus vite nous avons commencé d'emblée par injecter seize gouttes de liqueur de Fowler à la fois, mais dès la seconde injection il s'est produit un abcès dans la plus volumineuse des nouvelles glandes; cet abcès a fourni les mêmes grumeaux blanchâtres que nous avons déjà signalés et qui sont formés non par de la matière caséeuse, mais par des débris mortifiés du tissu ganglionnaire. Sauf quelques accès de fièvre légers il n'y a pas eu d'autres complications. Le malade mange de bon appétit et supporte bien ses quinze gouttes de liqueur de Fowler que nous augmentons progressivement. L'inflammation n'étant pas encore tombée, il est impossible de dire actuellement où en sont les ganglions voisins de l'abcès, mais l'expérience nous permet de prédire qu'ils se résorberont rapidement.

A n'examiner que le résultat brut, aucune des trois observations qui précèdent ne peut être considérée comme un succès pour le traitement arsenical, puisque le premier malade est en pleine récidive, que chez la seconde les tumeurs bien que très diminuées ont encore un notable volume, enfin que le troisième, qui, il y a trois mois, pouvait être considéré comme guéri, est de nouveau en traitement pour une repullulation légère des ses lymphomes.

Mais d'un autre côté il est impossible, surtout pour celui qui a suivi les malades, de ne pas être frappé du bénéfice très sérieux qu'ils ont retiré de la médication employée. Dans les trois cas, l'amélioration, bien que lente à se manifester, a été indéniable; à la suite d'une série d'injections suffisamment longue et suffisamment continue, les tumeurs lymphatiques ont rétrogradé d'une façon évidente, et l'amélioration consécutive de l'état général a été assez prononcée pour faire espérer un rétablissement complet.

Malheureusement le traitement a été interrompu trop tôt, un peu en raison de la tendance du médecin à croire l'imprégnation arsenicale suffisante, beaucoup en raison de la répugnance du malade à endurer plus que le strict nécessaire. Car il faut bien le savoir, et c'est là une des pierres d'achoppement du traitement de Czerny et de Winiwarter: c'est qu'il est d'une part très long et d'autre part très pénible, les douleurs névralgiques qui succèdent presque constamment aux injections, les abcès qu'on n'évite pas toujours, la fièvre, etc., tout cela constitue un ensemble de maux que peu de malades ont le courage de supporter. C'est bien pis quand il s'y joint des phénomènes d'intoxication dus aux fortes doses de liqueur de Fowler; il faut que le patient soit bien convaincu de l'importance du but à atteindre et qu'il ait une grande confiance dans son médecin pour ne pas se soustraire à un traitement qui lui semble plus pénible que la maladie elle-même. En dehors des trois malades dont nous avons rapporté l'histoire, deux autres nous ont passé entre les mains qui après quatre ou cinq injections se sont découragés et ont cessé de venir.

Mais ces difficultés ne doivent pas arrêter le médecin, s'il est prouvé ou seulement probable qu'on puisse guérir ou enrayer pour longtemps par cette méthode une maladie qui passait jusque-là pour incurable et qui, abandonnée à elle-même, aboutit presque fatalement à la mort dans un assez court délai.

Or, quoi qu'en disent les adversaires des injections parenchymateuses, à côté de faits où l'amélioration obtenue n'a consisté que dans une diminution de volume des tumeurs *aux points injectés*, il en est d'autres où on a vu tous les ganglions hypertrophiés diminuer et disparaître, alors qu'on n'avait introduit d'arsenic que dans un petit nombre d'entre eux. C'est la preuve évidente qu'il ne s'agit pas exclusivement d'une action résolutive locale (action d'ailleurs certaine et que nous avons vérifiée sur des tumeurs toutes différentes du lymphadénome), mais que l'arsenic attaque avec succès la maladie elle-même et en arrête le développement, tout comme le mercure et l'iodure de potassium arrêtent la marche de la syphilis.

Mais, dira-t-on, si la médication arsenicale était réellement spécifique dans la lymphadénie, comment expliquer les cas assez nombreux dans lesquels on n'a obtenu qu'une amélioration momentanée et très relative et surtout ceux (plus rares, mais indéniables) où le traitement s'est montré absolument inefficace? Nous pourrions répondre à cela que les médicaments même spécifiques, n'ont qu'une puissance limitée, et peuvent échouer quand le mal est trop avancé ou le terrain morbide trop favorable : avec le mercure dans la syphilis, avec la quinine dans les fièvres palustres on a parfois des insuccès qui ne démontrent pas que le remède est inutile, mais seulement qu'il n'est pas infaillible.

Il est un autre argument qui selon nous rend mieux compte de la diversité des résultats, c'est qu'on est encore loin de s'entendre sur la définition du lymphadénome. Beaucoup de médecins englobent sous ce nom toutes les hypertrophies ganglionnaires qui ne sont ni inflammatoires ni scrofulo-tuberculeuses et qui tendent à la généralisation. Or il suffit d'examiner les choses d'un peu plus près pour voir que ces caractères s'appliquent à des faits très différents. Tantôt la maladie débute par une glande unique, qui gagne de proche en proche, adhère plus ou moins à la peau et aux tissus voisins, parfois s'ulcère et donne lieu à de graves hémorrhagies; la généralisation est tardive. D'autres fois tout un groupe de ganglions se tuméfie en même temps, les glandes sont plus ou moins dures, plus ou moins serrées, mais n'adhèrent pas entre elles ni aux téguments; elles ne dégénèrent jamais spontanément; elles ne sont d'abord gênantes que par leur volume, mais ce volume s'accroît souvent très vite, la généralisation est précoce et atteint non seulement les ganglions des autres régions, mais encore la rate, le foie et les autres organes splanchniques; en même temps s'établit une anémie spéciale, presque toujours accompagnée de fièvre, et suivie d'une cachexie profonde et rapide.

Les faits de la première catégorie sont ceux que Winiwarter distingue sous le nom de lymphosarcomes; ils paraissent appartenir à la famille des tumeurs cancéreuses, en tout cas ils en ont la marche et la médication arsenicale ne peut rien contre eux. Les vrais lymphomes (ou lymphadénomes) se trouvent dans la seconde classe; ils constituent l'une des formes de la maladie qui depuis les travaux de Ranvier est connue en France sous le nom de lymphadénie, et qu'à l'étranger on appelle volontiers pseudo leucémie. C'est dans les cas de ce genre que l'arsenic paraît réussir, et (d'après Warfwinge, Mosler et Peiper) il réussirait également dans certains cas de leucémie vraie. Ce fait, s'il était confirmé, fournirait un puissant argument à l'appui de l'opinion du professeur Jaccoud (*Dict. méd. prat.*, t. XX) qui croit les deux maladies identiques par leur nature.

Cette nature, quelle est-elle, en réalité? On l'ignore jusqu'à présent; mais, si on examine les faits à la lumière de la pathologie comparée, il est difficile de ne pas être frappé des analogies que présente la lymphadénie avec certaines maladies infectieuses chroniques, comme la tuberculose, la maladie morvo-farcineuse, dont l'origine microbienne est aujourd'hui hors de doute. En relisant la vieille mais si re-

marquable description de Trousseau, on voit le grand clinicien insister sur la marche particulière, véritablement infectante de l'anémie, sur son allure vraiment *spécifique*. Il relève ce fait que l'hypertrophie ganglionnaire débute presque toujours par une région située au voisinage d'un des orifices naturels, que souvent elle est précédée ou accompagnée d'un mal d'yeux, d'une otorrhée, d'un coryza, d'une éruption cutanée quelconque. Il signale la généralisation parfois si rapide, et qui semble indiquer l'existence d'un état diathésique du sang.

A l'époque où il écrivait, le grand clinicien ne pouvait aller plus loin, ni le mot ni l'idée de maladie microbienne n'étaient encore entrés dans la science, mais ni l'idée ni le mot ne seraient incompatibles avec sa description. Admettons un instant que le germe de l'infection lymphatique soit un microbe pathogène venu du dehors, quelque chose d'analogue à une de ces pseudo-tuberculoses décrites par Malassez et Vignal, par Eberth, par Manfredi, par d'autres encore; et supposons, ce qui n'a rien d'invraisemblable, que ce micro-organisme habite exclusivement le tissu lymphoïde, aussitôt tout deviendra clair dans ce problème pathologique si obscur : l'apparition inopinée de la maladie chez les gens les plus vigoureux et les plus sains, son début à la suite d'une lésion cutanée ou muqueuse servant de porte d'entrée (la lymphadénie intestinale s'expliquerait par l'infection directe du tube digestif), sa marche progressive à travers l'appareil lymphatique, puis sa généralisation aux divers organes de l'hématopoièse, et enfin à tout le tissu adénoïde de l'économie. On comprend du même coup l'action élective d'une substance minérale (l'arsenic) sur ce microbe et sur ses produits, ainsi que l'impuissance du même agent thérapeutique dans des affections cliniquement analogues, mais de nature différente.

Nous ne pouvons, malheureusement, étayer cette hypothèse d'aucune preuve : en effet, la circonstance étiologique relevée dans notre première observation n'aurait de valeur que si elle se retrouvait dans d'autres cas, et les quelques recherches que nous avons tentées chez nos malades ne nous ont pas donné de résultat, mais nous espérons qu'elles seront reprises par d'autres, plus habiles et plus heureux, et que la nature parasitaire de la lymphadénie, si vraisemblable de par la clinique, sera bientôt expérimentalement démontrée.

En attendant, il faut bien reconnaître que le diagnostic différentiel des diverses formes d'hypertrophie ganglionnaire, assez facile dans les périodes avancées de la maladie, ne l'est pas toujours dans les phases initiales. Or, c'est au début, avant la généralisation, que le traitement arsenical offre les plus sérieuses chances de succès. En présence de l'inefficacité, constatée par tous les chirurgiens, de l'intervention opératoire, nous croyons qu'il est rationnel d'essayer le traitement de Winiwarter, non seulement dans les cas évidents de lymphadénie, mais dans toutes les hypertrophies ganglionnaires qui lui ressemblent.

Pour mettre de son côté les meilleures chances de succès, on fera bien de se conformer aux règles suivantes :

1° Commencer d'emblée le traitement, à la fois par les injections et par l'arsenic à l'intérieur;

2° Donner la liqueur de Fowler associée à une égale quantité de teinture de mars tartarisée, à la dose initiale de dix gouttes avant chaque repas, d'une goutte tous les deux ou trois jours, jusqu'à l'apparition des signes d'intolérance; diminuer ensuite graduellement jusqu'à la dose initiale, et recommencer après dix jours de repos;

3° Pratiquer tous les jours (ou tous les deux jours si le malade est sensible et faible) une injection de trois à dix gouttes de liqueur de Fowler pure, d'abord dans les divers ganglions engorgés, puis, quand l'état de ceux-ci ne le permet plus, sous la peau des lombes ou du ventre;

4° Ne négliger aucune précaution pour éviter les abcès : employer une seringue spéciale, plonger avant chaque injection l'aiguille dans l'eau bouillante; renouveler la liqueur de Fowler tous les quatre ou cinq jours; laver à l'eau phéniquée chaude la région qu'on doit piquer; faire pénétrer la liqueur lentement et sans effort; oblitérer la piqûre avec un taffetas adhésif;

5° En cas de diminution des glandes, ne pas se contenter d'une amélioration partielle ; continuer le traitement rigoureusement jusqu'à disparition complète de *toutes* les tumeurs; faire continuer au malade l'usage de la liqueur de Fowler à l'intérieur pendant plusieurs années;

6° En cas de non-réussite, n'abandonner la partie qu'après quatre ou cinq mois au moins de traitement intensif.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1888.

Sur les applications de l'électrolyse au traitement des tumeurs. Note de M. *Darin*. — L'électrolyse a été très souvent employée avec succès à la destruction des tumeurs, mais jusqu'à présent elle n'a reçu en France que des applications restreintes. Les cas auxquels s'applique ce traitement peuvent se grouper suivant trois catégories distinctes: 1° les cas où tout autre traitement est inapplicable; 2° ceux pour lesquels l'électrolyse offre des avantages particuliers sur les nombreux procédés dont dispose la chirurgie ordinaire; 3° ceux enfin où les sujets refusent de se soumettre à l'instrument tranchant. C'est dans le but de propager l'emploi de ce mode de traitement qu'a été fondée la clinique Henry Giffard. Bien que cette clinique soit ouverte depuis moins d'un an, l'auteur a déjà obtenu un certain nombre de résultats intéressants. Ainsi il est parvenu à faire disparaître :

1° Un carcinome très volumineux du sein gauche chez une femme de soixante-quatorze ans.

2° Un squirre moins gros du sein droit, compliqué d'un engorgement ganglionnaire de l'aisselle ;

3° Un cancer, du volume d'une orange, récidivé dans l'aisselle après deux extirpations du sein correspondant, datant de huit ans, chez une femme de soixante-dix ans, extrêmement débilitée (ce cas est encore en cours de traitement) ;

4° Une tumeur dure (fibrome ou enchondrome), voisine du lobule de l'oreille ;

5° Une hydrocèle considérable datant de quinze ans ;

6° Une hydarthrose du genou datant de dix ans ;

7° Un hygroma prérotulien ;

8° Une loupe de la joue datant de dix ans ;

9° Quelques autres tumeurs moins importantes, telles qu'une excroissance verruqueuse du dos, un milium de la paupière supérieure, etc.

Enfin, comme autres applications, M. Darin cite de très nombreux faits d'épilation galvanique, offrant l'avantage d'une destruction radicale du follicule pileux sans la moindre cicatrice consécutive. L'effet calmant du courant continu n'est pas moins remarquable dans toutes les affections douloureuses. Ces résultats ont été obtenus avec un outillage simple, très facile à manier et à l'aide de la pile au chlorure de zinc du système Gaiffe.

Sur une nouvelle méthode de désinfection des mains du chirurgien. Note de MM. *Jules Roux* et *H. Reynès*. — Depuis longtemps, de nombreuses expériences de Kummel, de Gœrtner, de Fœrster, etc., ont montré que la méthode employée ordinairement par les chirurgiens pour se désinfecter les mains, parvient bien à tuer tous les microbes saprophytes ou pathogènes qui se trouvent norma-

lement sur la surface de la main, mais non ceux de l'espace sous-unguéal. Après avoir essayé différents liquides, M. Furbringer, de Berlin, a intercalé un lavage à l'alcool à 80 degrés entre le lavage au savon et le lavage au sublimé. Par l'emploi de l'alcool, l'asepsie de l'espace sous-unguéal est assurée, grâce, semble-t-il, au *mouillage complet* que ce liquide réalise. MM. Jules Roux et H. Reynès ont contrôlé ces expériences; leurs résultats ne sont pas aussi favorables que ceux que M. Furbringer reconnaît à sa méthode. Au point de vue *expérimental*, ils montrent que, sur quarante ensemencements, l'asepsie a été réalisée trente-trois fois, c'est-à-dire dans une proportion supérieure à 80 pour 100; au point de vue *clinique*, que, sur huit séries, l'asepsie complète n'a été réalisée que quatre fois, c'est-à-dire dans 50 pour 100 des lavages.

Bien que de leurs expériences il résulte que la méthode de Furbringer ne réalise pas encore la perfection, ces deux auteurs croient cependant que, vu l'insuffisance de l'ancien procédé, bien démontrée par eux et par d'autres, les chirurgiens se trouveront bien de l'emploi de cette méthode, principalement dans la chirurgie abdominale et gynécologique, étant donné surtout qu'au cours d'une opération, l'espace sous-unguéal n'est jamais soumis à un frottement si énergique que le réclament des expériences de laboratoire et a ainsi moins de chances de perdre les germes nuisibles qu'il contient.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

ACTION DES INHALATIONS DU CHLORAL D'ÉTHYLÈNE PUR SUR L'ŒIL. Note de M. *Panas*. — Dans des communications faites tant à l'Académie des sciences qu'à la Société de biologie, M. Raphaël Dubois a insisté sur les troubles de la cornée provoqués par l'inhalation du chlorure d'éthylène expérimenté par lui comme agent anesthésique. Il a ajouté que l'œil ainsi modifié devenait dur et comme glaucomateux. Or M. Panas a institué à son tour des expériences de laboratoire sur ce sujet et est arrivé à des résultats qui lui permettent de formuler les conclusions suivantes:

1° Le trouble de la cornée provoqué par l'inhalation du chlorure d'éthylène dépend d'une infiltration séreuse du parenchyme de cette membrane;

2° Le mécanisme de l'œdème du tissu cornéen dépend de la destruction, par cet agent, de l'endothélium de la cornée, qui seul protège la cornée contre l'envahissement de l'humeur aqueuse, ainsi que Leber l'a démontré par des expériences déjà anciennes;

3° Dans aucune de ses expériences il n'a été donné à M. Panas de vérifier l'assertion de M. Raphaël Dubois, que le tissu de la cornée, avant de s'hydrotomiser, se dessèche, ni que la sécrétion de l'humeur aqueuse se trouve primitivement tarie.

E. R.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Puech* envoie une brochure sur une *léproserie à Nîmes* (1163-1663).

M. *François-Franck* présente le tome II des *Nouveaux éléments de physiologie humaine*, par M. *Beaunis*.

M. *Ernest Besnier* dépose un mémoire de M. le docteur *Baratoux* sur *le cancer du larynx*.

M. *Larrey* présente un ouvrage de M. le docteur *Jules Rouvier* sur *l'hygiène de l'enfance*.

M. *Empis* dépose: 1° un volume de M. *Coutanee*, intitulé: *Venins et poisons;* 2° les *Causeries scientifiques* de M. *H. de Parville* pour 1887-1888.

M. *Legouest* présente un mémoire de M. le docteur *Chauvel*, professeur à l'École du Val-de-Grâce, sur *la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales*, et un mémoire intitulé: *Recherches expérimentales sur les effets des armes nouvelles et des balles de petit calibre à enveloppe résistante*, en collaboration avec MM. les docteurs *Nimier*, *Breton* et *Pesme*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose, de la part de M. le docteur *Auvard*, quatre volumes sur des travaux d'*obstétrique* et la thèse de M. le docteur *Leris Mélikoff* sur *les hôpitaux-baraques en Russie*.

M. *Laboulbène* dépose un mémoire manuscrit de M. le docteur *Moura* sur *les voix de poitrine et de tête et sur les registres mixtes de fausset*.

M. *Léon Colin* présente l'*Annuaire statistique et démographique de la ville de Besançon en* 1887, par M. le docteur *Baudin* et M. *Jeannot*.

LAVAGE DE L'ESTOMAC CHEZ LE NOUVEAU-NÉ. — M. *Cornil* présente un instrument imaginé par M. le docteur *Faucher* pour le lavage de l'estomac chez le nouveau-né. Il communique l'observation d'un cas dans lequel M. Faucher a obtenu, par ce moyen, la guérison complète d'un jeune enfant qui était affecté d'une intolérance gastrique absolue, suivie d'inanition et survenue vingt et quelques jours après sa naissance comme conséquence d'une alimentation mal réglée.

ÉLECTION. — Par 50 voix sur 51 votants, M. *Teissier* (de Lyon) est élu associé national. M. Sirus-Pirondi (de Marseille), porté en troisième ligne, obtient 1 voix.

RAPPORT. — M. *Albert Robin* lit le rapport général sur le service médical des eaux minérales en France pendant l'année 1887. Il analyse en particulier les travaux envoyés par un certain nombre de médecins exerçant dans les stations thermales.

STROPHANTINE. — Un bref échange d'observations se fait, à l'occasion du procès-verbal, entre MM. *Laborde*, *Bucquoy* et *Dujardin-Beaumetz*, sur les diverses préparations de strophantine qu'on trouve dans le commerce. Le premier maintient que M. Arnaud a isolé et défini chimiquement la strophantine du principe immédiat du srotphantus. M. Dujardin-Beaumetz estime qu'il y a lieu d'attendre des applications thérapeutiques et qu'actuellement il est préférable, dans la pratique, de se servir d'extraits ou de teintures de la plante elle-même avec lesquels sont faites les préparations de strophantine.

BLESSURES VOLONTAIRES CHEZ UNE LYPÉMANIAQUE. — M. le docteur *Laugier* donne lecture de l'observation d'une lypémaniaque, âgée de soixante-trois ans, qui, indépendamment de douze coupures involontaires de la paume de la main droite, présentant cent quarante-deux plaies par instrument aigu et tranchant, distribuées sur la face, la poitrine, l'abdomen, les membres supérieur et inférieur. Cent trente-six de ces plaies n'étaient que des incisions, plus ou moins profondes, des parties molles extérieures; mais les six autres, siégeant au cou et dans la région péri-ombilicale, étaient toutes fatalement mortelles et impliquaient une violence et une énergie croissantes dans l'exécution; le larynx était sectionné et l'intestin perforé en plusieurs endroits. — (L'observation de M. Laugier est renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. *Tillaux*, *Brouardel* et *Marc Sée*.)

TRANSPORT DES BLESSÉS. — Les procédés que M. le docteur *P. Bouloumié* propose d'appliquer à toutes les voitures qui peuvent être réquisitionnées dans certaines circonstances de guerre pour le transport des blessés, consiste dans l'emploi de moyens très simples et se trouvant à la disposition de tout le monde. Le brancard se compose en effet: 1° de deux perches de 2m,20 de longueur, en bois quelconque, assez solides pour porter chacune un homme; 2° de deux petits rondins de 0m,64 de longueur, constituant les traverses d'écartement, fixées par une ficelle à deux travers de main des extrémités des hampes; 3° d'une toile de 1m,80 de longueur sur 0m,60 de largeur, formée par un ou plusieurs sacs disposés, suivant leurs dimensions, dans le sens de la longueur et de la largeur; 4° d'un bottillon servant de traversin. Les sacs sont disposés de manière à laisser entre la face supérieure et la face inférieure du brancard un espace libre, qui sera garni de paille, pour transformer

celui-ci en brancard-paillasse. De cette façon on peut transporter trois à six blessés couchés par voiture ou bien trois à sept blessés, les uns couchés, les autres assis, dans d'excellentes conditions de suspension. — (La communication de M. Bouloumié est renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. *A. Guérin*, *Maurice Perrin* et *Legouest*.)

Nécrose phosphorée et hygiène de l'industrie des allumettes chimiques. — Revenant sur la communication faite à la dernière séance par M. Magitot, M. *Brouardel* fait observer combien il sera difficile d'obtenir des ouvriers l'exécution des mesures prophylactiques proposées, quelles que soient l'importance et l'efficacité de celles-ci. Ce qui le prouve, c'est que les améliorations apportées depuis quelques années dans l'hygiène des ateliers où se fabriquent les allumettes chimiques n'ont pas diminué d'une manière appréciable les cas d'intoxication. Or il n'en serait plus de même si la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc devenait obligatoire. Voilà longtemps que cette substitution est réclamée par les corps savants consultés, en vain jusqu'ici; mais les circonstances paraissent aujourd'hui plus favorables, car la préparation de cette substance est devenue commune, elle n'est plus l'objet d'un brevet, le gouvernement possède le monopole de la fabrication des allumettes et celles qui sont faites avec du phosphore rouge sont d'un usage de plus en plus répandu.

M. *Magitot* s'associe à cette manière de voir, tout en craignant que le vœu de l'Académie en ce sens ne soit aussi stérile que les précédents; c'est pourquoi il lui a paru utile de définir les conditions de salubrité de cette industrie, qu'il a vu, sur ses conseils, supprimer complètement tous faits d'intoxication. MM. *Léon Le Fort*, *Verneuil*, et *Trélat* estiment qu'une mesure radicale doit ici intervenir et qu'il importe de montrer que les médecins sont tous d'accord sur ce point. L'Académie adopte, à l'unanimité, sur la proposition de M. Brouardel, le vœu de « la prohibition absolue du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes. »

— L'Académie tiendra mardi prochain 11 décembre sa séance publique annuelle pour la distribution des prix des concours de 1888; elle entendra un discours de M. Proust et l'Eloge de Mélin par M. *Bergeron*.

La séance du mardi 25 décembre sera reportée au mercredi 26. Il n'y aura pas de séance dans la première semaine du mois de janvier 1889.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Statistique opératoire: M. Trélat. — Hystérorrhaphie : MM. Terrier, Trélat, Lucas-Championnière. — Hystérectomies totales : M. Berger. — Valeur comparée des hystérectomies totale et partielle : M. Verneuil (Discussion : M. Trélat). — Ostéotomie pour cal vicieux : M. Berger. — Pseudarthrose flottante : M. Jalaguier.

M. *Trélat* donne depuis huit ans au commencement de chaque année les statistiques de toutes les opérations, quelles qu'elles soient, faites dans son service de la Charité. Pendant trois ans le chiffre de la mortalité a oscillé autour de 6 pour 100. Cette année il est descendu à 4 pour 100. C'est un progrès réel et un progrès régulier. Pour les grandes amputations le chiffre de 16,09 pour 100 semblait rester stationnaire depuis quelques années; cette fois il est de 16 pour 100. Il est bon de noter que les amputations de cuisse et de bras faites pour des septicémies suraiguës sont des cas à pronostic très mauvais, qui forcent à intervenir et qui chargent les statistiques. Si on en faisait abstraction, on tomberait à 10 pour 100 de mortalité. Vingt-sept opérations de hernies faites en deux années, dont dix-neuf pour des cures radicales et huit pour des étranglements herniaires, n'ont donné qu'un décès; treize laparotomies pour tumeurs des ovaires ou des trompes ont donné deux morts, soit 15,3 pour 100.

— M. *Terrier*, au sujet de sa dernière communication, rappelle que la première opération analogue pour chute de l'utérus appartient à Olshausen, a été faite par un procédé tout à fait différent en 1886 et a échoué ; la seconde par John Philipps, a également été conduite d'une tout autre manière. Il a fait la troisième en 1888 par le procédé qu'il a décrit dans la dernière séance.

M. *Trélat*, se révoltant contre la barbarie du mot ventrofixation, conseille celui d'hystéropexie dont la facture est plus conforme à l'étymologie.

M. *Terrier*. L'opération a déjà été décrite sous le nom d'hystérorrhaphie.

M. *Lucas Championnière* en a fait une il y a deux jours pour une rétroversion utérine : la malade va très bien.

— M. *Berger* a pratiqué pour cancer de l'utérus deux hystérectomies totales et a eu deux morts opératoires, l'une par septicémie péritonéale, l'autre par urémie, un ou peut-être les deux uretères ayant été comprimés par les pinces.

M. *Verneuil* se félicite d'avoir suscité ce débat sur le mode d'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus. Il constate que des protestations catégoriques se sont déjà élevées contre l'hystérectomie totale : l'hystérectomie partielle va reprendre ses droits; M. Verneuil tient à faire la réhabilitation de l'amputation du col. On lui reproche son insuffisance et cependant elle a rendu d'aussi grands services que la méthode rivale. La comparaison entre les deux opérations a déjà été faite à l'étranger et on s'est prononcé en faveur de l'hystérectomie partielle : les cas les plus heureux d'ablation totale se sont tous terminés par la mort au bout de trois ou quatre ans au plus et on ne saurait donner le nom de guérison à la trêve qui s'écoule entre l'opération et la récidive. M. Verneuil fait toujours l'amputation sous-vaginale du col avec l'écraseur linéaire; l'anse galvanique est plus rapide, mais nécessite un instrument qui fonctionne bien et un aide très exercé : les deux hémisections du col faites avec la chaîne sont très faciles à mettre en œuvre, même pour des praticiens qui n'ont pas reçu une instruction chirurgicale supérieure : l'opération que l'on peut répéter à l'amphithéâtre n'expose pas aux plaies de la vessie, de l'intestin ou au pincement des uretères. Pour que le triomphe de l'hystérectomie totale fût complet, il faudrait qu'après le succès opératoire les malades fussent à l'abri de tout danger: or l'ablation totale de l'utérus abrège la vie par la rapidité de la récidive, tandis que l'hystérectomie partielle sacrifie moins d'existences. Sur 109 hystérectomies totales toutes faites par des praticiens exercés, par des chirurgiens des hôpitaux, il y a eu 35 morts opératoires, 31 récidives, 18 cas où elle est inévitable et 25 survies sans récidives qui ne sont d'ailleurs que des guérisons temporaires. Dans cette lutte on perdra donc la bataille 77 fois sur 100. Et encore parmi les 25 malades guéris, deux seulement ont dépassé la troisième année après l'opération, trois ont dépassé la seconde, huit la première; douze n'ont pas encore un an à leur actif; qui peut espérer qu'elles guériront toutes radicalement? M. Verneuil a fait vingt et une fois l'amputation du col et douze fois a observé une survie variant de dix-huit mois à sept ans. Ne considérant que ses hystérectomies partielles faites depuis 1885, époque à laquelle ont débuté les essais d'hystérectomie totale, il a une série de cinq malades toutes vivantes à l'heure actuelle. L'une, opérée en juin 1885, est condamnée d'avance : on n'a pas pu enlever tout le néoplasme : deux autres (février, mars 1885) ont une récidive probable mais non certaine ; enfin

les deux dernières (1887, 1888) sont dans un état très satisfaisant. Ce n'est pas qu'il conseille d'exclure l'hystérectomie totale pour le cancer de l'utérus : elle est seule indiquée dans certaines conditions exceptionnelles, le cancer du corps par exemple, ou encore lorsque l'envahissement a remonté trop haut pour que l'amputation du col puisse tout atteindre. En somme l'ablation totale n'a de chances de succès complet que dans les cas où l'exérèse partielle en a tout autant. Ce sont les incertitudes du diagnostic anatomo-pathologique qui engagent à pratiquer de préférence l'opération la moins dangereuse, la bénigne amputation du col. On s'est trop avancé en hystérectomie totale, on va être obligé de reculer. N'a-t-on pas déjà fait de même au sujet du goitre?

M. *Trélat* demande si l'anatomie pathologique pourra établir un jour des formes de cancer utérin qui peuvent rester longtemps limitées à une faible étendue de l'organe et donner des renseignements sur la rapidité ou la lenteur de l'invasion ganglionnaire ; or, ces réponses, les autopsies ne peuvent les donner; il n'y a que les opérations qui soient capables de nous instruire à cet égard.

— M. *Berger* présente une petite malade à laquelle il a fait l'ostéotomie suivie d'un redressement continu à l'aide de l'appareil de M. Hennequin. A la suite d'une fracture du fémur, l'enfant avait un cal angulaire avec un raccourcissement de 6 centimètres ; elle a mis trois mois à effectuer la consolidation complète ; il n'y a plus aucune espèce de raccourcissement.

— M. *Jalaguier* présente un malade guéri d'une pseudarthrose flottante de l'humérus droit ; le muscle brachial antérieur était interposé entre les deux fragments : ils ont été cloués avec deux chevilles d'os de veau : la consolidation est complète après trois mois et demi.

P. Villemin.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

Pathogénie et traitement du tétanos : M. Guelpa (Discussion : MM. Trasbot, Hallopeau, Moutard-Martin, Dujardin-Beaumetz, Durand-Fardel).

M. *Guelpa* donne lecture d'une note sur la *pathogénie et le traitement du tétanos*. Il a pratiqué des inoculations au lapin et au cobaye avec les tissus de la plaie d'un cheval atteint de tétanos : les animaux inoculés ont eu le tétanos et ont succombé. Chez un lapin inoculé à l'oreille, il a amputé cette oreille au thermocautère, alors qu'elle était encore le siège unique de la raideur ; la plaie a été recouverte d'un pansement antiseptique et l'animal a guéri. L'abrasion d'une plaie fongueuse du pied chez un cheval atteint de tétanos, le lavage et le pansement avec une solution de sublimé ont amené en dix jours la guérison de l'animal. Les inoculations faites avec les fongosités de la plaie à divers animaux ont été positives. Chez un autre cheval tétanique, avec plaies multiples, le même mode de traitement a échoué. Les inoculations au cobaye ont été négatives. D'autres inoculations faites avec l'eau de lavage de la terre d'une écurie où avait sévi le tétanos ont été positives. Lorsqu'on a employé la terre de la cour, ou les poussières de foin et les raclures des murs de l'écurie, le résultat a été négatif. Il a retrouvé dans tous les cas, au niveau de la plaie primitive ou d'inoculation, les bacilles de Nicolaiew ; d'ailleurs, il rappelle les recherches de Jordano, Böhmer, Brieger, relatives au bacille du tétanos, à sa présence dans le sol de régions où s'est montrée la maladie, et à la formation de poisons solubles (tétanine, tétanoxine, spasmotoxine, etc.), dans les milieux de culture de ce bacille. Ce sont ces poisons solubles qui produiraient la contracture musculaire. Le bacille se développe aisément dans un milieu alcalin ou chez les herbivores à urine alcaline, mais non dans les milieux acides ou chez les carnivores, le chien par exemple, dont les muscles et l'urine sont acides. En résumé, des expériences auxquelles il s'est livré, M. Guelpa conclut que : 1° le tétanos est une maladie infectieuse ; 2° bien que le cheval soit des plus aptes à contracter le tétanos, cette affection n'est pas d'origine équine, mais d'origine tellurique ; on peut jusqu'ici seulement affirmer sa nature bacillaire ; 3° la contracture musculaire est déterminée par les poisons solubles sécrétés par le bacille ; 4° au début l'agent infectieux est localisé dans la blessure et les tissus les plus voisins ; 5° le traitement doit avoir pour but de détruire l'agent infectieux, d'éliminer les produits de sécrétion toxiques, et de calmer le système nerveux.

M. *Trasbot* est convaincu que le tétanos n'est pas exclusivement d'origine équine. Il l'a observé maintes fois après la castration chez des agneaux, sans qu'il y ait eu contact possible avec le cheval : les animaux ont dû être abattus et livrés à la boucherie. Bien des faits sont d'ailleurs encore inexpliqués ; il a vu récemment un cheval tétanique chez lequel il n'a pu découvrir la plus petite plaie. Existait-il quelque minime écorchure passée inaperçue? On ne sera fixé sur la nature du tétanos que lorsqu'on aura obtenu des cultures pures du bacille que l'on suppose pathogène, et que l'inoculation reproduira à coup sûr le tétanos. D'autre part, après avoir, depuis vingt-cinq ans, essayé tous les traitements préconisés contre le tétanos du cheval, M. Trasbot a reconnu que l'excitation résultant de la mise en œuvre du traitement paraît aggraver les accidents, quelquefois même hâter la mort de l'animal, et il a relevé une mortalité moyenne de 8 à 9 sur 10. Aussi a-t-il pris le parti de soustraire les animaux à toute espèce d'excitation : il les isole dans une pièce sombre, silencieuse, et ne leur administre des calmants et du sulfate de soude que s'ils les acceptent sans résistance mélangés à leur nourriture. Depuis qu'il agit ainsi, presque tous les chevaux guérissent. Il semble démontré que tant qu'on ne connaîtra pas un médicament spécifique, il y a tout intérêt à laisser l'animal absolument tranquille. Il ajoute que jamais il n'a observé un seul cas de contagion du tétanos chez les chevaux placés auprès des animaux malades.

M. *Hallopeau* insiste sur le danger des excitations résultant du traitement. Il a vu un tétanique auquel on administrait le chloroforme être pris de contractions violentes et succomber.

M. *Guelpa* pense que la plaie produite par la castration des agneaux a pu servir de porte d'entrée au bacille, vu l'absence de pansement antiseptique. Il se demande si la viande des animaux tétaniques peut être livrée sans danger à la consommation. N'y a-t-il pas à craindre l'inoculation du bacille ou l'intoxication par les ptomaïnes?

M. *Trasbot* fait observer que la plaie d'inoculation dans les expériences de M. Guelpa crée également une porte d'entrée ; il faudrait se servir de culture pure et d'injections capillaires. Il peut affirmer qu'on nourrit impunément des chiens avec la viande crue des animaux tétanisés : il est vrai que le chien semble réfractaire au tétanos. Il n'en a jamais observé qu'un cas. La viande cuite, consommée par l'homme, n'a jamais, à sa connaissance, causé aucun accident.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande comment on explique le tétanos dit rhumatismal, sans plaie, avec la théorie de la nature toxi-infectieuse du tétanos.

M. *Trasbot* ajoute que la raideur tétanique des animaux forcés à la chasse jette encore des doutes sur l'origine infectieuse du tétanos. La similitude symptomatique avait fait dénommer jadis le tétanos « mal de cerf »; s'agit-il d'une même affection, ou d'un tétanos spécial d'une nature différente?

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que le surmenage produit, en effet, l'accumulation des leucomaïnes résultant des efforts excessifs et prolongés. Peut-être même la fièvre typhoïde serait-elle une maladie de surmenage, comme le veut Peter, engendrée par la typhotoxine de Chantemesse et Vidal. Mais, si l'on comprend l'auto-intoxication par les leucomaïnes que produit l'individu, on ne peut cependant admettre que le surmenage produise le bacille spécifique, car il est indiscutable que la génération spontanée n'existe pas. Dès lors on doit penser que le surmenage engendre des accidents typhoïdes ou tétaniques, par intoxication, mais qu'il ne saurait produire la fièvre typhoïde ou le tétanos d'origine infectieuse.

M. *Guelpa* fait observer que, dans le tétanos, la contracture est persistante, ce qui n'a pas lieu chez l'animal forcé lorsqu'il survit : elle disparaît alors rapidement. Dans le tétanos, dit rhumatismal, ne peut-on incriminer quelque plaie passée inaperçue, ou bien l'ingestion du bacille ou des ptomaïnes du tétanos?

M. *Moutard-Martin* fait remarquer qu'un cerf lancé sans avoir eu le temps de pisser est forcé plus vite et meurt en tétanie, sans doute par accumulation plus rapide des leucomaïnes du surmenage.

M. *Trasbot* conteste le fait : un animal lancé sans s'être *vidé* est, en effet, rapidement forcé, mais il n'est pas tétanisé. Dans ces conditions l'animal meurt ou de congestion pulmonaire, ou d'une sorte d'empoisonnement qui détermine la putréfaction immédiatement après la mort. C'est chez le cerf qui a pissé qu'apparaît la raideur tétanique lorsqu'il est forcé.

M. *Durand-Fardel* pense qu'il faut se garder d'assimiler la raideur tétanique des animaux forcés ou la tétanie rhumatismale, au tétanos vrai traumatique. Il y a des accidents tétaniformes qui ne sont pas le tétanos, de même qu'il y a des accidents épileptiformes qui ne sont pas l'épilepsie.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi comme antiseptique du goudron à l'iodoforme, par M. Ehrman. — Ce produit est obtenu par le mélange du goudron avec la poudre d'iodoforme. Examiné au microscope, il ne présente plus l'apect cristallin de ce dernier produit. De plus, il est dépourvu de son odeur et possède des vertus antiseptiques que cet observateur a mises à l'épreuve sur vingt-deux malades de la clinique syphilitique de Vienne.

A cet effet, il pansait avec cette substance des chancres et des bubons, et obtenait une guérison aussi rapide que par l'emploi de l'iodoforme pur, mais avec les avantages de l'absence d'odeur et d'irritations cutanées. De plus, la cicatrisation était plus régulière sur toute la surface de la plaie. (*Cent. f. ges. Therap.*, juillet 1888, p. 385.)

Des propriétés physiologiques et thérapeutiques du sozo-iodol, par M. Langgaard, Fritsche, Buffalini et L. Larmuth. — Ce dérivé du phénol qui, dans la nomenclature chimique, porte le nom d'acide iodo-paraphénolsulfonique, se présente sous la forme de cristaux réguliers et presque incolores. Il possède une faible odeur et une faible solubilité dans l'eau, la glycérine et l'alcool.

Cet acide se combine avec les métaux et forme des sels dont on a proposé l'usage thérapeutique avec le sodium, le potassium, le zinc et le mercure. Tous ces corps, comme l'acide zosiodolique, sont antiseptiques, et Langgaard a constaté que, additionnés dans la proportion d'un demi-centième ou d'un centième à la gélatine, ils font obstacle au développement du *Streptococcus pyogenes aureus*.

Lassar en a fait usage avec succès, sous forme de pommades, contre l'eczéma, l'herpès tonsurant, l'impétigo, les ulcères, ou à la surface des plaies. Associé au talc, le sozo-iodol serait supérieur à l'acide salicylique pour le traitement des chancres.

Fritsche l'a prescrit dans les affections du nez et du pharynx, catarrhes et inflammations, et a diminué les sécrétions et la congestion de la muqueuse. Mêmes succès contre l'ozène, les ulcérations syphilitiques de la bouche et les gommes ulcérées du voile du palais. (*Therap. Monat.*, 1888, n° 6).

Langgaard a fait ingérer le sozo-iodol aux lapins à la dose de 1 gramme, et n'en a observé aucun effet toxique. Ces animaux éliminaient de l'iode par les urines.

Buffalini a prescrit cette substance aux phthisiques jusqu'à la dose quotidienne de 15 centigrammes. Il n'a enregistré aucun accident. (*Ann. de chim. e di farm.*, mai 1888.)

Enfin, M. Larmuth, qui la recommande dans les affections du nez, a fait usage de ses sels alcalins en solution aqueuse à 3 pour 100 et sous forme de gaze antiseptique imprégnée de leur solution. (*The med. Chronicle*, oct. 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène de la vue, par MM. Galezowski et Kopff, in-18 de 328 pages avec 44 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils.

En écrivant ce petit livre, destiné aux médecins qui n'ont pas fait de l'ophthalmologie une étude spéciale en même temps qu'aux personnes étrangères à la médecine, nos confrères, dont le premier est un maître bien connu et le second un laborieux et distingué collègue de l'armée, ont-ils fait œuvre aussi utile qu'ils le pensent? Je n'aime guère, en général, les essais de vulgarisation scientifique. Toujours insuffisants pour les compétents, ils restent incompréhensibles pour les profanes, pour les gens du monde, qui y puisent plus d'idées fausses que de connaissances exactes. Cependant je pense que l'hygiène de la vue est chose si importante pour tous que ce mince volume peut rendre de grands services. Il est simple, le plan en est bien conçu, la rédaction soignée, il est aisé à lire et facile à comprendre; ce sont là de grandes qualités.

Sa première partie, l'*hygiène privée*, comprend cinq chapitres: âge, hérédité, vices de réfraction et d'accommodation, habitudes, habitations privées. De la naissance à la vieillesse, les auteurs passent en revue toutes les causes qui peuvent influer favorablement et surtout défavorablement sur la fonction visuelle. Nous ne pouvons les suivre dans cette étude, mais nous signalons, comme l'un des meilleurs, le chapitre consacré aux vices de réfraction et d'accommodation. Appelé à examiner les candidats aux écoles militaires atteints de troubles de la vision, nous constatons chaque année combien indispensable est l'observance des règles de la science, pour qui veut se conserver une vue normale ou du moins satisfaisante. La myopie pour le jeune homme, la presbytie pour le vieillard, sont deux états de la vision traités avec la même négligence, et où l'avis de l'opticien, l'opinion des proches aveuglément suivie, peuvent entraîner dans l'œil d'irrémédiables lésions.

Aux uns comme aux autres, nos auteurs donnent de judicieux conseils, de précieuses indications.

Dans la seconde partie de l'ouvrage, *hygiène publique*, sont successivement étudiés : les influences météorologiques et climatériques, l'éclairage naturel et artificiel surtout dans les écoles, enfin les professions. De ces dernières, les unes exigent des conditions visuelles déterminées (armée, marine, chemins de fer); les autres agissent sur l'organe visuel, soit en favorisant le développement de la myopie, soit en altérant ses enveloppes et ses milieux (intoxications, traumatismes, etc.).

Enfin, dans une troisième partie nous trouvons quelques conseils sur les soins à donner dans la cécité complète ou incomplète, quelques indications pour le port des yeux artificiels. Des figures bien choisies aident, dans les points délicats, à l'interprétation du texte.

J. CHAUVEL.

VARIÉTÉS

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Tous ceux qui s'intéressent à l'œuvre de la tuberculose apprendront avec grand plaisir qu'elle vient de recevoir d'un riche et généreux industriel, M. Jules Lebaudy, et par l'entremise de notre excellent confrère le docteur Paquelin, la grosse somme de DIX MILLE FRANCS.

Si, guidés par leurs médecins, les millionnaires qui ne sont pas très rares, suivaient cet exemple, l'œuvre pourrait dans un avenir prochain mener de front les recherches scientifiques et les applications pratiques et pour le grand bien de l'humanité ériger un pendant à l'Institut Pasteur.

La juste reconnaissance due aux donateurs opulents doit s'étendre aux souscripteurs plus modestes, mais non moins dévoués et tout aussi confiants dans l'avenir.

Vingt-quatrième liste.

M. Jules Lebaudy	10 000 fr.	
M. Germeau	500	
M. le professeur Grancher	250	
M. le professeur Villemin	100	
M. Leblanc	100	
Ville de Limoges	200	
— d'Angers	200	
— de Saint-Cloud	100	
— de Choisy-le-Roi	100	
Commune de Taneron	51	
— de Saint-Maurice	50	
— de Sefra	49	35
— de Guingamp	25	
— de Dreux	20	
— de Seignelay	20	
— de Romainville	20	
— de Feuillade	11	
— de Mazé	10	
— de Bazeille	7	77
— de Roche-Vanneau	7	
— de Saint-Genes-de-Blayac	5	

Souscription recueillie par le Crédit foncier :

Commune de Noisiel	50 fr.	140 fr. 50
— de Penthièvre	37	
— de Saint-Jean-d'Angely	25	
— de Montmagny	10	
— de Bassancourt	10	
— d'Arc-sur-Montenos	5	
Mme Littaud, 2 fr., Boulonnois; 1 fr.	3	
Anonyme	0 fr. 50	

Total	11 966 fr.	62
Montant des listes précédentes	62 690	22
TOTAL GÉNÉRAL	74 656 fr.	84

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Le concours d'agrégation de pathologie interne et de médecine légale s'ouvrira le samedi 15 décembre à midi (salle du conseil). L'ordre du jour porte la formation du jury et l'appel des candidats. Il sera accordé 11 places d'agrégé dont 5 à Paris, 2 à Bordeaux, 2 à Lille, 1 à Lyon et 1 à Montpellier.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le docteur Legroux, agrégé libre, commencera le vendredi 7 décembre à 8 heures et demie dans le petit amphithéâtre, des conférences de pathologie infantile (maladies du tube digestif — troubles de la nutrition) et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

En outre, M. Legroux fera tous les mercredis à 3 heures et demie, à l'hôpital Trousseau, des conférences cliniques se rapportant aux sujets traités dans ses leçons du vendredi, à la Faculté. — Visites, le matin à 9 heures salles Bouvier et Lugol. Consultations les mercredis et samedis.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. le docteur Heydenreich, professeur de clinique chirurgicale, a été nommé doyen en remplacement de M. Tourdes. Nous avions annoncé précédemment que notre savant confrère avait été présenté par ses collègues pour ces importantes fonctions.

— M. le professeur Hecht a été délégué au Conseil général des Facultés en remplacement de M. le professeur Heydenreich, nommé doyen.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. le docteur Cordier a été nommé médecin de 2e classe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chenevier, ancien directeur de l'école de Besançon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 14 décembre 1888). — *Ordre du jour :* M. Lereboullet : Plusieurs cas de pleurésie hémorrhagique. — M. Barth : Du lymphome malin et de son traitement par les injections interstitielles d'arsenic. — M. Barié : Tabes et goitre exophthalmique (Présentation de malade). — M. Joffroy : Sur le même sujet. — M. Troisier : La pleurésie purulente consécutive à la pneumonie. — M. Netter : La pleurésie purulente consécutive à la pneumonie et la pleurésie purulente à pneumocoques primitifs. — M. Brissaud : Tuberculose cutanée. — M. Juhel-Rénoy : Sur le traitement de la fièvre typhoïde.

MORTALITÉ A PARIS (47e semaine, du 18 au 24 novembre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 3. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 27. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 13. — Tumeurs : cancéreuses, 32 ; autres, 4. — Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 42. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 40. — Bronchite aiguë, 16. — Bronchique chronique, 29. — Bronchopneumonie, 18. — Pneumonie, 45. — Gastro-entérite : sein, 10; biberon, 37. — Autres diarrhées, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 0. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 24. — Suicides, 6. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 164. — Causes inconnues, 8. — Total : 806.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Chantiers de terrassements en pays paludéens, par M. le docteur Ad. Nicolas. 1 vol. in-8°. Paris, G. Masson. 10 fr.

Les parasites de l'homme (animaux et végétaux), par M. R. Moniez (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). 1 vol. in-16 de 315 pages avec 72 figures. Paris, 1889. J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

L'inconscient, étude sur l'hypnotisme, par M. le docteur Coste. 1 vol. in-18 de 158 pages. Paris, 1889. J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

Dégénérescence et criminalité, par M. le docteur Féré (*Bibliothèque de philosophie contemporaine*). 1 vol. in-18. Paris, F. Alcan. 2 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

17205. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE N° 50 14 DÉCEMBRE 1888

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE Dr L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 12 décembre 1888.

Académie de médecine : **Séance publique annuelle. — Éloge de Mêlier, par M. Bergeron, secrétaire perpétuel. — Rapport sur les prix, par M. Proust, secrétaire annuel. —** *Sénat* : **Assainissement de Paris; tout à l'égout et utilisation agricole des eaux d'égout.**

Lorsque, se préparant à remplir l'un des plus difficiles parmi les nombreux devoirs que lui imposent ses importantes fonctions, le secrétaire perpétuel de l'Académie s'est demandé quel serait, parmi les médecins éminents dont il convenait de louer la vie et les travaux, celui qui semblerait le plus digne de ce solennel hommage, une influence, peut-être inconsciente mais certainement digne d'être signalée, a dû déterminer son choix.

Les qualités maîtresses, les vertus, les mérites que M. Bergeron a tenu à mettre en relief dans son éloge de Mêlier, sont précisément celles qui lui ont valu à lui-même les honneurs qui ont couronné sa carrière médicale.

En lui confiant les éminentes fonctions dont il était digne, l'Académie de médecine « voulut à coup sûr témoigner ainsi de la haute valeur qu'elle attachait à ses travaux, mais elle voulut aussi, on n'en saurait douter, rendre un hommage au caractère de l'homme lui-même. C'est en effet par la noblesse, par la droiture, non moins que par l'aménité de son caractère que notre vénéré collègue *a* mérité la respectueuse déférence, non seulement de l'Académie, mais du corps médical tout entier. Portant au plus haut degré le respect de soi-même, il *a* au même degré le respect de la dignité d'autrui, et de là sans doute cette admirable modération qui *fait* le charme de ses relations privées et à laquelle il est permis de rapporter une part des succès de son administration. »

Je ne crois pas me tromper en pensant que le jour — très éloigné, nous l'espérons tous — où le successeur de M. Bergeron sera appelé à lire son éloge académique, il pourra, sans y presque rien changer, redire de ses vertus professionnelles ce que M. Bergeron a si bien dit de Mêlier : « Sa démarche grave, sa tenue correcte, sa parole mesurée et toujours courtoise, tout révélait en lui une rare distinction et les habitudes d'une vie sérieuse où tout était réglé, mais réglé par l'amour du travail et le culte du devoir. »

On ajoutera alors que lorsque M. Bergeron a été élu, ses titres scientifiques étaient bien supérieurs à ceux que faisait valoir Mêlier à l'appui de sa candidature académique, mais on comprendra qu'il ne louait aujourd'hui que les vertus dont il s'est toujours appliqué à donner l'exemple.

Un autre motif devait inspirer à M. Bergeron l'idée de préférer l'éloge que nous venons d'entendre à ceux de Tardieu ou de Michel Lévy, de Sédillot ou de Gosselin, de Chauffard ou de Würtz. Appelé à l'honneur de représenter l'Académie aux obsèques de son éminent collègue, M. Bergeron ne s'était pas borné à prononcer le 21 septembre 1866, sur la tombe de Mêlier, un discours aussi éloquent que digne d'une mémoire justement respectée. Il avait étudié de très près l'œuvre du savant hygiéniste. Il s'était adonné, comme lui, aux études d'hygiène générale. Avec autant d'intégrité, de droiture, de dignité professionnelle il avait, dans les conseils ou comités d'hygiène, défendu toujours ce qu'il considérait comme vrai et juste. Ainsi que les travaux de Mêlier, les œuvres de M. Bergeron se distinguent par la précision de la pensée, la sagesse des opinions, la solidité du fond et la netteté de la forme.

On conçoit donc que le secrétaire perpétuel de l'Académie se soit « trouvé tout naturellement amené à jeter un coup d'œil rétrospectif sur nos institutions sanitaires et à constater ainsi les modifications successives qu'elles ont subies depuis le commencement de ce siècle ». Et, après avoir indiqué la part qu'a prise Mêlier à ces modifications, il n'est pas étonnant qu'il ait voulu « montrer quels progrès sont parvenus à réaliser dans le fonctionnement de notre régime sanitaire, le zèle, l'activité et le savoir, d'abord de M. Fauvel, le premier successeur de Mêlier, et après lui, des deux éminents collègues qui ont aujourd'hui entre les mains la haute direction de l'hygiène ».

C'est donc avant tout et surtout une étude sur les conditions dans lesquelles doivent s'exercer l'enseignement de l'hygiène et le mode de fonctionnement des services sani-

taires, que M. Bergeron a lue devant l'Académie. Il a tenu à prouver qu'on ne peut être hygiéniste sans être médecin, c'est-à-dire sans posséder un solide fonds d'instruction et d'expérience médicales.

« Le médecin seul, a-t-il dit, connaît les lois de la physiologie normale, lui seul sait en reconnaître les troubles, lui seul aussi sait rechercher et découvrir les causes de ces troubles; c'est donc lui seul qui est capable de prévoir, de reconnaître, dans leur variété infinie, les dangers qui menacent sans cesse la santé publique et c'est lui seul aussi, par conséquent, qui peut indiquer les mesures propres à en prévenir et en atténuer les effets. Ce serait donc, à mon avis, commettre une étrange erreur et s'exposer à de regrettables mécomptes que de confier à d'autres mains qu'à celles du médecin, cette direction suprême de l'hygiène qu'appellent depuis longtemps de leurs vœux tous les hommes qui ont soin de la santé publique et ceux-là surtout qui, par leurs fonctions, ont mission de veiller sur elle. »

Il a surtout prétendu faire voir, dans un document officiel, lu devant l'Académie de médecine, avec quelle sollicitude on se préoccupe d'étudier les lois et les règlements sanitaires. Nous aurions voulu pouvoir reproduire toute cette partie du discours de M. Bergeron. Le défaut d'espace nous oblige à en renvoyer la lecture au *Bulletin*. Disons seulement que cette étude, un peu technique, mais écrite dans un excellent langage, mérite d'être lue et méditée.

C'est la *Gazette hebdomadaire* qui, le 17 avril 1863, a publié le rapport de Mêlier sur l'épidémie de fièvre jaune de Saint-Nazaire. Nous n'avons pas à rappeler ce qu'en dit M. Bergeron, mais nous tenons à citer ses dernières paroles qui confirment ce que nous écrivions en commençant ce compte rendu.

« Ni la situation élevée que lui avaient value ces travaux, dit M. Bergeron, ni les distinctions honorifiques dont l'avaient comblé tous les gouvernements étrangers, pour récompenser des services dont la France n'était pas seule à profiter, n'avaient pu troubler le calme et la simplicité de sa vie laborieuse; il semblait que tant d'honneurs, loin de ralentir son zèle, lui eussent, au contraire, donné plus d'ardeur. C'est que Mêlier était vraiment le type et restera le modèle de ces hommes de dévouement au devoir, qui sont toujours prêts à le remplir et ne donnent rien aux distractions du monde, tant qu'il leur reste une tâche à accomplir. »

Ces paroles ne s'appliquent-elles pas aussi bien au panégyriste lui-même qu'à son modèle? Et n'est-il pas juste de faire ressortir ce qui, dans les séances publiques de l'Académie de médecine, console de bien des amertumes: la conviction que notre corps médical français reste à la hauteur de sa mission et qu'on y rencontre non seulement des savants et des novateurs, mais encore et surtout d'honnêtes gens!

Après avoir pendant six années consécutives — il succédait en 1882 à M. Bergeron — tenu avec autant de distinction que de zèle la place de secrétaire annuel, M. Proust décline aujourd'hui l'honneur d'une réélection qu'il savait unanime et, pour rendre plus sensibles les regrets que cause sa retraite, il vient de lire devant l'Académie l'un des meilleurs parmi les rapports qu'il ait écrits.

Après avoir très spirituellement exprimé le vœu que l'Académie de médecine ait la fortune de son aînée l'Académie française et trouve enfin un asile où l'on puisse entendre les orateurs qui y prennent la parole et ne point laisser moisir les ouvrages qui lui sont offerts, M. Proust a entrepris d'analyser les divers travaux qui ont mérité les récompenses académiques. Puis profitant d'une incursion dans le domaine des maladies nerveuses, il s'est appliqué à faire, devant un auditoire qu'un tel sujet ne pouvait manquer d'intéresser, une charmante conférence sur l'hypnotisme et la suggestion. Certes les réserves ne manquent pas à cet exposé de faits dont on ne peut plus nier la réalité, mais dont l'interprétation reste difficile. La part de l'hypnotisme et celle de la suggestion mentale paraîtraient même trop restreintes si l'on prenait à la lettre tout ce que M. Proust a dit du rôle de l'imagination et de l'influence que peut exercer sur le moral de ses malades un médecin soucieux de les réconforter par de bonnes paroles. Mais, après avoir applaudi à la lucidité avec laquelle ont été exposées toutes les recherches nouvelles destinées à préciser la nature de la pneumonie et le rôle des agents microbiens, on ne peut aussi que louer la modération et la clarté d'une étude dont les conclusions sont aussi difficiles à bien exposer en public qu'à préciser scientifiquement.

Les dernières paroles de M. Proust, le souvenir respectueux qu'il a adressé une fois de plus à ceux de ses collègues que la mort a enlevés pendant la durée de ses fonctions de secrétaire, et l'éloquente apologie qu'il a faite du rôle du médecin ont justement été accueillies par de chaleureux applaudissements. Ceux-ci ont dû montrer au secrétaire de l'Académie combien on lui savait gré d'avoir si bien répondu à la confiance de ses collègues, combien on savait apprécier son talent d'homme de science et d'écrivain.

— A l'heure où paraîtront ces lignes, le Sénat sera vraisemblablement près de trancher les débats, depuis si longtemps pendants, sur l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris et l'assainissement de la Seine. Le vote de la haute assemblée est impatiemment attendu par ceux que préoccupent les questions d'hygiène publique, les médecins non moins que tous autres. Il se trouve en effet que le projet en discussion a déjà été soumis à de nombreuses Commissions dans lesquelles le corps médical tenait une place importante; les problèmes qu'il soulève intéressent la science médicale dans ses doctrines les plus récentes et de tous côtés les médecins qui font en grand nombre partie des corps électifs sont prêts à s'inspirer pour l'assainissement de leur cité, de la décision qui va intervenir pour ou contre les projets de la ville de Paris. D'autre part, le rapporteur au Sénat est l'un des maîtres les plus instruits et les plus progressistes de la nouvelle école médicale; il a fait du travail qui lui incombait une œuvre originale du plus grand mérite.

Si l'on débarrasse la question de toutes les digressions dont vingt années de luttes passionnées l'ont obscurcie, le projet soumis au Sénat se résume en des termes bien simples. La ville de Paris, comme toute cité bien administrée, envoie une partie plus ou moins considérable de ses immondices dans des égouts qui se terminent en dehors de son enceinte. Là, le contenu de ces égouts se trouve actuellement déversé, pour une très faible part, sur des champs où il est utilisé par l'agriculture; la partie de beaucoup la plus considérable est tout simplement projetée dans la Seine. Doit-on persister à laisser perdre ainsi cette dernière partie et à voir l'infection de la Seine s'aggraver de plus en plus?

Chaque jour Paris produit 359 000 mètres cubes d'eau d'égout, soit par an 132 millions de mètres cubes, y compris les eaux pluviales; la plaine de Gennevilliers en reçoit, sur ses 700 hectares, 27 millions; par suite de l'extension de la canalisation, elle en recevra bientôt 40 millions sur 1000 hectares environ. Il reste donc 92 millions de mètres cubes qui sont versés directement à la Seine, à Clichy, en face d'Asnières. Le fleuve en est souillé jusqu'à Mantes, jusqu'à Vernon; des dépôts limoneux s'y forment et s'étendent davantage chaque année; le poisson y est détruit en raison de la diminution de l'oxygène dissous dans l'eau et de l'abondance des gaz méphitiques comme l'hydrogène sulfuré et des carbures d'hydrogène; ses bords en sont infectés. La quantité de microbes contenus dans l'eau du fleuve dépasse 20000 par centimètre cube. Il est impossible de l'utiliser pour les usages domestiques ni pour l'alimentation dans les départements en aval de Paris.

Depuis longtemps les pouvoirs publics, l'administration de la Seine et le Conseil municipal se sont émus de cette situation. C'est, en effet, en tout pays, une loi que toute ville traversée par un fleuve doit le rendre autant que possible à sa sortie, en aval, aussi pur qu'elle l'a reçu en amont.

La ville de Paris a été mise en demeure d'épurer ses eaux d'égout il y a vingt ans; c'est pour cela qu'a été tentée l'expérience de Gennevilliers, qui a si pleinement réussi, et c'est aussi pour cela qu'elle se propose de la continuer sur d'autres terrains également appropriés, tels que ceux de la plaine d'Achères et, en général, ceux des « caps » de la Seine. Les terrains d'Achères appartenant au domaine de l'État, l'intervention du Parlement est devenue nécessaire, tandis que s'il s'agissait de propriétés particulières, cette autorisation serait superflue. On a fait tant de bruit à ce sujet, pour des motifs plus ou moins étrangers à la question, que les projets d'extension des irrigations se sont trouvé arrêtés jusqu'à l'époque où le Sénat aurait adopté le projet de loi approuvé cet hiver par la Chambre des députés sur un excellent rapport de M. Bourneville.

On sait que la ville de Paris projette également de pratiquer, dans les immeubles de la capitale et dans le plus bref délai possible, le système du tout à l'égout, c'est-à-dire l'envoi dans les égouts de toutes les matières usées par la vie publique et journalière, soit les eaux de toilette, les eaux ménagères provenant des cuisines, le contenu des walter-closets, les eaux pluviales et d'arrosage, une partie des résidus de la voie publique, etc. Les eaux-vannes des égouts, formées de tous ces éléments, seront ainsi réparties sur des champs où leur utilisation agricole serait pratiquée comme à Gennevilliers, de façon à assurer en même temps leur épuration et à obtenir que l'eau recueillie souterrainement par des drains profonds soit rendue au fleuve aussi pure que possible. Tout à l'égout et épuration agricole des eaux d'égout, tels sont les deux termes de ce grave et intéressant problème.

Tout le monde est heureusement d'accord aujourd'hui pour reconnaître que les matières usées doivent être éloignées rapidement, avant toute fermentation, de la maison d'abord, puis de la ville; elles doivent être ensuite dénaturées de façon à ne présenter aucun danger ni le moindre inconvénient pour les populations riveraines. Le tout à l'égout a pour but et pour effet de ne laisser aucune immondice d'aucune sorte dans une habitation, de soustraire celle-ci aux émanations incommodes, sinon dangereuses, provenant des appareils d'évacuation, et de garantir contre toute pollution le sous-sol environnant; aussi ce système a-t-il recueilli l'adhésion de la très grande majorité des hygiénistes, surtout depuis qu'on a pu constater que toutes les villes où il est appliqué n'ont pas tardé à lui devoir en grande partie l'amélioration de leur état sanitaire, comme à Londres, Berlin, Bruxelles, Francfort, etc. On lui a préféré, au moins théoriquement, des canalisations spéciales pour les matières de vidange, bien qu'il ait fallu reconnaître que ces canalisations nécessitaient des appareils délicats et surtout une diminution excessive dans la dépense de l'eau, dépense qui est cependant la condition primordiale de la salubrité d'une habitation et d'une ville. On a craint enfin les émanations de l'égout par les bouches placées sur la voie publique; l'air de l'égout, surtout si celui-ci renferme des matières fécales, est encore redouté par quelques hygiénistes. Mais les faits et les recherches microbiologiques réduisent à néant ces appréhensions. L'air de l'égout a été trouvé à peu près dépourvu de germes, plus pur que celui des rues, partout où il a été analysé; ainsi que le dit si justement M. Cornil, on ne peut pas non plus craindre que les microbes accolés à la paroi des égouts s'en détachent pour voltiger dans l'air, car ils sont retenus contre cette paroi par l'humidité de la paroi et de l'air; d'ailleurs le tout à l'égout n'est autorisé qu'autant qu'il coule toujours de l'eau dans la cuvette et que la voûte ne s'assèche jamais. De même la buée, la vapeur d'eau qu'on voit sortir en hiver de la bouche des égouts, ne contiennent pas davantage de microbes. « L'air de la respiration, qui se voit aussi sous forme de vapeur d'eau quand la température extérieure est froide, ne contient pas de microbes, à l'état de santé ou de maladie (Grancher, Straus et Wurtz); et cependant il n'est pour ainsi dire pas de liquides qui renferment autant de microbes que la salive et le mucus qui humectent la bouche et l'arrière-gorge ».

Depuis longtemps aussi l'on ne se refuse plus à admettre, après l'avoir, il est vrai, fort contesté, que l'épandage sur un sol perméable des eaux-vannes provenant des égouts soit une pratique excellente et sans danger pour la santé publique. En dehors de l'exemple de Gennevilliers, on en peut citer cent autres, en France et à l'étranger, dont quelques-uns se continuent depuis des siècles. Afin de rajeunir leur opposition, les adversaires systématiques de cette grande œuvre de salubrité publique n'ont pas craint de prétendre qu'il n'en est plus de même lorsque les eaux d'égout contiennent des matières fécales renfermant elles-mêmes des microbes producteurs de maladies. Or, dans l'état actuel des choses à Paris, la Seine reçoit déjà directement les trois quarts des eaux d'égout, c'est-à-dire la plus grande partie des microbes pathogènes qui peuvent se cultiver dans l'eau, y séjourner à l'état vivant et aller porter des maladies infectieuses suivant tout le cours du fleuve; car il est difficile d'empêcher absolument qu'on emploie ces eaux pour les usages domestiques; il n'y a donc rien de plus mauvais que la situation actuelle. D'autre part, toutes les recherches récemment faites par MM. Cornil, Grancher, Miquel, Chamberland, Chantemesse, Widal, etc., confirment celles qui ont été pratiquées également à l'étranger: les eaux qui ont filtré à travers les champs d'irrigation sortent pures à l'extrémité des drains; elles ne contiennent pas plus de micro-organismes que les eaux de source les plus pures. La nappe souterraine ne renferme pas davantage de microbes. Il résulte enfin des expériences pratiquées

par MM. Cornil et Grancher, chacun de leur côté, que les microbes pathogènes versés à la surface du sol ne pénètrent pas à une profondeur de plus de 30 à 40 centimètres, si l'on se place dans les conditions de filtration de la terre de Gennevilliers.

Cependant M. Pasteur craint que les champs d'épandage sur lesquels on accumulerait chaque année de plus en plus de germes de maladies contagieuses, ne deviennent à un moment donné des foyers d'épidémies redoutables, d'autant plus dangereuses qu'elles éclateraient aux portes de Paris. M. Cornil, en consignant dans son rapport ces appréhensions, a le regret de dire qu'elles ne reposent sur aucun fait précis. Il s'exprime à cet égard avec une grande franchise et une parfaite modération, comme on peut en juger par les termes suivants :

« Si nous recherchons ce que deviennent les microbes pathogènes placés à la surface d'un sol cultivé, nous nous trouvons en face de l'inconnu. Que deviennent-ils au milieu de cette combustion de la matière organique qui s'effectue sous l'influence de l'air et des microbes nitrificateurs? On l'ignore. On sait cependant que dans les eaux-vannes répandues à la surface du sol prédominent les microbes saprogènes qui sont en quantité considérable relativement aux microbes pathogènes qui peuvent s'y trouver accidentellement. On suppose alors qu'en vertu de la concurrence vitale et de la prédominance des premiers, les seconds ne peuvent se développer et meurent.

« Il ne faut pas croire, d'ailleurs, que les microbes pathogènes conservent longtemps leur virulence primitive. Même en les plaçant dans les milieux nutritifs les mieux appropriés à leur développement, ils finissent par devenir inoffensifs au bout de quelques semaines pour les uns, de quelques jours pour les autres. Les seuls qui conservent longtemps leurs propriétés nocives sont ceux qui possèdent la propriété de former des spores durables, ceux du charbon par exemple, qui ont été souvent cités par les adversaires de l'épandage. Cette maladie est extrêmement rare à Paris.

« M. Pasteur a d'ailleurs démontré que les microbes soumis à l'action de l'air s'atténuent, c'est-à-dire deviennent tout à fait inoffensifs. C'est d'après lui un mode général d'atténuation des micro-organismes. C'est sur l'action de l'air qu'est basée en particulier une de ses plus belles découvertes, la transformation du virus du choléra des poules en vaccin préservateur. Ce qui se passe au moyen de l'air dans les tubes d'un laboratoire doit à plus forte raison avoir lieu dans les champs.

« L'action de la lumière, et surtout des rayons du soleil, doit être aussi invoquée dans le même sens. M. Arloing a démontré l'année dernière qu'il suffisait d'exposer au soleil, pendant moins d'une heure, un tube plein de virus charbonneux pour le rendre inoffensif. On n'a pas encore déterminé scientifiquement l'action du soleil sur d'autres microbes et nous ne savons pas les ravages que peut produire un coup de soleil sur les microbes pathogènes.

« Le microbe du charbon n'est pas le seul qui possède des spores durables. Le bacille de la fièvre typhoïde en possède aussi, mais nous ignorons ce qui advient à ces parasites dans le sol; on ne connaît pas sûrement les spores d'autres bactéries pathogènes de l'homme. Ces dernières se détruisent donc ou s'atténuent assez rapidement. La terre, qui est le grand réceptacle des microbes, est en même temps leur grand cimetière.

« La science est toujours en évolution, mais ses progrès sont lents. *Ars longa*... Si l'on devait attendre qu'elle fût fixée sur les points soulevés par le projet de loi actuel, c'est à un autre siècle qu'il faudrait le renvoyer. En face du danger croissant et réel, bien démontré, de l'infection de la Seine, contentons-nous donc de la solution qui est aujourd'hui démontrée comme la meilleure.

« Il est certain, en hygiène urbaine, qu'il vaut mieux éloigner le plus tôt possible les microbes et les répandre sur des champs cultivés que de les garder dans les maisons et dans les rues ou d'en salir un fleuve transformé en un grand égout à ciel ouvert. Sur le terrain de la microbiologie, M. Pasteur ne peut prouver la réalité de ses craintes, pas plus que les partisans du projet ne veulent démontrer qu'il n'y a aucun inconvénient à manger crus des légumes ou des fruits qui ont été en contact avec le sol. L'hygiéniste doit faire là des réserves, non seulement pour ceux qui proviennent des terres d'épandage, mais aussi de tout jardin, de toute terre employée à la culture maraîchère. Par contre tout légume cuit est inoffensif. »

Ainsi, le projet de la ville de Paris se résume en une solution qui ne laisse place à aucune hésitation et satisfait aux besoins les plus immédiats et les plus impérieux de la santé publique. Si nous voulions suivre ses adversaires dans toutes les considérations où il leur a plu de s'égarer, nous aurions surtout à reprendre l'exposé, tant de fois fait déjà, des compétitions locales dont elle a été l'objet. Aujourd'hui il n'en saurait plus être ainsi et puisque en tant de villes et sur tant de sols l'épandage des eaux d'égout, plus ou moins chargées de matières excrémentitielles, a toujours assaini ces villes, procuré à la nappe et au fleuve voisin une eau d'épuration parfaite, conservé aux habitants une atmosphère saine et fourni une culture agricole sans danger, voudrait-on forcer la ville de Paris à continuer à infecter et à contaminer la Seine ; préférerait-on voir la capitale s'entourer d'usines insalubres et incommodes, et les rues et les habitations devenir le réceptacle d'odeurs nauséabondes? Une pareille éventualité ne saurait être admise; le Sénat ne peut que confirmer le vote de la Chambre et des nombreuses Commissions techniques où, depuis vingt ans, les enseignements du bon sens et de l'hygiène ont toujours fini par l'emporter.

CLINIQUE MÉDICALE

De l'adénome du foie.

I

L'histoire de l'adénome du foie, quoique de date récente, a passé par de nombreuses péripéties; les travaux auxquels elle a donné lieu dans ces derniers temps ont un intérêt majeur au point de vue de la pathologie générale et, bien que les problèmes qu'elle soulève à cet égard soient loin d'être résolus, il n'en importe pas moins de résumer les données acquises et aussi de montrer sur quel terrain porte aujourd'hui la controverse.

Après la publication du fait si souvent cité de Griesinger, qui a servi de base aux recherches de Rindfleisch sur l'histologie de l'adénome hépatique (*Arch. der Heilk.*, 1864), parurent une série de travaux dont les auteurs, tels que Lancereaux, Willigk, Greenfield, Quinquaud, confondirent sous cette dénomination des lésions bien différentes : tumeurs solitaires, enkystées ou non, hyperplasies lobulaires sans arrangement spécial des cellules; enfin néoplasies à cellules groupées en cylindres pleins ou creux. De ces néoformations les unes étaient restées latentes au point de vue symptomatique, les autres avaient évolué à la manière de tumeurs malignes.

Ce sont MM. Kelsch et Kiener qui, dans leur intéressant

mémoire des *Archives de physiologie* (1876), ont pour la première fois jeté quelque lumière dans ce chaos en réservant la dénomination d'adénome aux néoplasies à type tubulé; de plus, ils insistèrent sur les relations de ce néoplasme avec la cirrhose hépatique. Leur manière de voir fut adoptée par Rendu dans son si consciencieux article Foie du *Dictionnaire encyclopédique* (1879), et aussi par Schüppel dans le *Ziemssen's Handbuch* (1880). Ce dernier auteur ne put réunir dans la littérature scientifique que cinq cas d'adénome vrai: ceux de Griesinger-Rindfleisch, Greenfield, Birch-Hirschfeld, en dehors des deux observations de Kelsch et Kiener. Tout en décrivant l'adénome parmi les variétés de cancer entre le mélano-sarcome et le sarcome, Schüppel paraît hésiter sur la signification à lui assigner en nosographie. Cette néoplasie est, dit-il, l'avant-marche (*Vorstufe*) de l'évolution cancéreuse; telle elle peut rester ou au contraire devenir franchement cancéreuse. La doctrine n'est donc pas encore établie; aussi dans l'article consacré à l'étude clinique du cancer, qui fait suite à celui de Schüppel, voyons-nous Leichtenstern distinguer, à propos du diagnostic, deux variétés d'adénome, l'une cliniquement analogue au cancer (adéno-carcinome), l'autre à évolution analogue, mais plus lente (adénomes multiples).

Le terrain de la discussion se déplace quelque peu avec l'intéressant travail de Sabourin (Thèse de Paris, 1881). C'est sur les rapports de l'adénome avec la cirrhose atrophique que cet histologiste insiste surtout, en essayant de démontrer que cette tumeur, produit épithélial, constitue une phase intermédiaire entre l'inflammation chronique du tissu conjonctif et le cancer proprement dit.

Dès lors les relations de l'adénome avec la cirrhose d'une part, le cancer de l'autre, dominent en quelque sorte le débat et les assez nombreuses observations qui ont été publiées depuis, témoignent de l'incertitude de la science sur ce point; parmi ces travaux, nous mentionnons surtout la note de Giraudeau et Legrand, publiée dans ce journal même en 1887, la relation d'un fait observé dans notre service par notre très distingué interne Brühl (*Rev. de méd.*, octobre 1888) et surtout le mémoire des *Archives générales de médecine*, 1885, où Brissaud se rallie à la conception de Sabourin.

Tout autre est l'interprétation que soutiennent Hanot et Gilbert dans leurs si remarquables *Études sur les maladies du foie* qui viennent de paraître (Paris, 1888). Ces auteurs ont eu la bonne fortune de recueillir un certain nombre d'observations inédites de « cancer avec cirrhose », dénomination qu'ils donnent à l'adénome. C'est leur description qui nous servira surtout de guide dans le rapide exposé qui va suivre des lésions adénomateuses du foie et des symptômes qui s'y rattachent.

II

Le foie adénomateux est en général augmenté de volume; son poids, qui est d'habitude de 2 à 3 kilogrammes, peut être beaucoup plus élevé, 6 kilogrammes dans le fait de Griesinger. A l'aspect extérieur déjà, on remarque deux ordres de lésions: granulations de cirrhose atrophique et nodosités adénomateuses qui, les unes et les autres, hérissent la surface de l'organe. Les premières offrent leurs caractères bien connus; les secondes se présentent sous forme de saillies ordinairement hémisphériques, d'un volume fort inégal, allant d'un grain de mil à celui d'une noisette ou même davantage. Au début, elles ont une consistance ferme et une coloration blanc jaunâtre; à une période plus avancée, elles se ramollissent et se transforment en une bouillie jaune foncé ou colorée par du pigment sanguin.

A la coupe on trouve également les bandes de sclérose annulaire combinées avec des foyers adénomateux plus ou moins diffus dans le parenchyme ou les enkystant; lorsque leur dégénérescence est avancée, ils fournissent par le raclage un peu de suc, d'aspect cancéreux.

Fait très important: si le processus adénomateux respecte les vaisseaux et ganglions lymphatiques, il envahit au contraire avec une grande activité le système veineux et l'on trouve des bourgeons néoplasiques dans les branches de la veine porte et dans les veines sus-hépatiques. C'est par cette voie que peut s'effectuer la propagation de l'adénome au péritoine et aux poumons où l'on rencontre assez souvent de petites tumeurs ayant absolument le même aspect que celles du foie.

L'ascite est constante et très abondante; quant à la rate, elle est de consistance variable, tantôt ratatinée par la sclérose, tantôt, au contraire, congestionnée et augmentée de volume.

A l'examen histologique, l'adénome offre des caractères qui justifient la dénomination d'épithéliome tubulé ou trabéculaire que lui donnent Hanot et Gilbert; il se compose d'un stroma et de travées néoplasiques. Le stroma est représenté soit par la paroi des capillaires, soit par du tissu conjonctif provenant de la sclérose péri-capillaire. Quant aux travées, elles sont pleines ou canaliculées; les cellules qui les constituent, dues à la prolifération des cellules glandulaires, sont de formes et de dimensions très variables; elles ont un ou plusieurs noyaux et un protoplasma habituellement granuleux.

Parfois les travées se déforment, sont envahies par le tissu conjonctif ou éclatent pour donner naissance à un épithéliome diffus.

En général il est facile de suivre la genèse de la lésion. On voit les travées néoplasiques se continuer avec les travées normales du foie, dont les éléments constitutifs prolifèrent pour aboutir à la formation du tissu pathologique.

Notons enfin que le foyer adénomateux peut subir diverses modifications: dégénérescence graisseuse, nécrobiose, enfin infiltration hématique comme le fait de Brühl en fournit un bel exemple.

Quant aux lésions de sclérose, elles offrent tous les caractères de la cirrhose veineuse, sans présenter rien de particulier à signaler.

III

Ces deux éléments, sclérose et néoplasie, que l'anatomie pathologique nous montre associés dans le processus adénomateux se retrouvent dans la symptomatologie, si bien qu'en présence de faits pareils les cliniciens hésitent toujours entre le diagnostic de cirrhose et celui de tumeurs malignes, tels que cancer ou kyste hydatique.

D'habitude ce sont des troubles digestifs qui ouvrent la scène morbide: anorexie, lenteur de la digestion, nausées, alternatives de constipation et de diarrhée. Puis les malades accusent une sensation de pesanteur ou d'endolorissement dans l'abdomen; les urines sont rares, chargées de sédiments uratiques; il existe un certain degré d'émaciation et d'affaiblissement général. Aussi, lorsque l'ascite apparaît, le diagnostic de cirrhose au début s'impose-t-il en quelque

sorte, d'autant que le foie ne paraît pas augmenté de volume, d'autant encore qu'on trouve d'habitude dans les antécédents des malades, soit des manifestations d'impaludisme, soit plus fréquemment, des excès alcooliques avérés.

Cette période peut durer quelques mois, parfois même avec des alternatives d'amélioration passagère dues sans doute au régime, sans que souvent l'état général paraisse très gravement atteint, ni qu'il se produise des phénomènes de cachexie; mais l'ascite devient de plus en plus abondante, nécessitant des ponctions répétées, qui donnent issue à un liquide presque toujours séreux, très rarement hémorrhagique (fait de Brühl). Peu à peu l'examen du foie révèle des particularités qui cadrent mal avec le diagnostic de la première heure. Très variables d'ailleurs, suivant la proportion respective des lésions cirrhotiques et adénomateuses, sont les résultats de cette exploration. Tantôt un des lobes du foie est ratatiné, tandis que l'autre, dépassant de plusieurs travers de doigt les fausses côtes, donne à la main la sensation de nodosités peu étendues ou d'une vaste tumeur dure et rénitente; tantôt la glande hépatique est hypertrophiée dans toute son étendue, parsemée de saillies marronnées, analogues à celles du cancer secondaire. Enfin, l'apparition d'un ictère plus ou moins intense, que la cirrhose vulgaire ne connaît point, vient encore augmenter l'incertitude.

Au bout d'un certain temps il se produit une brusque aggravation dans l'état général; pendant que les signes physiques s'accusent de jour en jour, les symptômes de cachexie qui avaient manqué jusqu'à cette heure apparaissent. Dès lors le marasme fait de rapides progrès et la mort survient promptement dans l'adynamie ou le coma.

En résumé, à part certains cas à marche plus aiguë, on peut distinguer trois phases dans l'évolution morbide, la première où il n'existe que des phénomènes imputables à une cirrhose, la seconde où les signes physiques rendent très problématique ce diagnostic, sans permettre encore de conclusions formelles; la troisième enfin où s'affirme l'extrême malignité du processus. D'habitude cette dernière période est rapide, tandis que les premières sont plus ou moins longues; aussi la durée de la maladie est-elle très variable; d'après Hanot et Gilbert, elle oscille de cinq semaines à seize mois.

La mort peut d'ailleurs survenir, du fait d'une complication, à une période peu avancée du processus; c'est ainsi que chez le malade de Brühl, elle se produisit à la suite d'une hémorrhagie intra-péritonéale dans le quatrième mois, alors qu'il n'existait encore aucun phénomène nettement cachectique.

IV

Il nous faudrait maintenant, avec les données que nous fournissent l'anatomie pathologique et l'observation clinique, discuter les points les plus controversés de l'histoire de l'adénome. Quels sont les rapports de cette néoformation avec la cirrhose? doit-on en faire une variété de cancer primitif du foie? C'est sur ces deux points que porte le débat à l'heure actuelle.

Nous nous trouvons en présence de trois opinions contraires. Pour M. Lancereaux la sclérose serait consécutive à l'infiltration adénomateuse : hypothèse admissible dans certains cas, mais qui ne saurait s'appliquer à ceux où il n'existe que quelques nodosités néoplasiques, perdues en quelque sorte au sein d'une sclérose étendue à tout l'organe.

Pour Sabourin et Brissaud c'est par la cirrhose que débuterait le processus, l'adénome n'en est qu'une complication, comme elle d'ordre inflammatoire et non spécifique; celui-ci à son tour pourrait se transformer en tumeur infectante; il représenterait donc une étape intermédiaire entre l'irritation phlegmasique banale et la lésion maligne et spécifique.

Hanot et Gilbert soutiennent au contraire, comme l'avaient déjà fait Kelsch et Kiener, que la cirrhose et l'adénome évoluent d'une manière simultanée, l'agent irritatif, le *nisus formativus*, agissant à la fois sur le tissu conjonctif et l'élément épithélial si bien que l'un comme l'autre, l'adénome plus rarement il est vrai, peuvent se développer isolément. En outre, pour Hanot et Gilbert, rien n'autorise à mettre l'épithéliome trabéculaire dans une autre catégorie que les autres variétés d'épithéliome, qui ressortissent incontestablement au cancer primitif; aussi le décrivent-ils sous cette rubrique à côté du cancer massif et de l'épithéliome alvéolaire qui infectent l'économie par la voie lymphatique, tandis que la production des tumeurs secondaires est, pour l'adénome, secondaire à l'envahissement néoplasique du système veineux hépatique.

Il nous semble bien difficile de se prononcer dès à présent dans ce litige. D'un côté, en effet, nos souvenirs ou mieux nos impressions cliniques nous montrent dans l'évolution morbide deux phases successives qui cadrent bien avec la conception de Sabourin; de plus, les travaux de cet histologiste sur les adénomes du rein (*Rev. de méd.*, 1884 et 1885) et celui de Ménétrier sur les polyadénomes de l'estomac (*Arch. de physiol. norm. et path.*, 1888) semblent prouver qu'une pareille transformation d'un processus inflammatoire chronique en lésions malignes par l'intermédiaire d'une néoplasie adénomateuse peut se produire dans ces deux organes; enfin, en vertu des idées régnantes ou peut-être des préjugés établis, nous éprouvons quelque répugnance à admettre que la même influence pathogénique puisse amener simultanément une phlegmasie banale et une lésion maligne spécifique. Mais, d'autre part, on ne saurait contester que la description histologique de l'épithéliome trabéculaire, telle que la donne Sabourin aussi bien qu'Hanot et Gilbert, nous conduit en quelque sorte d'une manière irrésistible à rapprocher cette néoplasie et ce, dès son début, des cancers typiques. Faut-il ajouter qu'une fois de plus éclate ici l'impuissance de l'histologie à fournir la caractéristique de la malignité?

D'ailleurs tous les auteurs s'accordent pour reconnaître l'origine inflammatoire du processus; par la nature des causes qui président à son apparition, telles que l'impaludisme et l'alcoolisme, par la note proliférative des lésions épithéliales qui la constituent et de la sclérose qui l'accompagne, l'adénome, aussi bien du reste que les diverses variétés de cancer primitif du foie, porte en quelque sorte le cachet de l'inflammation. Si la sclérose est une hépatite conjonctive, l'adénome est une hépatite épithéliale.

Mais dans ce dernier cas en outre il existe un caractère qu'on ne trouve pas dans la sclérose vulgaire, le caractère infectant. D'où provient-il? Doit-on, à défaut d'une origine parasitaire plus que problématique, invoquer une auto-intoxication, de même qu'à côté des maladies infectieuses il existe des dyscrasies dont l'organisme fait tous les frais? Mais nous touchons ici à la question si controversée aujour-

d'hui de l'origine des cancers qui mérite d'être étudiée en détail et non d'une façon incidente. Bornons-nous donc aujourd'hui à constater avec Hanot et Gilbert que l'on en revient quelque peu à la doctrine, naguère si délaissée, des Portal et des Broussais sur l'origine inflammatoire des processus cancéreux.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

De l'entéroptose de Glénard. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 23 novembre 1888, par M. le docteur Féréol, médecin de l'hôpital de la Charité.

Il y a près de deux ans, j'ai eu l'honneur de lire à la Société des hôpitaux un rapport sur un travail de M. le docteur Frantz Glénard, de Lyon, travail intitulé: *Entéroptose et neurasthénie*, qui vous avait été présenté par notre secrétaire général M. Desnos et qui a été publié intégralement dans le numéro du 19 mai 1886 de la *Semaine médicale*.

Le mémoire se décompose en deux parties: une partie anatomo-physiologique, qui comprend une excellente étude du tube digestif à un point de vue original et nouveau, au point de vue de ce que j'ai appelé la *statique intestinale*, c'est-à-dire de la situation réciproque des viscères abdominaux, étude dont M. Glénard nous a fait dans le laboratoire de M. Cornil à l'Hôtel-Dieu, une démonstration nécropsique, en présence de M. Hérard et d'un assez nombreux auditoire. Tous ceux qui ont assisté à cette séance ont rendu justice, non seulement au talent d'exposition de l'auteur, mais, ce qui est plus important, à la justesse et à la nouveauté de ses observations.

Dans mon rapport, je n'ai pas ménagé l'éloge à cette partie du travail de M. Glénard, qui, à elle seule, mérite la plus sérieuse attention.

La seconde partie du mémoire est toute clinique. D'après l'auteur, un grand nombre d'états morbides complexes, difficiles à comprendre et encore plus à guérir, qui ne semblent correspondre à aucune lésion organique, et sont désignés habituellement sous les noms de neurasthénie, névroses, états névropathiques, dyspepsie intestinale, cachexie cérébro-cardiaque, vertige stomacal, etc., reconnaissent pour point de départ un dérangement dans la statique intestinale; le coude droit du côlon ascendant est abaissé, et entraîne le côlon transverse qui se place en écharpe au travers de l'abdomen; l'estomac lui-même suit le mouvement et s'abaisse; en même temps, il peut exister une chute de tout le paquet de l'intestin grêle, dont les anses rétrécies, revenues sur elles-mêmes, forment un poids qui tire sur l'artère mésentérique; celle-ci, comprise dans l'épaisseur du repli péritonéal qui l'entoure, forme une véritable corde qui aplatit et écrase le duodénum; de là un obstacle à la progression des matériaux de la digestion; de là encore la dilatation du duodénum et *secondairement* celle de l'estomac; de là encore tous les troubles physico-chimiques d'une digestion gravement entravée, et toutes sortes de retentissements réflexes ou infectieux sur le cerveau, le cœur, les poumons et sur la nutrition générale. Dans ces conditions le foie se congestionne, et peut s'abaisser aussi, ainsi que la rate, et plus souvent encore le rein; des déviations utérines peuvent encore venir compliquer ce tableau, et bon nombre de femmes, d'après M. Glénard, auraient subi des traitements utérins de toutes sortes, qui n'avaient, en réalité, que les troubles symptomatiques de l'entéroptose.

Tous ces symptômes, si variables qu'ils défient toute description, un traitement bien simple, presque uniforme, mais dirigé avec fermeté et persévérance, peut les guérir radicalement s'ils ne sont pas invétérés, les soulager de la manière la plus avantageuse pour le malade et pour le médecin, dans presque tous les autres cas, quelque graves qu'ils paraissent, quelque anciens qu'ils soient.

Ce traitement repose sur les bases suivantes: 1° combattre les troubles digestifs au moyen d'un régime un peu spécial, aidé par des doses de bicarbonate de soude plus fortes qu'on ne les prescrit couramment, et aussi au moyen de purgatifs salins répétés quotidiennement pendant fort longtemps, mais à petites doses; 2° lutter contre les déplacements intestinaux au moyen de ceintures, bandages, sangles appropriées et munies de pelotes plus ou moins volumineuses, dans le but de suppléer à l'insuffisance de la paroi abdominale, de relever ou soutenir les anses de l'intestin gros ou petit, l'estomac qui tend à s'abaisser, ou les viscères, foie, rate ou rein devenus mobiles.

Cette seconde partie du travail de M. Glénard, la plus importante à coup sûr, à cause de son intérêt pratique, me séduisait, je l'avoue, non seulement parce qu'elle formait un ensemble logique, bien déduit, et qu'elle était appuyée sur un nombre respectable d'observations détaillées, prises et bien prises par l'auteur; mais aussi parce qu'elle semblait me donner la clef de bien des problèmes que j'avais rencontrés dans ma carrière, et qui étaient restés pour moi sans solution satisfaisante.

Néanmoins, un peu sceptique par nature autant que par système, je faisais mes réserves et disais en terminant mon rapport que le temps seul devait juger la question.

Aujourd'hui, messieurs, après deux ans d'études et d'observations, je crois pouvoir être plus affirmatif, et, si vous voulez le permettre, je vous ferai part du résultat auquel je crois être arrivé.

En cherchant à retrouver sur les malades qui se présentaient à moi, soit à l'hôpital, soit dans ma clientèle, la réalité des faits avancés par M. Glénard, j'ai eu quelque peine, je ne le cache pas, surtout au début, et j'en ai encore aujourd'hui dans bien des cas, à saisir les signes physiques de l'entéroptose. Que de difficultés, que d'incertitudes dans les résultats de la palpation abdominale! La corde cæcale se distingue encore assez souvent; mais la corde transverse, en écharpe, comment la discerner? Il m'a semblé cependant que lorsqu'on trouve un rein mobile cette constatation était plus facile à faire, surtout chez les sujets maigres. Il semblerait, si j'en crois mon expérience encore un peu courte, que dans ce cas les déviations soient plus prononcées, la maladie plus caractérisée dans son désordre physique et appréciable.

Quant au diagnostic du rein mobile, il est facile si on se conforme aux règles pratiques, un peu minutieuses, qui peuvent même sembler bizarres dans la formule cynégétique adoptée par M. Glénard (affût, capture, échappement), mais qui seules permettent d'affirmer qu'on n'a pas affaire à un abaissement du foie, ou à une tumeur du mésentère, de l'épiploon.

Lorsqu'on a reconnu par le palper la présence de la corde colique transverse, l'entéroptose est constatée; elle est certaine. Mais quelque importance que présente ce signe, il faut s'en passer pour faire le diagnostic, parce que très souvent, chez les obèses surtout, il sera impossible de le constater. D'ailleurs, d'après M. Glénard, il n'apparaît qu'à une période avancée de la maladie.

A quoi donc s'attacher alors pour reconnaître l'entéroptose?

On peut poser en principe que chez tout malade qui se plaint de ces troubles vagues qu'on a désignés sous le nom de neurasthénie, il faut soupçonner l'entéroptose. Chez les névralgiques à douleurs de toutes formes et de tous siéges,

chez les faux cardiaques à palpitations sans lésion appréciable, chez les hypochondriaques, les vésaniques sujets aux scrupules, aux idées noires, à l'obsession, et surtout chez les malades femmes de cette vaste catégorie, soupçonnez et cherchez l'entéroptose. Vous trouverez peut-être autre chose; tous ces malades, bien entendu, ne rentreront pas dans le cadre de M. Glénard; mais plusieurs très probablement lui appartiendront, et relèveront de sa curation à leur grande satisfaction et à celle de leur médecin.

Comment les reconnaître?

Cherchez d'abord les troubles digestifs: constipation habituelle, interrompue de temps à autre par des débâcles diarrhéiques; parfois diarrhée habituelle; bouche amère, pâteuse; langue sale; flatulence, etc..., tous les signes de la dyspepsie, telle qu'elle a été décrite magistralement par Chomel. Parmi ces signes, il en est deux auxquels il convient d'attacher une importance particulière: 1° l'intolérance pour le lait, qui est mal digéré, alors même que le malade n'y répugne pas; 2° une espèce particulière d'insomnie; le malade s'endort bien en se couchant, mais entre deux et quatre heures du matin, il est réveillé par un malaise variable dans son expression, mais qui ne lui permet plus de se rendormir, si ce n'est deux ou trois heures plus tard.

Quand ces deux signes existent au milieu des autres, on peut presque à coup sûr diagnostiquer l'entéroptose.

Beaucoup de ces malades accusent une sensation de poids à l'estomac, de défaillance, de délabrement, surtout quand ils sont debout, ou quand ils ont fait une marche un peu prolongée; quelques-uns disent que leur estomac s'allonge, descend dans le bas-ventre, sensation fort exacte et absolument caractéristique. Beaucoup ont des vertiges, des menaces de syncope, spécialement quand ils se tournent dans leur lit du côté droit.

Or, chez ces malades, faites une expérience bien simple: lorsqu'ils sont debout, placez-vous derrière, passez vos bras sous leurs aisselles, et appuyez vos deux mains à plat sur le bas-ventre en pressant de bas de haut, de manière à soulever tout le paquet intestinal. Les malades déclareront qu'ils sont instantanément soulagés, qu'ils respirent mieux, se sentent plus légers. Ceci fait, écartez vos mains, et laissez les viscères redescendre dans leur position habituelle; instantanément aussi, le malaise reparaît, les tiraillements, le sentiment de défaillance. Chez un malade que je viens de voir ces jours derniers, cette dernière manœuvre provoquait instantanément une émission bruyante de gaz par la bouche.

Lorsque cette double épreuve réussit, vous pouvez être fixé. Le malade est justiciable de la sangle, du régime, des alcalins et des laxatifs; vous pouvez lui annoncer que sa guérison dépend de lui et de sa docilité à suivre vos prescriptions.

Malheureusement, pas plus qu'un autre, ce signe n'est pathognomonique; il peut faire défaut alors que l'entéroptose est cependant constituée. Le malade peut même trouver que la pression sur le ventre est douloureuse à ce point qu'il est impossible de faire tolérer une ceinture. C'est alors (à défaut des signes physiques, puisque je raisonne toujours dans cette hypothèse) sur la corrélation des signes dyspeptiques avec les sympômes neurasthéniques, sur leur enchaînement, qu'il faut s'appuyer pour asseoir sinon une certitude, au moins une probabilité, et, si l'on penche pour l'entéroptose, on essayera de divers subterfuges pour faire tolérer la première application de la ceinture; une piqûre de morphine, un massage avec un liniment calmant, le stipage de Bouilly, pourront endormir la première impression douloureuse; et celle-ci une fois calmée, il peut arriver que la malade, non seulement tolère le bandage, mais ne veuille plus le quitter même la nuit.

L'étiologie de la maladie fournira souvent des indications précieuses pour le diagnostic.

Très souvent les accidents pour lesquels on consulte le médecin se sont installés à la suite d'une couche ou d'une fatigue excessive, d'une longue course ou d'un traumatisme quelconque. La malade a senti un craquement, et depuis lors elle est tombée petit à petit dans une série de malaises toujours grandissants.

Ce renseignement est très important; l'entéroptose puerpérale est, d'après M. Glénard, la plus fréquente de toutes, 60 pour 100. Toutes les maladies du tube digestif, la fièvre typhoïde particulièrement, la dysenterie sont susceptibles d'amener à leur suite l'entéroptose; on peut l'observer encore dans toutes les maladies chroniques avec dénutrition.

Je ne puis vous refaire ici une seconde édition du mémoire de M. Glénard; je veux seulement vous en donner une idée générale et résumée.

Or, si je ne me trompe, de tout ce que je viens de dire il résulte que les malades de M. Glénard font partie de ceux que M. le professeur Bouchard catégorise sous le nom de *dilatés;* et ceci apparaîtra bien plus clairement encore si j'ajoute que la dilatation de l'estomac existe chez un grand nombre des malades de M. Glénard.

Est-ce donc à dire que les faits sur lesquels ont travaillé les deux observateurs soient exactement les mêmes et que l'interprétation seule diffère?

Je serais tenté de croire que M. Glénard est de cet avis.

S'il en était ainsi, je ne partagerais pas tout à fait son sentiment.

La théorie du professeur de pathologie générale de la Faculté de Paris repose sur une conception bien plus ample que celle du médecin de Lyon.

Ainsi que l'a déjà fait remarquer M. Dujardin-Beaumetz à la Société des hôpitaux, on peut dire que M. Bouchard s'est quelque peu inspiré des idées de Beau sur la dyspepsie. Rien d'étonnant à cela. Le patrimoine des grandes questions de pathologie générale appartient à tous; c'est le fonds commun sur lequel chacun laboure et sème, et il est d'ailleurs assez limité. Mais tout le monde n'y récolte pas. Ceux-là seuls moissonnent qui ont su rajeunir les procédés et les méthodes de leurs aïeux. Or il est incontestable que M. Bouchard a singulièrement rajeuni et fait siennes les doctrines du passé auxquelles il se rattache; et il les a faites siennes, non seulement parce qu'il leur a apporté l'important contingent des progrès considérables qu'ont faits les sciences dites autrefois *accessoires* de la médecine, désignées aujourd'hui plus justement du nom de sciences *auxiliaires* de la médecine, mais parce qu'il a dans ses systématisations renouvelé le point de départ et modifié l'ordre et l'enchaînement des idées.

C'est ainsi que pour Beau, la dyspepsie, trouble fonctionnel assez vague, indéterminé non seulement dans son essence, mais variable dans son processus, était antérieure à la dilatation stomacale, et constituait le *primum movens* d'un grand nombre de maladies qui se développaient à sa suite comme des conséquences éloignées et tardives, à la façon des symptômes tertiaires de la syphilis.

M. Bouchard, au contraire, obéissant à la tendance moderne qui cherche à trouver une localisation et une altération organique au début de toute évolution pathologique, fait de la dilatation stomacale le point de départ le plus habituel de la dyspepsie. En sorte que, s'il se rattache à Beau par la conception générale de la dyspepsie comme cause, au moins déterminante, d'un grand nombre de malades, il se sépare de lui par la façon dont il entend la genèse et la nature même de la dyspepsie.

En outre, pour M. Bouchard, la question de la dilatation gastrique, si vaste qu'elle soit, puisqu'elle embrasse à elle seule une grande partie de la pathologie, n'est encore qu'un

chapitre particulier de ses études sur les maladies par ralentissement de la nutrition.

Quelque intérêt que présentent les études de M. Glénard, et je crois qu'elles en ont beaucoup, elles n'ont point cette envergure et n'y prétendent point du reste.

Pour nous borner à la dilatation de l'estomac, il est bien évident que le travail de M. Glénard ne s'adresse pas tout au moins à ce que M. Bouchard a décrit sous le nom de *forme latente* de la dilatation gastrique. Or, selon l'éminent professeur, cette forme est la plus fréquente puisqu'elle comprend les deux tiers des cas, et ce n'est pas seulement à cause de sa fréquence relative qu'elle a à ses yeux une grande importance; c'est surtout parce qu'elle peut conduire aux autres formes, et que c'est sur cette conception même que repose toute la théorie générale de l'œuvre.

Cette réserve faite, je dois convenir que beaucoup des autres formes de la maladie de Bouchard peuvent dans bien des cas rentrer dans l'entéroptose, principalement les formes *larvées*, les formes *dyspeptiques*, *hépatiques*, *rénales*, *cardiaques*. S'il en est ainsi, en serrant de plus près la question, en trouvant dans ces formes une lésion spéciale capable de les expliquer, et qui offre à la médication une prise nouvelle, M. Glénard aurait rendu un véritable service, et nous ne saurions trop le reconnaître.

Or, sa prétention à ce sujet me paraît se justifier, non seulement par l'étude de l'évolution de la maladie qui quelquefois est apparue brusquement à la suite d'un traumatisme, mais aussi par des vérifications nécropsiques, et par les résultats, très surprenants dans leur promptitude et dans leur efficacité, de la médication.

Permettez-moi ici quelques exemples justificatifs; je serai le plus bref que je pourrai.

Au point de vue nécropsique, je vous rappellerai d'abord une expérience faite sur le cadavre et que tout le monde peut répéter.

Sur un sujet quelconque, tiraillez doucement, en l'abaissant, le feuillet épiploïque qui réunit la grande courbure de l'estomac au côlon transverse ; et choisissez pour opérer cette traction (ceci est très important) le point qui correspond à l'union du tiers droit avec les deux tiers gauches du côlon transverse; vous verrez l'estomac obéir facilement à cette traction et se déplacer en suivant l'abaissement du côlon transverse. Un peu à droite, un peu à gauche de ce point, l'estomac résiste à la traction ; et c'est pourquoi M. Glénard a donné à ce point où la connexion de l'estomac et du côlon transverse paraît beaucoup plus intime le nom de ligament pylori-colique.

Ceci est déjà une présomption en faveur de la théorie. Voici mieux : dans certaines autopsies, encore rares il est vrai, mais qui se multiplieront, j'en suis sûr, maintenant qu'on y regardera, le fait a été constaté aussi nettement que possible.

Dans mon rapport fait à la Société des hôpitaux, le 24 décembre 1886, j'ai déjà signalé une autopsie faite par M. Legroux (*Bulletin de la Société*, 1885, p. 828). La mort avait été causée par un pseudo-étranglement intestinal. « *Le seul obstacle mécanique*, dit M. Legroux, *résidait dans la tension de l'artère mésentérique passant au-devant du jéjunum*, tension produite par la masse de l'intestin grêle pelotonnée sur elle-même, réduite à un enroulement de cordons gros comme le doigt. » C'est exactement la description de l'entéroptose invétérée de M. Glénard.

L'an dernier, à la séance du 12 août, notre collègue, M. le docteur Danlos, nous apportait un fait d'autant plus important que notre collègue ne connaissait que d'une manière très imparfaite, de son propre aveu, la question de l'entéroptose. Or il nous exhibait une aquarelle représentant une autopsie dans laquelle on constatait de la manière la plus saisissante : l'abaissement du coude gauche du côlon, la corde transverse formant écharpe oblique, le paquet intestinal descendu dans le petit bassin et réduit à un amas d'anses à peine grosses comme le petit doigt, l'artère mésentérique tendue comme une corde au-devant du duodénum, et enfin une dilatation du duodénum et de l'estomac atteignant, surtout le duodénum, des proportions vraiment colossales. C'est le tableau le plus complet qu'on puisse voir de l'entéroptose. Le malade avait succombé à une cachexie progressive avec des vomissements incoercibles et de la constipation, présentant à peine quelques tubercules crus aux sommets des deux poumons.

Le numéro de la *Gazette des hôpitaux* du 22 septembre dernier a publié, de M. Cuilleret, interne à Lyon, un article-revue consacré à l'entéroptose. L'observation première rapportée dans ce travail contient une autopsie dans laquelle l'entéroptose, avec corde colique transverse, ectopie rénale, et abaissement du foie non hypertrophié, diagnostiqué pendant la vie, furent constatés après la mort.

Voilà donc déjà un certain nombre de nécropsies qui forment preuve, en attendant celles qui ne manqueront pas de venir s'y ajouter.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

L'Académie s'est formée en comité secret pour dresser la liste de présentation à la place déclarée vacante dans la section de chimie par suite du décès de M. Debray. M. Schützenberger, professeur au Collège de France, a été présenté en première ligne.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

Aujourd'hui a eu lieu la séance publique annuelle de 1888.

M. *Proust*, secrétaire annuel, donne lecture du Rapport général sur le concours pour les prix de cette année. (Voy. p. 790.)

M. *Bergeron*, secrétaire perpétuel, prononce l'éloge de M. *Mélier*. (Voy. p. 789.)

Proclamation est faite des prix décernés, dont voici la liste :

PRIX DE 1888.

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées. Sept mémoires ont été présentés sur ce sujet. Il n'y a pas lieu de décerner le prix. L'Académie accorde les récompenses suivantes : 1° 400 francs à M. J. Sarda, de Vincennes. Mémoire n° 2; 2° 400 francs à M. le docteur Friot, de Nancy. Mémoire n° 5; 3° 200 francs à M. le docteur Jacquemart, de Paris. Mémoire n° 7.

Prix Amussat (900 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Le prix n'est pas décerné. Une mention honorable avec 500 francs, à titre d'encouragement, est accordée à M. le docteur Rodet, de Vittel (Vosges), auteur du mémoire présenté au concours, ayant pour titre: *De la cholécystotomie et de la cholécystectomie*.

Prix Barbier (2000 francs). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les

maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés. Six concurrents se sont présentés. Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde à titre d'encouragement: 1° 1000 francs à M. le docteur Fernand ROUX, de Paris, pour son ouvrage intitulé: *Traité pratique des maladies des pays chauds* (maladies infectieuses, choléra et fièvre jaune) ; 2° 500 francs à M. le docteur Emile GOUBERT, de Paris, pour son mémoire *Sur le traitement de l'épilepsie par le bromure d'or.*

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Quatre ouvrages ou mémoires ont été adressés pour ce concours. L'Académie décerne le prix à MM. HARDY et CALMELS, de Paris, auteurs d'un travail *Sur la constitution et la synthèse de la pilocarpine.*

PRIX CAPURON (1000 francs). — Question: Indication et emploi des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme chronique. Quatre mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie. Le prix est décerné à M. le docteur DUHOURCAU, médecin aux eaux de Cauterets.

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question: Des hallucinations de l'ouïe. Un seul mémoire a concouru. L'Académie décerne le prix à l'auteur de ce travail, M. le docteur DESCOURTIS, de Paris.

PRIX DAUDET (1000 francs). — Question: Des gommes syphilitiques. L'Académie a reçu quatre mémoires sur ce sujet. Le prix est partagé de la manière suivante: 1° 600 francs à M. le docteur Henri FEULARD, chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Louis (Paris); 2° 400 francs à MM. les docteurs MARFAN et TOUPET, de Paris.

PRIX DESPORTES (1300 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Huit ouvrages ou mémoires ont été adressés pour ce concours. Il n'y a pas lieu de décerner le prix. L'Académie accorde les encouragements suivants: 1° 800 francs à M. DUPUY, de Mauriac (Cantal), pour son ouvrage sur les *alcaloïdes;* 2° 500 francs à M. le docteur BOTTEY, de Paris, pour son *Etude physiologique et thérapeutique sur l'action et la réaction en hydrothérapie;* 3° une mention honorable a été donnée à M. le docteur DUROZIEZ, de Paris, pour son travail intitulé: *Du pouls géminé digitalique.*

PRIX FALRET (1500 francs). — Question: Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale. Cinq mémoires sur cette question ont été présentés à l'Académie. Un prix de 1000 francs est décerné à M. Raoul REGNIER, interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire. L'Académie accorde en outre: mention honorable, avec 250 francs, MM. MOREL-LAVALLÉE et BÉLIÈRES, de Paris. Mention honorable, avec 250 francs, à M. MABILLE, médecin en chef, directeur de l'asile des aliénés de Lafond (Charente-Inférieure).

CONCOURS VULFRANC GERDY. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France et de l'étranger des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert à l'Académie de médecine. Deux stagiaires sont actuellement en exercice. M. Boutarel a déposé son rapport sur les eaux de l'Aragon (Espagne), mission de 1887. La Commission des eaux minérales, satisfaite de ce travail, a accordé à son auteur une récompense de 500 francs. La Commission lui a en outre désigné les stations suivantes pour 1888: Bourbonne pour l'été, et Dax pour l'hiver. 3000 francs ont été versés à M. BOUTAREL pour ces deux missions. Le rapport de M. Lamarque sur les eaux de Cauterets, mission de 1887, a valu à son auteur une récompense de 500 francs. La Commission des eaux minérales a assigné à M. Lamarque, pour 1888: la Bourboule, comme station d'été, et Amélie-les-Bains pour l'hiver. M. LAMARQUE a reçu 3000 francs pour ces deux services.

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie interne. Dix-sept ouvrages ou mémoires ont concouru. Le prix est décerné à MM. les docteurs LÉCORCHÉ et TALAMON, de Paris, pour leur *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright.* Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs BERTRAND et FONTAN, de Toulon, auteurs d'un ouvrage intitulé: *De l'entérocolite chronique endémique des pays chauds;* KELSCH et VAILLARD, de Paris, pour leurs *Recherches sur les lésions anatomo-pathologiques et la nature de la pleurésie;* MARFAN, de Paris, pour son travail intitulé: *Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire;* PICHON, de Paris, auteur d'un travail ayant pour titre: *Du morphinisme. Etudes cliniques médico-légales.*

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE (1000 francs). — Question: Des paralysies dans les deux premières années de la vie; en étudier par des observations cliniques, les causes et la nature. Deux mémoires ont été présentés sur ce sujet. Il n'y a pas lieu de décerner le prix. Un encouragement de 400 francs a été accordé à M. le docteur DAUCHEZ, de Paris.

PRIX ITARD (2700 francs). — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. Huit ouvrages ont été soumis au concours. L'Académie décerne: 1° un prix de 1700 francs à M. le docteur Louis JULLIEN, de Paris, auteur d'un *Traité pratique des maladies vénériennes;* 2° une mention honorable avec une somme de 500 francs, à M. le docteur DUFLOCQ, de Paris, pour sa *Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en* 1884; 3° une mention honorable avec une somme de 500 francs, à MM. les docteurs DE SAINT-GERMAIN et VALUDE, pour leur *Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants.*

PRIX LAVAL (1000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine. Le prix est décerné à M. FOVEAU (François), étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2600 francs). — A l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies de l'oreille. Quatre ouvrages ou mémoires ont été adressés pour ce concours. L'Académie décerne: 1° un prix de 2000 francs à M. le docteur CHATELIER, de Paris, pour son travail *Sur les tumeurs adénoïdes du pharynx;* 2° un prix de 600 francs à M. le docteur RICARD, de Paris, auteur du mémoire ayant pour titre: *De l'apophyse mastoïde et de sa trépanation.*

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1500 francs). — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ». Sept concurrents se sont présentés. Le prix est décerné à M. le professeur LELOIR, de Lille, pour son *Etude sur la lèpre* et son mémoire sur l'*Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie en Allemagne.* L'Académie accorde en outre: mention très honorable à MM. les docteurs FILLEAU et Léon PETIT, de Paris, pour leur *Rapport à M. le Ministre du commerce sur les hôpitaux de phthisiques en Angleterre.* Mentions honorables à MM. les docteurs BOURNET, d'Amplepuis (Rhône), pour les notes d'anthropologie criminelles prises en Corse (septembre et octobre 1887), et BORDAS, de Paris, pour sa mission scientifique (1885-1886) aux îles Mascareignes, Seychelles et Comores.

PRIX ORFILA (4000 francs). — Question: Du venin de la vipère. D'après les intentions du testateur, « la question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique ». Deux mémoires sur cette question ont été soumis au concours. L'Académie décerne le prix à M. Maurice KAUFMANN, chef des travaux de physiologie à l'école vétérinaire de Lyon. Une mention honorable a été accordée à M. le docteur BARBANCEY, de Montpon-sur-l'Isle (Dordogne), pour son mémoire.

PRIX OULMONT (1000 francs). — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat. Le prix de 1887 a été décerné à M. GIRODE, interne à l'hôpital Saint-Louis. Le concours de 1888 n'est pas encore terminé, mais il le sera très prochainement, et aussitôt que l'Académie connaîtra le nom du lauréat, le prix lui sera délivré.

PRIX PORTAL (600 francs). — Question: Anatomie pathologique des érysipèles. L'Académie n'a rien reçu pour ce prix; la même question sera de nouveau mise au concours pour l'année 1891.

PRIX POURAT (900 francs). — Question: Physiologie du muscle cardiaque. Quatre mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie. Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde les récompenses suivantes: un encouragement de 600 francs à M. le docteur E. GLEY, de Paris; un encouragement de 300 francs à M. le docteur Albert RENÉ, de Nancy.

PRIX SAINT-LAGER (1500 francs). — Extrait de la lettre du fondateur: « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. Le prix ne leur sera décerné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique. » Il n'y a pas eu de concurrent. Le même sujet sera mis au concours pour 1890.

PRIX SAINT-PAUL (25000 francs). — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité, ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la diphthérie. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense. Vingt-huit ouvrages ou mémoires ont concouru. Le prix de 25000 francs n'est pas décerné. Trois prix d'encouragement de 1000 francs chacun sont donnés à MM. les docteurs COUSOT, de Bruxelles, membre de l'Académie de médecine de Belgique, pour son *Etude sur la diphthérie;* RENOU, de Saumur, auteur d'un mémoire intitulé: *Etudes cliniques sur la diphthérie et son traitement;* THOINOT, de Paris, pour son *Essai sur l'histoire de la diphthérie en France au dix-neuvième siècle.* Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Cozzolino, de Naples; E. Gaucher, de Paris; Lancry, de Dunkerque (Nord); Roulin, de Paris, et Robert William Parker, de Londres, pour leurs travaux *Sur la diphthérie.*

PRIX STANSKI (1800 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.) L'Académie a reçu pour ce concours cinq ouvrages ou mémoires. Un prix de 1200 francs a été décerné à M. le docteur Arnold NETTER, de Paris, pour son ouvrage intitulé: *De la contagion de la pneumonie franche, ses diverses manifestations.* Une récompense de 600 francs a été accordée à M. le docteur THOINOT, de Paris, pour son mémoire portant le titre suivant: *Contribution à l'histoire d'une maladie infectieuse. Etude critique sur quelques points de l'histoire de la suette miliaire.*

PRIX VERNOIS (800 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. Sept ouvrages ont été soumis au jugement de l'Académie. Le prix est décerné au travail intitulé: *Manuel de l'inspecteur des viandes, avec atlas.* Cet ouvrage a pour auteurs MM. L. VILLAIN, V. BASCOU, LAFOURCADE, MOULÉ et A. MÉNAUX, médecins-vétérinaires chargés du service d'inspection de la boucherie de Paris.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — 1° *Médaille d'or* à M. le docteur COLLIN père, médecin-inspecteur à Saint-Honoré-les-Bains (médaille de bronze en 1862, médaille d'argent en 1869 et deux rappels de médaille d'argent en 1873 et 1881).

2° *Rappel de médaille d'or à* M. le docteur CAULET, médecin-inspecteur à Saint-Sauveur, médaille d'or en 1879.

3° *Médailles d'or à:* MM. les docteurs CAZALIS, médecin-inspecteur adjoint au Mont-Dore; DELMAS, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; SÉNAC-LAGRANGE, médecin consultant à Cauterets; VIGNEAU, médecin-inspecteur à Saint-Christian, actuellement à Barbotan.

4° *Rappels de médailles d'argent à:* MM. les docteurs BONA, médecin-inspecteur à Evaux (médaille de bronze en 1870, médaille d'argent en 1873); GRIMAUD, médecin-inspecteur à Barèges (médaille d'argent avec rappel); PLANCHE, médecin-inspecteur à Balaruc (médaille de bronze en 1874 et médaille d'argent en 1876).

5° *Médailles de bronze à:* MM. les docteurs BARTHE DE SANDFORT, médecin consultant à Dax; BÉNARD, médecin consultant à Saint-Christau; CHIAIS, médecin consultant à Evian; FRÉMONT, médecin consultant à Vichy; PERCEPIED, médecin consultant au Mont-Dore; DE VALICOURT, médecin-chef de l'hôpital militaire d'Hamman-Meskoutine.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — 1° *Médaille d'or à* M. le docteur MARVAUD (A.), médecin principal de 2e classe.

Médailles d'argent à: MM. les docteurs DAROLLES, de Provins (Seine-et-Marne); DAUVÉ, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 6e corps d'armée à Châlons-sur-Marne; HÉBERT, d'Audierne (Finistère); LONGBOIS, de Joigny (Yonne); MOSNY, interne des hôpitaux de Paris; MOTY (Fernand), médecin-major de 1re classe à Phu-Lang-Thuong (Tonkin); RIVET, médecin-major au 137e régiment d'infanterie à Fontenay-le-Comte (Vendée); ROUX (Jacques-Michel), médecin-major de 1re classe au 2e régiment d'artillerie à Angoulême; SENUT (Léonard-Jules), médecin-major de 1re classe au 19e régiment d'artillerie à Nîmes (Gard); SICARD (J.-S.), médecin des hôpitaux de Béziers (Hérault).

Rappels de médailles d'argent à: MM. les docteurs CHABENAT, de La Châtre (Indre); EUDE (Ferdinand), médecin-major de 1re classe au 90e régiment d'infanterie à Châteauroux (Indre); HOMO, médecin des épidémies de Château-Gontier (Mayenne); LEROY DES BARRES, de Saint-Denis (Seine); LONGET, médecin-major de 1re classe, médecin-chef de l'hôpital de Givet (Ardennes); NIVET (V.), à Clermont-Ferrand; OLLÉ (Jules), de Saint-Gaudens (Haute-Garonne).

3° *Médailles de bronze à:* MM. les docteurs BERNARD, de Forcalquier (Basses-Alpes); COIFFIER, du Puy (Haute-Loire); DELAMARE, médecin-major de 2e classe au 32e de ligne à Chatellerault (Vienne); DEZAUTIÈRE, médecin des mines de La Machine (Nièvre); FAVELIER (R.), à Luzy (Nièvre); FIESSINGER, d'Oyonnax (Ain); GAUTHIER (Gabriel), à Charolles (Saône-et-Loire); GUIBERT, de Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord); LEDÉ, à Paris; PASQUET-LABROUE, à Châtellerault (Vienne); SARDOU, interne provisoire des hôpitaux de Paris; TUSSAU, à Génelard (Saône-et-Loire).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1° *Médaille d'or à* M. LAVERGNE, inspecteur des enfants assistés du département de l'Allier.

2° *Médailles de vermeil à:* MM. les docteurs F. LEDÉ, médecin-inspecteur des enfants du premier âge et des crèches de Paris; SÉJOURNET, de Revin (Ardennes); SUTILS, inspecteur des enfants du premier âge à la Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne).

3° *Médailles d'argent à:* MM. les docteurs BALESTRE, directeur et fondateur du bureau d'hygiène à Nice; E. DECAISNE, de Paris; DURAND-DESMONS, de Seine-et-Marne; FLEURY, inspecteur des enfants assistés du département de la Creuse; GOLDENSTEIN, de Paris; JENOT, à Dercy (Aisne); MALGAT, de Nice; MASERAS, des Philippines.

4° *Rappels de médailles d'argent à:* MM. les docteurs CAPELLE père, de Hermies (Pas-de-Calais); CARASSUS, de Milly (Seine-et-Oise); DRIARD, de Moret-sur-Loing (Seine-et-Marne).

5° *Médailles de bronze à:* MM. les docteurs AUGÉ, de Reuilly (Indre); COFFIGNON, de Marles (Aisne); DOUMIC, de Poissy (Seine-et-Oise); GROSJEAN, de Montmirail (Marne); TOUSSAINT, d'Argenteuil (Seine-et-Oise); SERRÈS, de l'Orne.

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie accorde: 1° un prix de 1500 francs à partager entre M. le docteur EONNET, à Auray (Morbihan); E. HOCQUARD, médecin-major de 1re classe au Tonkin; A. PRENGRUEBER, médecin de colonisation à Palestro (Algérie).

2° *Quatre médailles d'or à:* MM. les docteurs E.-L. ANDRÉ, médecin-major et L. PÉLIX, médecin aide-major du 12e régiment de chasseurs à Rouen (Seine-Inférieure); DUPEYRON, médecin aide-major de 1re classe au 143e régiment de ligne à Albi (Tarn); EBSTEIN, médecin-major au 8e régiment de dragons à Meaux (Seine-et-Marne); STRŒBEL, médecin-major de 2e classe au 137e régiment d'infanterie à Fontenay-le-Comte (Vendée).

3° *Cent médailles d'argent* aux vaccinateurs dont les noms suivent, et qui se sont fait remarquer, les uns par le grand

nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par les observations ou les mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie:

M. Adhérau, Mmes veuve André, Aussourd, MM. Barbarin, Bassompierre, Bastiou, Mlle Bauduin, MM. Bauzon, Bayard, Benoist, Bérard, Bertrand, Mme Bézard, M. Biat (Victor), Mme Binnié (Aimée), MM. Bobrie, Bolot, Bompaire, Mme Bonnot, MM. Bordéremy, Bourée (père), Boutin, Carry, Mmes Castets (Amélie), Caumet (Noëlie), MM. Chabaud, Ch. Chatain, Mme Charlon, MM. Chaudony, T. Chonnaux-Dubisson, Ciaudo (Joseph), Coiffier, Cornille, Corson, Mme Damemme, M. Dauchez, Mme Desplanques, Dransart, Mme Dupuch, née Darroug, MM. Edelmann, Famechon, De Fleury, Florain, Fouque (Aristide), Mlle Gassin (Héloïse), MM. Gautier (E.), Gerbault, Hardy, Hublé, Huguenard, Jaubert, Mmes Jonquet, Lafiteau, MM. Lagarde (Abel), Lagarde (Charles), Lanel, Mme Larroque (Louise), MM. Lecorre, Le Queré, Lequette (Louis), Le Rolland, Mme Lestruhaut, MM. Lorthioir, Magnan, Martin, Massina (François), Maze, Mme Miedzyschowska, M. Mouton, Mlle Naizin, Mme Nepper-Rimette, M. Nodet, Mmes Pélissier, Pommier, MM. Pourquier, Pruvost, Mme Rabette, M. Rivet, Roger, Mmes Roques, Rossi, M. Rouire, Mmes Sandart (Célestine), Sauvage-Lavabre, MM. A. Schmit, E. Schoull, Sédan, Talayrac, Mme Tarraube (Marthe), MM. Tartière, Tauchon, Mlle Templer, M. Trémoureux, Mme Trotignon, MM. Tuloup, Vandercolme, Mlle Van Wedinghen, Mme Vincent (Marie), MM. Wéber, De Welling.

(A suivre.)

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Résection métatarsienne: M. Monod. — Pathogénie et traitement des salpingites: M. Lucas-Championnière. — Observation d'hystéropexie: M. Picqué (M. Pozzi, rapporteur).

M. *Monod* présente un malade auquel il a pratiqué des résections métatarsiennes.

—M. *Lucas-Championnière* communique un mémoire sur la salpingite. Deux grosses questions importantes à vider s'y rattachent: la pathogénie et l'intervention opératoire. D'où viennent toutes les lésions de l'ovaire et des parties voisines, en un mot des annexes de l'utérus, auxquelles on oppose depuis quelque temps des opérations radicales? Une théorie pathogénique déjà vieille de vingt ans, déjà appliquée d'une façon analogue à la fièvre puerpérale, résout le problème d'une manière évidemment trop simple pour être vraie: l'agent d'infection se trouve dans la cavité utérine, traverse l'orifice de la trompe, s'engage dans le canal tubaire, s'y fixe et y détermine des désordres de diverse nature, que l'on désigne sous le nom générique de salpingite. Or l'intégrité de la muqueuse de la trompe voisine de l'utérus est presque constante; il est des cas où la trompe est absolument indemne, d'autres où l'ovaire seul est altéré; enfin à côté des salpingites dans lesquelles trompe et ovaire sont normaux, il en est où les deux organes sont lésés. Cette communauté et cette diversité de lésions ruine donc complètement la théorie pathogénique encore en vogue et M. Lucas-Championnière pense que le mode de propagation par les lymphatiques est le seul que l'on puisse admettre aujourd'hui. Cette manière de voir, qu'il a déjà soutenue autrefois au sujet de la fièvre puerpérale et des phlegmasies péri-utérines, est la seule qui donne l'explication de tous les cas d'ovario-salpingite, quelle qu'en soit l'origine.

L'inflammation des lymphatiques dépend d'une lésion du col ou est d'origine placentaire; elle suit les vaisseaux qui rampent de chaque côté de l'utérus et gagne les annexes. Là on trouve des altérations qui ne sont pas toujours des salpingites au sens propre du mot; il est des cas où la trompe est indemne, d'autres où elle est oblitérée ou remplie de sang ou de pus; les ovaires sont parsemés de petits kystes ou bien présentent de petits foyers hémorrhagiques indépendants de la dernière ovulation. Toutes ces lésions peuvent être associées ou dissociées, parfois se réduire à des adhérences péritonéales; dans quatre opérations, M. Lucas-Championnière s'est contenté de rompre ces adhérences sans toucher aux annexes et les malades ont vu cesser leurs douleurs et se régulariser leurs époques. Le diagnostic n'est pas toujours facile: très haut dans le cul-de-sac latéral est une tumeur qui n'a pas de forme bien déterminée; par le palper abdominal on trouve dans la fosse iliaque une masse dans laquelle la pression détermine une vive sensibilité; il est donc inutile d'infliger l'ennui du chloroforme aux malades puisqu'il faut faire le diagnostic d'une tumeur douloureuse; il suffit de déterminer la nécessité d'une laparotomie, quitte à préciser la nature des lésions une fois la cavité abdominale ouverte. L'opération à faire se déduit alors de l'état des organes; les lésions étant très souvent bilatérales, c'est à l'ablation des annexes qu'il faut avoir recours; mais, si des trompes oblitérées, des ovaires malades sont de nulle valeur au point de vue sexuel, on sait que l'ablation des ovaires entraîne certains accidents; d'autre part ce sont les malades chez lesquelles on s'est contenté de rompre des adhérences, qui ont présenté les guérisons les plus favorables. Sur vingt-six opérées, M. Lucas-Championnière n'a eu qu'un décès n'ayant pas eu de faute opératoire comme cause. Il pense qu'il est préférable de ne pas opérer trop près du moment où vont apparaître les règles, contrairement à Lawson Tait, pour qui il est indifférent d'intervenir au moment de l'époque menstruelle; jamais il n'a fait le nettoyage de l'utérus, pourtant accusé d'être le lieu de propagation des lésions; jamais il n'a fait de drainage.

M. *Pozzi* lit un rapport sur une observation de M. Picqué au sujet d'une rétroflexion utérine guérie par la fixation de l'organe à la paroi abdominale. A la suite de manœuvres infructueuses de réduction avec le redresseur de M. le professeur Trélat, la laparotomie fut faite pour rompre les adhérences et fut suivie d'hystéropexie. Le rapporteur fait un historique complet de la question, cite les faits de Kœberlé (1869), Schrœder, Lawson Tait, Olshausen, Kelly, Sänger, Klotz, Léopold, Werth, Phillips, etc., etc., et en France, de MM. Terrier et Picqué. Fréquemment faite pour rétroversion utérine et le plus souvent par occasion comme opération accessoire d'une ovariotomie, l'hystéropexie n'a été entreprise de propos délibéré pour prolapsus seul que dans les trois cas de Olshausen, Phillips et de M. Terrier.

La technique comprend trois méthodes : 1° Procédé de fixation indirecte (Kœberlé, Klotz). Après ablation des annexes le pédicule est fixé à la paroi abdominale. — 2° Procédé de fixation directe des bords de l'utérus (Olshausen, Sänger). La suture ne comprend que les feuillets séreux des bords de l'utérus. — 3° Procédé de fixation directe du corps utérin (Lawson Tait, Czerny, Léopold, Terrier). L'opération n'a pas donné un seul cas de mort; c'est une laparotomie sans gravité.

L'hystéropexie sera indiquée dans les cas de rétroversion utérine, là où l'opération d'Alexander serait inefficace, là où des adhérences entraînent l'irréductibilité par manœuvres externes. Dans le prolapsus elle ne peut suffire que si l'utérus seul est déplacé sans hypertrophie de l'organe et sans relâchement excessif du canal vaginal. M. Pozzi pense que dans le cas contraire il faut non seulement fixer l'utérus par en haut, mais encore le soutenir par en bas en amputant le col et en faisant selon les cas l'élytrorrhaphie, la colpopérinéorrhaphie ou le cloisonnement du vagin, sous peine de s'exposer à voir se reproduire l'infirmité. Le cas d'Olshausen a été suivi d'insuccès; les deux autres sont encore trop récents pour qu'on puisse juger de la valeur de l'opération réduite à elle-même.

M. *Terrier* ajoute que la première opération de ce genre a été faite à Paris en avril dernier. P. Villemin.

Société de biologie.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Troubles respiratoires réflexes : M. Chouppe. — Affection parasitaire des cheveux : M. Juhel-Renoy. — Expériences d'inhibition respiratoire : M. Hénocque. — Procédé de dissociation des éléments anatomiques : M. Bovier-Lapierre. — Appareil à pulvérisation pour le chlorure de méthyle : M. Brasse. — Régulateur de température : M. d'Arsonval. — Sur l'arrêt du cœur produit par l'excitation du nerf vague : M. Laulanié. — Procédé pour l'étude des vaso-moteurs pulmonaires : M. François-Franck. — Actes réflexes de provenance nasale : M. François-Franck. — Mécanisme de l'accouchement dans les bassins viciés : M. Budin. — Élection.

M. *Chouppe* a observé que, dans certaines conditions, des excitations des nerfs sensitifs qui normalement déterminent l'arrêt de la respiration n'ont plus cet effet. Ainsi sur un chien qui est empoisonné par la strychnine, les excitations de ce genre, au lieu de produire la syncope respiratoire, amènent une attaque de strychnisme mortelle. Chez l'homme M. Chouppe a vu quelque chose d'analogue; il s'agit d'un malade atteint du tétanos et qui, chloroformisé et recevant subitement une assez grande quantité de chloroforme, n'eut pas d'arrêt de la respiration, mais bien une attaque tétanique. Les réactions nerveuses paraissent donc varier suivant que le système nerveux est dans un état dynamogénique particulier.

— M. *Juhel-Renoy* a eu l'occasion d'étudier une affection des cheveux, connue sous le nom de *piedra*, qui sévit en Colombie et qui est causée par un champignon parasite. Le cheveu se recouvre de concrétions très dures que M. Juhel-Renoy a étudiées et qu'il décrit. Quant au parasite lui-même, il l'a ensemencé et cultivé; les résultats fournis par ces cultures seront ultérieurement publiés. Cette végétation ne se fait qu'à la surface du cheveu; le bulbe même n'est pas atteint. La thérapeutique doit donc être très simple.

— M. *Hénocque* signale quelques phénomènes d'arrêt concernant la fonction respiratoire. Ainsi sur un chien dont la trachée avait été comprimée, il vit survenir en enlevant cet obstacle à la respiration, au lieu des convulsions de retour habituelles en pareille circonstance, une inhibition absolue de la respiration. M. Hénocque se réserve de revenir sur ce fait et sur d'autres analogues.

— M. *Brasse* dépose une note de M. *Bovier-Lapierre* sur un nouveau mode de dissociation des éléments anatomiques.

— M. *Brasse* présente un appareil très simple et très commode pour pulvériser le chlorure de méthyle dans un but thérapeutique.

— M. *d'Arsonval* présente un régulateur de température, qui est par un dispositif simple rendu indépendant.

— M. *Chauveau* transmet une note de M. *Laulanié* (de Toulouse) relative à l'arrêt du cœur déterminé par l'excitation du nerf pneumogastrique. On sait que cet arrêt en général est loin de durer aussi longtemps que l'excitation, quand on prolonge un peu celle-ci. M. Laulanié a vu que, dans une condition particulière, cet arrêt est notablement plus long; si en effet on anémie le cœur de la grenouille par une section de la pointe, l'excitation électrique du nerf vague détermine un arrêt qui peut se prolonger pendant trois minutes; après ce temps les contractions rythmiques recommencent. L'expérience peut être renouvelée à volonté, elle réussit toujours.

M. *Dastre* rappelle, à ce propos, qu'il a observé avec M. *Morat* sur le cœur de la tortue des arrêts du cœur durant plusieurs minutes sous l'influence de l'excitation du pneumogastrique.

— M. *François-Franck* indique un procédé simple et précis pour l'étude des actions vaso-motrices dans le poumon. Si on veut étudier l'état des vaisseaux pulmonaires, il faut aujourd'hui suivre les variations de la pression sanguine dans l'artère pulmonaire mise en rapport avec un manomètre. Or on peut éviter cette opération en pratiquant d'abord sur un animal une légère insuffisance tricuspidienne, qui permet des reflux veineux d'une valeur moyenne. Il est facile alors de voir dans quel sens s'exercent dans le poumon diverses influences vaso-motrices: par exemple, le spasme des vaisseaux pulmonaires augmentera le reflux veineux, ce spasme empêchant le ventricule de se vider complètement dans l'artère pulmonaire.

— M. *François-Franck* rappelle qu'il existe un certain nombre de faits cliniques qui montrent l'importance pathologique des irritations nasales; ainsi quelques formes d'asthme sont liées à de telles irritations. On peut en effet démontrer expérimentalement la réalité d'autres réflexes divers à la suite de ces excitations. Les irritations légères des cornets, soit mécaniques, soit électriques, déterminent des réactions vasculaires dans la région atteinte et dans la même région du côté opposé, phénomènes de vaso-dilatation attestés par des changements de coloration et de température de la muqueuse. Ces réflexes s'étendent même plus loin et l'on peut, par des recherches manométriques, montrer que ces phénomènes vaso-dilatateurs se produisent dans le territoire carotidien du même côté et même, quoique à un moindre degré, du côté opposé. Quant aux voies nerveuses suivies par ce réflexe, elles sont assez simples à déterminer: la partie centripète peut être constituée par n'importe quelle branche du trijumeau et non pas seulement par le rameau nasal du filet ethmoïdal. Les voies centrifuges, voies de retour, sont bien connues.

— M. *Budin* expose le mécanisme de l'accouchement dans les bassins viciés, particulièrement dans le bassin rétréci par développement exagéré des deux épines sciatiques.

— M. *Gaston Bonnier* est élu membre de la Société.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Actions d'arrêt sur la sécrétion salivaire : M. Gley. — Compte-gouttes inscripteur : M. Gley. — Procédé d'inscription de la sécrétion salivaire chez le cheval : M. Kaufmann. — Sur la structure des muscles striés : M. Babinski. — Présentation d'ouvrages : M. Beaunis. — Du bouchon uréthral chez les rongeurs : M. Lataste. — Présentation d'ouvrage : M. Gellé. — De l'immunité contre la clavelée : M. Nocard. — Sur l'action antiseptique du naphtol : M. Critzman.

M. *Gley* a vu que dans certaines conditions l'excitation des nerfs sécréteurs de la glande sous-maxillaire ne produit pas son effet habituel. Si l'on détermine une salivation abondante par l'irritation de la corde du tympan et si, pendant que la glande est en pleine activité, on excite le bout central du nerf sciatique, cette seconde excitation reste inefficace, alors que normalement elle donne lieu à une sécrétion notable; il y a par conséquent suspension d'une action nerveuse excito-sécrétoire. Il en est de même de l'excitation de la corde du tympan elle-même sur des chiens ayant reçu de la pilocarpine, lorsque la sécrétion, due à l'action de cette substance, est bien établie. M. Gley voit dans ces faits des actions d'arrêt dépendant de l'état de l'organe sur lequel agissent les nerfs excités : ceux-ci déterminent des effets positifs ou suspensifs, suivant les conditions actuelles de l'organe.

— M. *Gley* présente un appareil très simple servant à l'écoulement salivaire, compte-gouttes inscripteur ou rhéographe.

— M. *Kaufmann* décrit le procédé dont il se sert pour enregistrer la sécrétion salivaire chez les grands animaux, comme le cheval; ce procédé consiste simplement à prendre la pression latérale dans le conduit salivaire, en branchant sur celui-ci un manomètre. On peut de cette façon démontrer très nettement par exemple l'influence de la mastication sur la sécrétion de la salive.

— M. *Babinski* rappelle les recherches dont il a présenté les résultats à la Société sur un point de la structure des muscles striés, sur les faisceaux neuro-musculaires dont il a constaté l'existence dans un grand nombre de muscles. Cette disposition est absolument normale, ainsi que vient encore de l'observer un auteur allemand, après M. Babinski, M. Roth.

— M. *Beaunis* offre à la Société le tome II de la 3e édition de son *Traité de physiologie* et une brochure intitulée: *L'École du service de santé militaire de Strasbourg et la Faculté de médecine de Strasbourg de* 1856 *à* 1870, discours qu'il a prononcé à la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Nancy.

— M. *Lataste* fait une communication sur le bouchon uréthral des rongeurs, production expulsée par le mâle au moment de l'éjaculation, qui est de nature analogue au bouchon vaginal qu'il a précédemment étudié.

— M. *Gellé* présente à la Société un ouvrage: *De l'oreille et de la surdité*, qui comprend une série d'études sur nombre de questions de physiologie et de pathologie de l'oreille.

— M. *Nocard* a observé que les moutons de Bretagne, à toison noire, paraissent doués d'une remarquable immunité contre la clavelée; il se demande si c'est là une immunité de race analogue à celle des moutons algériens pour le sang de rate.

— M. *Critzman* a étudié l'action antiseptique du naphtol sur le microbe de la blennorrhagie; il a constaté le peu d'effet de cette action.

Société anatomique.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POIRIER.

Discussion entre MM. *Clado*, *Hallé* et *Chantemesse* sur la bactérie de la fièvre urineuse.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. *Delbet* présente des *lipomes inguinaux*.

— M. *Broca* communique une note *sur la fréquence et l'anatomie pathologique de la hernie inguinale directe.*

— M. *Lafourcade* fait voir un *kyste hydatique du triangle de Scarpa.*

— M. *Babinski* étudie une *disposition histologique spéciale des muscles.*

— MM. *Cornil et Bouel* décrivent une *arthrite chronique du genou* avec nombreux corps étrangers.

— M. *Cuvillier* montre des pièces de *tuberculose rénale unilatérale.*

REVUE DES JOURNAUX

De l'érythème polymorphe infectieux herpétiforme (Herpès généralisé fébrile), par M. C. AUDRY. — Travail de nosographie et de critique basé sur une observation recueillie à Lyon dans le service du professeur Gailleton. Il s'agit d'une jeune couturière de vingt et un ans qui présenta les prodromes d'une pyrexie infectieuse grave, suivis d'une éruption papuleuse fine, en grappes, très congestive, coïncidant avec une poussée gutturale de vésicules d'herpès. L'éruption devint d'abord papulo-vésiculeuse, sans présenter aucune trace de bulle, puis il se produisit une dessiccation et une fine desquamation des vésico-pustules, qui prirent une apparence lichénoïde, et, en de nombreux points, un aspect tout à fait hémorrhagique. La disparition de l'exanthème et des symptômes graves qui l'avaient accompagné fut lente et progressive.

Rapprochant ce fait, moins peut-être de la fièvre herpétique de Parrot, que de l'herpès généralisé fébrile décrit par Coutagne en 1871, le séparant au contraire avec soin des affections pemphigineuses, voire même pemphigoïdes, par suite de l'absence de toute bulle, de toute ulcération épidermique, l'auteur établit l'analogie manifeste des éruptions de ce genre avec l'érythème polymorphe papulo-vésiculeux, tel que Kaposi l'a décrit. L'élément vésiculeux n'est, en effet, qu'un épiphénomène dans cette maladie à type fébrile intense, avec accidents généraux infectieux et détermination éruptive généralisée d'éléments papuleux; c'est bien l'angio-névrose infectieuse, microbienne ou non, qui a été décite sous le nom d'érythème polymorphe. Les vésicules d'herpès des muqueuses ne sauraient s'opposer à cette assimilation à la maladie de Hebra des faits autrefois désignés sous le nom d'herpès fébrile généralisé. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. IX, n° 10, 25 octobre 1888.)

Des différentes variétés d'atrophies du nerf optique ataxique, par M. GALEZOWSKI. — Sur 1029 cas d'atrophie des papilles observés par M. Galezowski, les deux tiers environ sont représentés par des atrophies ataxique; et, d'autre part, en n'envisageant que celle-ci, dans plus des deux tiers de leur nombre on a pu démontrer l'existence d'antécédents de syphilis. A côté de la forme typique d'atrophie papillaire ataxique, caractérisée par des contours bien tranchés, bien circonscrits de la papille, avec conservation des gros vaisseaux et disparition des capillaires, on rencontre une autre forme dans laquelle les papilles ataxiques sont blanches, ont des contours légèrement diffus et montrent autour de l'artère centrale et de ses branches un liséré blanchâtre sur une large étendue: ce sont les signes d'une endartérite ou d'une périartérite. Dans ces cas, la lésion débute par les vaisseaux, et l'altération des fibres nerveuses ne se développe que d'une manière secondaire. Enfin, si les atrophies des papilles ataxiques amènent en général la cécité, néanmoins, dans la variété avec périartérite, un traitement approprié (injections hypodermiques de cyanure d'or et de potassium, ou injections d'antipyrine) peut arriver plus ou moins rapidement à enrayer la maladie. (*Annales de dermatol. et de syphilig.*, t. IX, n° 10, 25 octobre 1888.)

Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës, par M. le docteur NETTER. — L'otite moyenne aiguë n'est pas une entité morbide causée toujours par les mêmes agents parasitaires; on a trouvé dans l'exsudat les quatre espèces suivantes: streptococcus pyogenes, pneumocoque de Fraënkel, microbe de Friedlander et staphylocoques pyogenes. Les caractères cliniques de l'otite diffèrent suivant les microbes qui lui ont donné naissance. La plus fréquente et la plus grave est celle à streptocoques, qui se complique souvent d'abcès sous-cutanés, suppuration des cellules mastoïdiennes, méningite suppurée, phlébite des sinus, infection purulente. L'otite à pneumocoques n'accompagne pas toujours la pneumonie, elle

peut être primitive, isolée, ou se montrer dans la convalescence de la fièvre typhoïde; elle a une marche aiguë, et, bien que se compliquant parfois de méningite, elle se termine ordinairement par la guérison. Le microbe de Friedländer se rencontrerait, d'après Zaufal, dans l'otite séro-sanguinolente : il n'est pas prouvé qu'il soit pathogène. Enfin, les staphylocoques pyogenes aureus, albus et flavus, qu'on trouve dans l'exsudat, ne déterminent peut-être pas des formes cliniques spéciales. On peut rencontrer, d'ailleurs, l'association de plusieurs de ces microbes, et l'examen bactériologique, qu'on devra répéter à plusieurs reprises, fera parfois reconnaître ces infections secondaires; il fournira également des renseignements pronostiques précieux en indiquant à quelle variété l'on a affaire. Toujours l'examen microscopique devra être accompagné des épreuves de culture et d'inoculation à diverses espèces animales. L'existence dans la cavité bucco-pharyngée des divers microbes pathogènes de l'otite moyenne aiguë, la bilatéralité de cette otite, précédée d'ordinaire d'affections de la gorge et du nez, permettent d'affirmer que, le plus souvent, les agents pathogènes viennent du pharynx par les trompes d'Eustache. Il en est de même pour les otites des maladies générales, qui reconnaissent d'ailleurs les mêmes agents que l'otite aiguë : la pullulation de ces derniers est alors favorisée par les altérations bucco-pharyngées, la sécheresse de la bouche entravant la déglutition, et par la diminution de résistance de l'organisme. Plus rarement les microbes arrivent par la voie sanguine ou lymphatique; mais il s'agit alors au début d'otites internes. Il résulte de ces notions la nécessité de surveiller avec soin l'antisepsie de la bouche et du pharynx, en particulier dans la rougeole et la fièvre typhoïde : les soins de propreté, les gargarismes ou irrigations antiseptiques seront d'une grande utilité prophylactique. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 10 octobre 1888.)

BIBLIOGRAPHIE

Atlas d'embryologie, par M. le professeur Mathias-Duval. — 1 vol. gr. in-8° avec 40 planches en noir et en couleurs comprenant ensemble 652 figures; prix : 48 francs. Paris, G. Masson, 1888.

Voici une œuvre considérable, une de celles qui honorent le plus la science française, et que l'on ne saurait trop hautement louer. L'Atlas de notre ami Mathias-Duval tend, en effet, à rendre accessible à tous une science trop longtemps négligée en raison des difficultés que présentait son étude; il offre aux jeunes générations médicales toute une série de *leçons de choses* leur permettant de suivre dans toutes leurs phases, et à toutes les périodes de leur développement, les modifications que subissent dans leur évolution les divers organes de l'embryon. De telle sorte qu'en examinant avec quelque attention cette galerie embryologique, en lisant les notes inscrites au bas de chaque page, l'étudiant et le médecin apprendront en peu de temps et avec un réel plaisir les principaux éléments de l'embryologie comparée.

Il appartenait au savant maître qui, depuis tant d'années, perfectionnant ses moyens de recherche, a su imaginer une technique nouvelle aussi ingénieuse que féconde (l'inclusion dans le collodion ou colloïdine) et préparer une collection de pièces embryologiques vraiment admirable, il appartenait à Mathias-Duval d'élever à la science dont il est devenu l'un des plus brillants interprètes un monument impérissable.

Que l'on jette les yeux sur la première planche, qui donne au lecteur une vue d'ensemble du sujet, depuis l'œuf dans l'ovaire et l'oviducte jusqu'au poulet près de l'éclosion, ou que l'on étudie dans leurs détails les différentes coupes qui permettent de suivre pas à pas les divers embryons, de les voir grandir de jour en jour ou même d'heure en heure; ou encore qu'on assiste, sous la direction de l'auteur, au développement des organes et des tissus; toujours et partout on admire avec quelle clarté et quelle précision a été ordonné ce vaste et savant travail.

Dans la série des planches qui sont destinées à l'étude de la constitution du blastoderme et de l'embryon, une disposition très méthodique permet de suivre la filiation des coupes microscopiques, transversales et longitudinales, nécessairement très nombreuses. Chaque planche contient, en effet, une ou deux figures destinées à rappeler les contours et la forme extérieure de l'embryon précédemment représenté avec détails dans plusieurs planches spéciales. Sur cette esquisse de l'embryon sont tracées des lignes rouges, transversales ou longitudinales, portant chacune un chiffre également en rouge. Or ces figures indiquent la direction et le niveau des coupes qui sont représentées dans les figures adjacentes et le chiffre rouge attaché à chaque ligne n'est autre chose que le numéro d'ordre de la coupe correspondante.

De la planche X à la planche XXX, des teintes différentes servent à faire reconnaître les trois feuillets blastodermiques et les diverses parties ou organes qui en dérivent. L'ectoderme est d'un ton noir un peu foncé; le mésoderme est rouge, enfin l'entoderme est d'un ton noir plus clair. Grâce à cette ingénieuse innovation, on évite à première vue toute confusion entre les diverses parties ou replis des feuillets blastodermiques et l'on peut ainsi comprendre d'un simple coup d'œil la formation des mésocardes, de la cavité péricardique, etc.

Ces quelques détails suffisent à montrer le soin avec lequel toute la partie technique et descriptive de cette œuvre a été traitée. Ajoutons que rien n'est schématique dans ces planches, qu'elles ont été toutes dessinées d'après les préparations de l'auteur et qu'il sera aisé à tous ceux qui ont quelque expérience des études embryologiques de les reproduire eux-mêmes.

Disons aussi que si, au point de vue de la vulgarisation d'une science, très digne d'inspirer de nouvelles recherches, cet Atlas est destiné à rendre les plus signalés services, il ne saurait manquer non plus d'être regardé comme une œuvre de progrès, en ce sens qu'il enregistre un grand nombre de découvertes dues à Mathias-Duval. Citons seulement les faits relatifs à l'existence chez le poulet d'une région semblable à celle que Van Beneden a décrite chez les mammifères sous le nom de proamnios, — à l'origine des îlots sanguins de Wolf aux dépens du feuillet interne — à l'origine de l'endothélium cardiaque aux dépens de l'entoderme de la région pharyngienne — à la formation d'un double pancréas symétriquement disposé (l'un droit, l'autre gauche) — à l'origine du foie par deux diverticules creux du tube digestif — à l'origine de la veine ombilicale, etc.

Toutes ces recherches ne sont d'ailleurs que le prélude d'études plus vastes et plus importantes encore sur le développement des mammifères et peut-être de l'homme, si, comme on doit l'espérer, les gynécologistes et les accoucheurs se font un devoir d'adresser désormais au laboratoire de M. Mathias-Duval tous les embryons qu'ils auront vus naître et qui ne seront point d'âge à être inhumés. Ainsi pourra être publiée en France une série de mémoires des plus précieux à consulter et vraiment dignes de trouver leur place dans toutes les bibliothèques.

Nous aimons à penser qu'il n'est pas en France un établissement d'enseignement supérieur qui ne tienne à posséder l'Atlas de Mathias-Duval. Le temps n'est plus où l'anatomie et l'histologie peuvent se borner à l'étude macroscopique ou microscopique des appareils organiques complètement développés. L'enseignement de nos écoles doit considérer l'anatomie générale comme une science plus compréhensive embrassant dans son ensemble l'étude des

diverses phases du développement embryonnaire des éléments, des tissus et des organes des êtres vivants. C'est ainsi que notre savant ami a su comprendre la haute mission que lui impose son titre de professeur d'histologie à la Faculté de Paris. Et c'est en publiant des livres comme celui dont nous recommandons l'étude qu'il fera bien ressortir aux yeux des savants français et étrangers l'utilité, la valeur et la portée philosophique de son enseignement.

L. LEREBOULLET.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ALCOOLISME SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET DE LA CIRRHOSE ATROPHIQUE DU FOIE, par M. le docteur ALISON. — Paris, 1888. Asselin et Houzeau.

Des nombreuses observations recueillies dans sa pratique médicale, l'auteur tire une double conclusion : 1° fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les individus alcooliques exerçant une profession active et adonnés aux travaux pénibles de la campagne. Partout où la contagion de la tuberculose a pu s'exercer, l'alcootisme a servi de base prédisposante favorisant le développement du bacille pathogène; 2° rareté de la cirrhose atrophique du foie dans les mêmes conditions. La profession semble en effet exercer, indépendamment des autres causes connues de cirrhose atrophique et relevant de la quantité, de la nature et du mode d'ingestion des liqueurs alcooliques, une notable influence sur le développement de l'hépatite interstitielle : celle-ci est extrêmement rare chez les personnes de la campagne adonnées aux travaux pénibles des champs; elle est aussi plus rare chez les individus ayant une profession manuelle active que chez ceux qui restent inactifs ou ont un travail sédentaire. Sans doute les travaux physiques pénibles amènent une décharge pour le foie, soit en augmentant l'élimination de l'alcool par la transpiration cutanée ou l'exhalation pulmonaire, soit en activant les transformations d'une partie importante de l'alcool ingéré.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Mairet, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — Il est créé une chaire de physique à cette école et un concours s'ouvrira le 20 juin 1889 devant la Faculté de médecine de Bordeaux pour un emploi de suppléant à la chaire de pharmacie et de matière médicale de l'école de Clermont.

AGRÉGATION DU VAL-DE-GRACE. — Ont été nommés professeurs agrégés de médecine: MM. les médecins-majors Antony et Burlureaux.

Professeur agrégé de chirurgie: M. le médecin-major Moty.

CONGRÈS DE 1889. — Le ministre du commerce vient de former comme suit les comités d'organisation des nouveaux Congrès internationaux qui doivent avoir lieu à Paris pendant l'Exposition universelle de 1889:

Congrès dentaire: MM. Bloeman, Brasseur, Chauvin, Crignier, Damain, David, Dubois, Dubrac, Ducourneau, Gaillard, Godon, Kuhn, Marchandé, Papot, Poinsot, Pourchet, Ronnet et Saussine.

Congrès d'anthropologie criminelle: MM. Ball, A. Bertillon, Blanche, Bordier, Bournet, Brouardel, Collineau, Mathias-Duval, Fauvelle, Falret, Féré, Garand, Hervé, Laborde, Lacassagne, Letourneau, Magitot, Magnan, Manouvrier, Mesnet, Motet, Ploix, Pozzi, Roussel, Séligman, Tarde, Topinard et A. Voisin.

COURS D'HYGIÈNE POUR LES EMPLOYÉS DE L'ÉTAT A BERLIN. — Conformément au désir exprimé par le ministre de l'instruction publique de Prusse, des cours d'hygiène destinés aux employés de l'État (qui dans l'exercice de leurs fonctions se trouvent quelquefois en présence de questions relatives à l'hygiène), seront bientôt inaugurés à l'Institut sanitaire de Berlin, sous la direction de Koch et des docteurs Gesmarch et Proskauer. Ces cours auront un caractère pratique et démonstratif. Ils porteront principalement sur l'assainissement des villes et les mesures à prendre contre les maladies infectieuses. Le prix du cours sera de 75 francs. Le ministre de l'intérieur a déjà informé de l'inauguration de cet enseignement les Conseils municipaux de toutes les grandes villes de la Prusse, afin qu'ils puissent envoyer leurs employés aux cours d'hygiène.

Des cours semblables sont en voie d'organisation à la Faculté de médecine de Paris.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. le docteur Chervin, directeur de l'institution des bègues de Paris, a commencé le mercredi 12 décembre, à cinq heures, à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), ses leçons sur les troubles de la parole, et les continuera les mercredis à la même heure.

La première leçon a été consacrée à des considérations générales sur les troubles de la parole.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le professeur Cavalier (de Montpellier), et de MM. les docteurs Decaudin (de Paris), Charée (de Neufchâteau) et Maydieu (de Saint-Sylvestre).

MORTALITÉ A PARIS (48e semaine, du 25 novembre au 1er décembre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 20. — Variole, 4. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 27. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs : cancéreuses, 41 ; autres, 6. — Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 38. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 42. — Bronchite aiguë, 17. — Bronchite chronique, 34. — Bronchopneumonie, 25. — Pneumonie, 45. — Gastro-entérite : sein, 9; biberon, 46. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 25. — Suicides, 12. — Autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 140. — Causes inconnues, 17. — Total : 876.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Documents pour servir à l'histoire anatomique et clinique du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, par M. le docteur L.-A. Demelin. 1 vol. in-8° avec pl. Paris, 1888. A. Coccoz. 3 fr. 50

La mort par la décapitation, par M. le docteur P. Loye, avec une préface de M. le professeur Brouardel. Un beau vol. in-8° de 300 pages. Publications du *Progrès médical*. 6 fr.

Études sur l'hystérie infantile, par M. le docteur A. Clopatt. 1 vol. in-4° de 191 pages. Paris, O. Berthier. 3 fr.

Hygiène publique à Chambéry, par M. le docteur Bédoin. Paris, O. Doin.

Traité clinique des maladies mentales, par M. le docteur Schüle. 3e édition, de 1886, traduite par MM. les docteurs J. Dagonet et G. Duhamel, revue et augmentée par l'auteur. Préface de M. le docteur H. Dagonet. 2e fascicule 1 vol. in-8°. Paris, Lecrosnier et Babé. 5 fr.
Prix de l'ouvrage complet. 1 vol. in-8°. 9 fr.

Anatomie des centres nerveux, leçons professées par M. le docteur Ludwig Edinger; traduit de l'allemand par M. Siraud. 1 vol. grand in-8° de 235 pages avec 122 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 8 fr.

Les anomalies de la vision, par M. le docteur Imbert, avec une introduction, par M. E. Javal (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). 1 vol. in-16 de 376 pages avec 48 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Travaux d'obstétrique, par M. le docteur Auvard. 3 vol. in-8° avec 308 figures intercalées dans le texte. Paris, Lecrosnier et Babé. 24 fr.

Cours de zoologie médicale, destiné aux étudiants en médecine et en pharmacie, rédigé d'après les leçons de M. le docteur Louis Houle et par M. A. Suis, édition revue par le professeur et précédée d'une préface de M. G. Moquin-Tandon. Ouvrage complet. 1 beau vol. in-8° avec 420 figures dans le texte. Paris, O. Berthier. 7 fr.

Nouveaux éléments de pathologie externe, publiés par M. le professeur A. Bouchard (de Bordeaux), tome second; *Maladies des régions*, fascicule 1er (tête, face et cou), avec la collaboration de MM. les professeurs agrégés Piéchaud et Maurice Denucé et de M. le docteur Princeteau. 1 vol. in-8° de 370 pages. Paris, Asselin et Houzeau. 6 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

17376. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE

DE LA

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

THÉRAPEUTIQUE

De l'albuminate de fer soluble dans la chloro-anémie.

Il est scientifiquement admis aujourd'hui que les globules rouges du sang proviennent de la transformation des globules blancs, et récemment M. le professeur Sappey a pu suivre toutes les phases de cette transformation.

Il nous a paru intéressant de comparer la composition chimique de ces deux éléments afin de bien démontrer qu'il y a à fournir à l'économie les éléments qui manquent au globule blanc pour arriver à l'état de globule rouge.

Semblables aux globules de la lymphe, les leucocytes, lorsqu'on les gonfle par l'eau et qu'on les traite par l'acide acétique, ne montrent qu'un ou plusieurs noyaux ; le globule rouge, au contraire, contient de la globuline, matière de nature albuminoïde ; de l'*hémoglobine*, matière colorante renfermant 0,34 pour 100 de fer. puis enfin des sels de potasse.

Nous ne saurions trop insister sur cette présence de la potasse dans les globules rouges, à l'exclusion des sels de soude qui restent dans le liquor. La conclusion qui se présente d'elle-même, dans ces conditions, c'est que lorsqu'on a spécialement en vue la reconstitution de l'élément figuré du sang, il y a nécessité absolue à employer de l'albumine du fer et des sels de potasse à l'exclusion des sels de soude.

L'albuminate de fer en solution dans une liqueur faiblement alcaline est physiologique : la reproduction des globules rouges et les résultats cliniques, si remarquables, obtenus par l'usage de la *liqueur Laprade* à l'albuminate de fer soluble en sont la preuve la plus convaincante.

L'albuminate de fer est le plus assimilable des ferrugineux, dit M. le professeur Gubler; cette préparation n'occasionne ni constipation ni troubles gastriques et les malades les plus débilités la supportent parfaitement. La dose normale est d'une cuillerée à chaque repas.

De l'emploi simultané des peptones et des phosphates de chaux comme reconstituants.

Les phénomènes physiologiques, très complexes, qui ont trait à la nutrition en général, sont loin d'avoir reçu de nos jours une explication satisfaisante, et il n'y a guère qu'au point de vue des résultats intimes de cette nutrition que nous puissions affirmer nos connaissances à peu près complètes.

En effet, tout ce qui a trait au *bilan nutritif de l'organisme*, c'est-à-dire à la *ration physiologique d'entretien*, doit varier non seulement avec les individus et les climats, mais encore et surtout avec l'état de maladie et l'état de santé.

Dans les maladies de consomption, alors que l'alimentation doit compenser les pertes continuelles de l'organisme ; dans les convalescences si longues de la dothiénentérie, où la réparation des forces est si importante ; chez les enfants scrofuleux et rachitiques dont le développement est long et pénible, il faut avoir recours aux reconstituants énergiques, et dans ces conditions l'usage simultané des peptones comme aliments et du chlorhydrophosphate de chaux comme stimulant rend les plus grands services.

La préparation de *peptone phosphatée*, connue sous le nom de *vin de Bayard*, répond absolument aux besoins de la thérapeutique, et les expériences nombreuses faites dans les hôpitaux ne laissent aucun doute à ce sujet. Le vin de Bayard se prend à la dose d'un verre à liqueur au commencement des repas.

Dr P. BLONDEL.

THÉRAPEUTIQUE

La découverte des propriétés de la digitale a été l'une des plus grandes conquêtes de la thérapeutique ; aucun médicament ne s'est affirmé avec autant d'autorité et n'a donné, dans toute occasion, des résultats plus efficaces et plus certains. La digitale est le diurétique le plus sûr que nous possédions, aussi rend-elle les plus grands services dans le traitement de l'hydropisie : c'est l'agent le plus efficace de la médication antipyrétique, et, par conséquent, le meilleur médicament contre la fièvre ; enfin, elle jouit de la propriété très remarquable de ralentir les mouvements du cœur et, par suite, de régulariser la circulation. Cette simple énumération des services que rend la digitale suffit pour expliquer son importance et justifier tous les travaux et recherches dont elle a été l'objet.

Un grand nombre de chimistes se sont occupés de la digitale, mais ce n'a pas toujours été avec succès. On a bien découvert trois espèces de digitalines, l'une soluble, l'autre insoluble, l'autre enfin cristallisée. Mais Schmiedeberg, à la suite d'études et d'expériences très sérieuses, est venu démontrer que ces digitalines n'étaient que des mélanges de plusieurs substances préexistant dans la plante.

Aujourd'hui on peut admettre qu'il y a quatre produits purs ayant été extraits de la digitale : la digitamine, la digitaline, la digitaléine et la digitoxine. Mais les résultats obtenus avec ces substances ont été tellement différents de ceux produits par la plante mère, que Nothnagel et Rosbach, dans leurs *Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique*, n'hésitent pas à conseiller de préférer l'usage de la plante mère.

Cela étant ainsi, quel est le meilleur mode de traiter la plante mère pour obtenir une préparation dont les résultats soient certains et toujours fidèles? Pendant quelque temps les avis ont été partagés sur ce point : plusieurs chimistes soutinrent que l'infusion prolongée de la plante donnait le meilleur produit pour l'usage médical : l'un d'eux eut même assez d'influence sur la commission de rédaction du Codex de 1837 pour faire adopter l'infusion aqueuse comme formule pour la préparation du sirop de digitale officinal.

Labélonye, que des travaux spéciaux sur la matière rendaient plus compétent que tout autre, soutint ardemment une opinion contraire : pour lui la plante devait être dissoute dans l'alcool hydraté à 22 degrés. En effet, cet alcool dissolvant l'huile volatile, la résine, les principes amers, etc., l'extrait hydro-alcoolique, préparé dans le vide, à l'abri de toute altération, était incontestablement la préparation qui contenait tous les principes bienfaisants de la digitale.

Cette opinion, méconnue en 1837, finit par triompher : les nouveaux rédacteurs du Codex l'admirent comme absolument certaine, et la solution alcoolique fut substituée à l'infusion aqueuse dans la formule du sirop de digitale officinal. Un rapport de M. Buignet, lu à l'Académie de médecine le 23 janvier 1872, est venu confirmer l'opinion qui avait déterminé les rédacteurs du Codex, et il est acquis aujourd'hui que c'est l'extrait hydro-alcoolique de digitale qui doit être la base des préparations les plus favorables à l'administration de cette plante bienfaisante.

M. Labélonye était naturellement mieux à même que tout autre de tirer parti d'une découverte qui était bien la sienne. Aussi avec l'extrait hydro-alcoolique, préparé avec des soins tout spéciaux, a-t-il confectionné des granules et un sirop dont l'emploi est devenu général.

Le sirop surtout donne des succès constants, qui démontrent qu'il jouit bien de toutes les propriétés de la digitale, sans présenter aucun inconvénient dans son mode d'administration : il ne charge jamais l'estomac et est facilement supporté par les personnes les plus délicates. Ses qualités précieuses, constatées par trente années d'expérimentation, l'ont fait adopter par la presque universalité des médecins. Il résulte de leurs déclarations qu'ils en ont obtenu les meilleurs effets dans les affections de poitrine, catarrhe, asthmes, bronchites, coqueluches, hydropisie de poitrine. Mais c'est surtout dans les affections organiques ou non organiques du cœur qu'on obtient un succès presque constant; les palpitations sont calmées rapidement, les battements deviennent plus fermes et plus réguliers, et le calme renaît aussi bien dans la santé que dans l'esprit du malade.

Les doses d'emploi du sirop et des granules doivent être fixées par le médecin suivant l'âge et le tempérament du malade. En moyenne, trois cuillerées à bouche de sirop par jour sont suffisantes. Elles doivent être prises une heure avant le repas ou deux heures après. La dose peut, au besoin, être augmentée d'une ou deux cuillerées par jour. Quant aux granules, la dose peut varier de quatre à dix par jour : on commence par un ou deux matin et soir, en observant toujours la distance d'une heure avant le repas ou deux heures après. Les doses doivent évidemment être moindres pour les enfants. C'est une question d'appréciation qui n'appartient qu'au médecin, qui seul peut tenir compte utilement des âges et des tempéraments de ses malades.

(*Union médicale.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

17120. — Motteroz, Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

M. LE D[r] L. LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF

MM. P. BLACHEZ, E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* à M. LEREBOULLET, 44, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

BULLETIN

Paris, 19 décembre 1888.

Académie de médecine et Académie des sciences: **Élections.** — *Sénat :* **Assainissement de Paris.**

L'Académie vient de renouveler son bureau et ses commissions annuelles. En appelant M. Moutard-Martin au fauteuil de la vice-présidence, elle a tenu à affirmer une fois de plus le prix qu'elle attache à la probité et à la dignité professionnelles. Après avoir représenté si longtemps, dans les conseils de l'Assistance publique, le corps médical des hôpitaux et défendu avec autant de fermeté et d'indépendance de caractère que de zèle et de dévouement les intérêts moraux et matériels de ses collègues, M. Moutard-Martin apportera dans la direction des travaux de l'Académie les qualités éminentes qui lui ont valu le respect de tous.

M. Féréol a bien voulu accepter les fonctions parfois difficiles et toujours laborieuses de secrétaire annuel. Il était désigné pour succéder à MM. Henri Roger, Bergeron et Proust — nous ne parlons que de ceux qui siègent encore à ses côtés — tout à la fois par son activité laborieuse, ses connaissances encyclopédiques et cette haute culture intellectuelle qui donne à ses écrits autant de charme que d'intérêt. Ceux qui l'ont entendu, soit à l'Académie, soit à la Société des hôpitaux qu'il a présidée avec une grande distinction, applaudiront doublement à son élection.

— Nous devons signaler aussi le vote unanime qui vient d'appeler M. Schützenberger à l'Académie des sciences. Cette haute distinction récompense les travaux d'un savant aussi modeste que laborieux et dont plusieurs découvertes importantes et un grand nombre d'études des plus remarquables avaient depuis longtemps assuré la renommée.

— Le Sénat a terminé hier la première délibération du projet de loi sur l'utilisation agricole des eaux de Paris et l'assainissement de la Seine, dont nous avons parlé à cette même place il y a huit jours (voy. p. 790). Le projet a été approuvé à une grande majorité. Nous aimons à croire que la seconde et dernière délibération sera prochaine et que la réalisation de l'œuvre de l'assainissement de Paris ne trouvera plus d'obstacles.

Les objections, les hypothèses, les difficultés de toutes sortes n'ont cependant pas manqué d'être élevées jusqu'à la dernière heure contre les projets de la ville de Paris. Les débats des assemblées publiques et même ceux de certains corps savants sur cette question n'auraient donné qu'une triste idée de l'indépendance des jugements de leurs membres, si des voix autorisées n'avaient tenu, dans les deux camps opposés, à mettre surtout en avant les enseignements de la science et de l'expérience.

Or, que dit à cet égard l'expérience, maintes et maintes fois renouvelée depuis des siècles? Une habitation n'est assainie qu'autant que les matières usées en sont expulsées aussitôt qu'elles sont produites; une ville n'est salubre qu'autant que les matières usées provenant de toutes les maisons, des lieux publics et de la voie publique en sont immédiatement éloignées et que les germes que ces matières renferment n'y peuvent revenir d'aucune manière. Pour obtenir ces résultats, il n'est qu'un seul système d'assainissement applicable à l'habitation et à la ville, c'est celui du « tout à l'égout »; sans mécanisme d'aucune sorte, avec des chasses d'eau suffisantes et des précautions faciles à appliquer, il assure l'évacuation immédiate de toutes les matières excrémentitielles sans retour des germes; il n'en est pas, du moins, de connu actuellement, qui réalise aussi complètement ces conditions. Une fois les matières hors des villes, il importe qu'elles ne puissent contaminer les cours d'eau voisins ni les nappes d'eau souterraine. Si l'on n'a pas à proximité de terrain perméable, il ne faut pas hésiter, malgré ces graves inconvénients, à pratiquer la transformation chimique de ces matières, quelque coûteuse qu'elle puisse être; mais si des terrains perméables suffisamment grands sont proches, l'épuration par utilisation agricole est de beaucoup supérieure. En effet, celle-ci est sans danger, puisque l'eau qui s'écoule par les drains est totalement débarrassée des germes que renfermait l'eau d'égout; l'air est salubre, puisqu'on n'y constate aucune

épidémie qui puisse lui être attribuée; les produits de la culture sont également des plus sains, à en juger par l'expérience scientifique aussi bien que par l'observation journalière.

Des personnes très autorisées ont voulu depuis quelques années, et ces jours-ci encore, élever, pour ainsi dire, un conflit entre les résultats de l'observation et les considérations scientifiques auxquelles pouvait conduire, en une pareille question, l'état de nos connaissances microbiologiques. C'est ainsi que M. Pasteur a exprimé des craintes sur l'efficacité de l'épandage des eaux d'égout sur le sol; les germes et les spores des maladies infectieuses qui se trouvent dans ces eaux peuvent rester virulents, même au contact de l'air, pendant de longues années; ils restent vivants dans la terre pendant un temps considérable; si les populations qui vivent sur les champs d'épandage n'en sont pas incommodées, c'est qu'elles ne les absorbent qu'en petite quantité, répétée souvent; il n'en serait pas de même si une nouvelle population venait y séjourner; la maladie pourrait alors éclater avec intensité.

M. Cornil s'est vu obligé de s'élever contre les conséquences des déclarations qui avaient été ainsi obtenues de M. Pasteur contre le projet.

La question se posait tout d'abord de savoir si tout autre projet, à supposer que celui de la ville de Paris présente ces inconvénients, n'en aurait pas de bien plus graves; il ne serait pas difficile de le démontrer. Il faut aussi reconnaître que l'eau, l'air et les produits de la culture étant dépourvus de germes sur les champs d'épandage, il doit s'y faire des transformations que la science ignore encore, et il y aurait peut-être plus d'intérêt à s'inspirer de ces faits pour des recherches nouvelles, même pour des expériences de contrôle, qu'à s'efforcer, souvent en vain, de les contredire. Les exemples abondent enfin qui démontrent que ce n'est pas seulement au bout d'un certain temps que dans les localités où ces pratiques sont réalisées les épidémies de fièvre typhoïde, par exemple, cessent de se montrer, mais dès le début de l'établissement du tout à l'égout et de l'épuration par utilisation agricole. Telles sont les diverses indications dont l'hygiène est tenue de s'inspirer; car elle doit tout aussi bien s'appuyer sur les faits de l'observation que sur les résultats démontrés des expériences scientifiques; elle ne peut tenir compte des hypothèses qu'autant qu'elles concordent avec ces indications. C'est pourquoi personne ne s'étonne que le Sénat lait donné gain de cause au projet de la ville de Paris.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement des anévrysmes artériels.

Le traitement des anévrysmes est un de ceux que l'antisepsie a modifiés le plus lentement et à cette heure, tout comme au temps de l'infection purulente, la plupart des chirurgiens préfèrent encore les procédés non sanglants. Mais ce triomphe semble menacé et les attaques deviennent si vives que le jour nous paraît prochain d'une déroute irrémédiable. C'est ce changement de front que nous voulons étudier en nous appuyant sur les remarquables articles publiés par Pierre Delbet dans la *Revue de chirurgie* et sur un mémoire encore inédit de notre collègue Félix Brun.

I

Les méthodes imaginées contre les anévrysmes artériels sont presque innombrables, mais il en est peu qui survivent et, maintenant, on n'a plus guère recours qu'à la flexion forcée, du moins lorsqu'il s'agit d'un anévrysme poplité, à l'enveloppement du membre avec la bande d'Esmarch, à la compression digitale, enfin à la ligature de l'artère et à l'incision ou à l'excision du sac.

De ces procédés, il en est un, la *flexion forcée*, qui nous semble bien compromis en dépit des espérances qu'il alluma lors de son apparition. En effet, dès que Maunoir et Hart eurent, en 1857, publié leur première tentative et leur premier succès, la nouvelle méthode, d'une application facile et simple, fut accueillie par nos chirurgiens les plus compétents; mais, lorsque les observations se furent multipliées, l'on dut reconnaître que la flexion n'était pas sans inconvénients et il fallut beaucoup rabattre de l'enthousiasme des premiers jours.

Et d'abord la flexion est très douloureuse, d'autant qu'il la faut parfois très énergique et que, pour arrêter le cours du sang dans le sac, le talon doit être au contact de la fesse. Or, souvent, une pareille attitude ne peut être maintenue pendant le temps nécessaire pour atteindre à la guérison; plusieurs patients ne la supporteraient jusqu'au bout qu'avec le secours de l'anesthésie malheureusement inapplicable dans la plupart des cas, puisque la durée moyenne du traitement est de quatorze jours.

Encore si la guérison était la récompense habituelle de ceux qui ont supporté ce pénible traitement; mais il est loin d'en être ainsi et les statistiques ne nous laissent aucune illusion: Barwell conclut à 46 pour 100 de succès et encore est-il au-dessus de la vérité puisque Fischer, dans de nouveaux relevés, n'en compte que 42 et Delbet que 36 pour 100; c'est peu, surtout lorsqu'on songe que les échecs s'accompagnent parfois de raideurs articulaires, d'arthrites même, puis de ruptures, de supinations du sac et de gangrènes. Ainsi dans les 59 insuccès du relevé de Barwell 4 fois le membre dut être amputé pour des accidents de ce genre.

La flexion n'est donc pas ce procédé de choix qu'on avait semblé nous promettre: il est vraiment trop infidèle et nous pensons avec Delbet que son emploi doit être limité aux cas fort rares où l'anévrysme, développé sur un sujet jeune, sans tare organique appréciable, sans lésion articulaire du genou, est petit, à parois épaisses et présente une grande tendance à la guérison spontanée. Barwell n'a-t-il pas vu des sacs qui se sont solidifiés en quelques heures par le seul repos joint à la flexion spontanée du genou? « Il serait au moins fâcheux de ne pas faire bénéficier le malade d'un moyen aussi simple. »

II

La compression élastique préconisée par Walther Reid, en 1875, a du moins sur la flexion forcée l'avantage d'être applicable à tous les anévrysmes des membres. On pourrait croire à son extrême simplicité: on déroule la bande d'Esmarch de l'extrémité du membre au niveau de l'anévrysme qu'on laisse à découvert, puis, immédiatement au-dessus du sac, on applique une nouvelle bande que l'on arrête à la racine du membre où l'on interrompt la circulation par une striction énergique avec le tube en caoutchouc;

au bout d'une demi-heure, on enlève les deux bandes.

Mais ce n'est qu'un premier temps et, que l'anévrysme soit ou non solidifié, on doit commencer la compression digitale avant même que le tube constricteur soit enlevé; car, si une ondée sanguine vigoureuse abordait le sac, il en désagrégerait sans doute les caillots friables et provoquerait au loin des embolies et la gangrène. Cette compression est exercée plusieurs heures, parfois plusieurs jours, à ce point qu'on se demande si la bande élastique diminue en rien le temps qu'il eût fallu à la seule compression digitale pour amener la guérison et Delbet, après Mannoury, ne saurait dire si, en définitive, la méthode de Reid a une action quelconque sur l'oblitération du sac.

Si la bande est inutile, elle est nuisible; d'abord parce qu'elle est douloureuse au point de nécessiter l'anesthésie qui doit durer autant que la compression élastique elle-même et l'administration de l'éther ou du chloroforme n'a jamais passé pour indifférente en chirurgie. Et puis, et surtout, des accidents graves peuvent survenir : le refoulement du sang du membre est une sorte « d'auto-transfusion » qui crée une pléthore rapide, souvent dangereuse chez les malades atteints de dégénérescence graisseuse du cœur; cet organe est surmené par l'effort que nécessite la tension plus grande du sang et l'on cite des cas où ce mécanisme peut être invoqué pour expliquer la mort survenue quatre mois, deux mois et demi et vingt-sept heures après la compression élastique.

La gangrène a été plus souvent observée qu'à la suite des autres procédés : Delbet, dans une statistique qui porte sur 73 anévrysmes poplités traités par la compression élastique, compte 4 sphacèles dont 3 ont nécessité l'amputation du membre, tandis qu'on en relève 3 seulement sur 144 anévrysmes de même siège traités par les autres méthodes de compression; donc « en laissant de côté les cas légers de sphacèle qui n'ont réclamé aucune intervention, on trouve que, jusqu'à présent, la méthode de Reid a donné 4,10 pour 100 de gangrènes, tandis que les autres procédés de compression n'en ont donné que 2,08. C'est une différence de plus de moitié. »

Ce n'est pas tout; cette méthode, lorsqu'elle échoue, ne laisse pas les choses en l'état et le traitement sanglant qu'on est forcé d'instituer alors, provoque plus facilement la gangrène. En effet la compression élastique semble prédisposer le membre à la mortification ainsi qu'en dépose le relevé dressé par Delbet : sur 20 anévrysmes poplités traités par la ligature, après échec de la bande d'Esmarch, 3 se sont terminés par la gangrène, soit une proportion de 15 pour 100, tandis que la même ligature pratiquée après échec de la compression digitale a donné moins de 10 pour 100 : 5 gangrènes sur 52 anévrysmes.

Et cette considération n'est pas négligeable, car l'échec de la compression élastique est malheureusement trop fréquent : même avec l'adjonction de la compression digitale, qui, nous l'avons dit, est peut-être la seule efficace, elle ne donne même pas une guérison sur deux, proportion très différente de celle qu'on nous annonçait lors de l'apparition de la méthode : on parlait alors de 6 succès sur 7 anévrysmes traités; mais il fallut en rabattre, et l'année suivante on ne comptait plus que 10 succès sur 15 et puis 14 sur 25; avec la statistique de Pearce Guld échecs et succès se balancent et sur 70 cas on ne relève plus que 35 guérisons. Enfin arrive le tableau plus récent de Delbet qui sur 83 cas trouve 40 succès contre 43 échecs.

Cette énorme proportion d'insuccès, les douleurs que provoque la bande élastique si l'on ne recourt pas à l'anesthésie, les accidents qui peuvent survenir du fait de la compression et ceux auxquels elle prédispose si on est forcé plus tard de recourir à la ligature, nous sont des raisons suffisantes pour rejeter cette méthode. N'est-elle pas d'ailleurs le plus compliqué et le moins efficace des procédés non sanglants?

III

La compression indirecte est, de toutes les méthodes non sanglantes, celle qui mérite le plus d'être conservée : la compression digitale en est le type en même temps que le procédé le plus simple et le plus efficace. Elle doit, lorsqu'on le peut, être totale, continue et alternative, c'est-à-dire supprimer d'une manière absolue la pénétration du sang dans le segment inférieur de l'artère, ne jamais être interrompue tant que dure la séance et s'exercer successivement sur divers points du trajet du vaisseau pour éviter les souffrances trop vives.

Elle a longtemps été le procédé de choix et cette faveur s'expliquait lorsque sévissaient l'érysipèle et l'infection purulente. Mais elle mérite la plupart des reproches que l'on adresse à la flexion forcée et à la compression élastique. Ces inconvénients sont atténués sans doute, mais, pour exister à un degré affaibli, ils n'en sont pas moins fort graves encore et nous avons à parler de la douleur, de la lenteur de la solidification du sac, des insuccès trop fréquents, de l'inflammation et de la gangrène; nous ajouterons même un accident particulier à la méthode, la formation possible d'un nouvel anévrysme au point de compression.

La douleur est parfois insupportable; elle l'est d'autant plus que la compression doit souvent être continuée pendant un temps très long et Fischer, dans un intéressant tableau, nous montre que, sur 72 cas guéris par cette méthode, 19 ont demandé d'une à douze heures, 7 de douze à vingt-quatre, 6 de vingt-quatre à trente-six, et il a fallu dix journées pour les 40 cas restants. Peu de malades et peu de chirurgiens auront assez de constance pour poursuivre le traitement après les premières quarante-huit heures, d'autant qu'un pareil effort est souvent inutile. Ne voyons-nous pas en effet que les statistiques accusent environ 50 pour 100 d'échecs? un anévrysme sur deux résiste à toute tentative de compression.

Et il ne s'agit pas toujours de simples échecs : dans quelques cas, plus rares il est vrai qu'à la suite de la flexion forcée et de la compression élastique, la gangrène se développe; sur 59 anévrysmes réunis par Delbet et traités par la compression digitale, le sphacèle s'est produit 3 fois, soit une proportion de 6 pour 100. C'est au bout de la huitième, de la neuvième et de la dixième heure que les accidents se sont produits. Le mécanisme de cette gangrène est assez obscur; une fois elle fut provoquée par la rupture du sac, mais dans les deux autres la poche était intacte et il est probable que des fragments de caillot détachés de la paroi de l'anévrysme avaient formé au loin des embolies.

Enfin on a signalé l'apparition d'une tumeur nouvelle au point où l'on a exercé la pression digitale : Berger en a observé un cas; au bout de douze heures l'anévrysme poplité cédait au traitement, mais un second se formait sous le ligament de Falloppe; Annandale et Pemberton ont vu chacun un fait à peu près semblable. Le froissement continu exercé sur un vaisseau n'est pas sans danger, pour peu que

ses parois soient atteintes de dégénérescences athéromateuses. Aussi faut-il admettre avec Scriba que lorsqu'il existe une artérite gommeuse étendue, la compression doit être rejetée, car alors elle est à la fois inefficace et dangereuse.

On le voit, ce sont toujours les mêmes objections qui se dressent et les trois méthodes non sanglantes que nous venons d'énumérer, la flexion forcée, la compression élastique et la compression digitale, ont contre elles les douleurs, les inflammations qu'elles provoquent, la rupture du sac, les embolies, la gangrène et surtout leur regrettable insuffisance, puisque la meilleure, la compression digitale, guérit à peine un anévrysme sur deux. Aussi pensons-nous que le chirurgien doit recourir, maintenant que les complications des plaies ne sont plus à craindre, aux méthodes sanglantes plus rapides, plus efficaces et, malgré qu'on en ait dit, moins dangereuses.

IV

M. Brun, d'accord en cela avec Syme, Bardeleben, Poinsot, Championnière, Lister, nous propose la ligature et Delbet l'extirpation du sac. Ce dernier accumule les raisonnements, les exemples et les statistiques pour nous démontrer que « la ligature est une opération incertaine, qu'elle donne, dans les temps aseptiques, une mortalité de plus de 18 pour 100 et qu'il faut l'abandonner comme une des plus meurtrières de la chirurgie ». Mais cette opinion nous semble paradoxale en dépit du talent qu'a déployé l'auteur à la défendre.

Nous tenons en effet pour la ligature, et pour plaider sa cause, nous laisserons de côté les inductions, les déductions et les hypothèses, quelque légitimes et logiques qu'elles paraissent; nous ne nous occuperons que des faits et nous verrons si les hémorrhagies secondaires, les gangrènes et la mort sont plus fréquentes après la ligature, opération simple, facile, réglée dans tous ses détails, qu'à la suite de l'extirpation du sac, intervention toujours délicate, variable selon les cas, irrégulière, qui nécessite parfois des délabrements considérables et au cours de laquelle on risque de blesser les gros troncs nerveux et vasculaires voisins.

M. Delbet nous fournit deux tableaux comparatifs où l'on voit que sur 243 anévrysmes traités par la ligature de 1875 à 1887, il y a eu 47 morts, soit une léthalité de près de 19 pour 100, tandis que sur 53 anévrysmes de mêmes sièges soumis à l'incision et à l'excision, il n'y a que 6 morts, un peu moins de 12 pour 100. Ces statistiques sont trop inégales et laissent trop de cas de côté pour avoir une valeur indiscutable et nous voudrions leur en substituer une autre.

Nous prendrons comme exemple les anévrysmes poplités, de beaucoup les plus importants d'ailleurs, puisqu'ils fournissent à eux seuls plus de la moitié des anévrysmes externes. Nous commencerons notre statistique en 1880 et cela pour deux raisons, d'abord parce que, à cette époque, l'antisepsie est acclimatée dans tous les pays et puis parce que les relevés complémentaires de Brun nous serviront à rendre plus exacts encore les remarquables tableaux de Delbet. Le total des deux statistiques auxquelles nous ajoutons 3 cas de Lister, nous donne 81 anévrysmes artériels poplités traités par la ligature.

Ces 81 cas fournissent 5 morts; nous avons, il est vrai éliminé le fait de Haward, car le patient, dont la plaie avait guéri par première intention, succomba trente-trois jours après à une hémorrhagie cérébrale, et l'observation de Boursier, car la gangrène qui nécessita l'amputation était due, ainsi que le démontra l'autopsie, à l'oblitération antérieure du tronc tibio-péronnier, de la péronnière, de la tibiale postérieure et de la veine poplitée. Restent les faits malheureux de Barwell, de Morton où, au bout de quatre semaines, une hémorrhagie secondaire survint, qui nécessita une amputation dont l'issue fut funeste, de Howse où la rupture du sac, arrivée le trente-deuxième jour, amena la mort, de Schwartz, où vingt jours après l'intervention des accidents brusques d'asystolie enlevèrent le malade.

Certes, la lecture de cette observation prouve que tout autre mode de traitement aurait eu sans doute la même conséquence; nous la mettrons cependant au passif de la méthode et nous avons 4 morts sur 81 cas, soit une léthalité de moins de 5 pour 100, bien loin, on le voit, des 18 pour 100 accusés par les statistiques générales de Delbet. Voyons maintenant si les autres accidents graves, les hémorrhagies secondaires et les gangrènes, sont aussi fréquents qu'on semble le croire.

Voyons d'abord les hémorrhagies secondaires : si nous laissons de côté les cas de Barwell, de Morton et de Boursier, déjà signalés au paragraphe de la mortalité, nous ne trouvons guère que les faits de Durham et de Morelli où le sang fut d'ailleurs tari par une seconde ligature. Donc ces hémorrhagies sont devenues fort rares et doivent disparaître avec une antisepsie rigoureuse, sans doute incomplète dans quelques-unes des observations précédentes et ne voyons-nous pas, chez le malade de Morelli, que l'artère, fut liée à l'aide de trois fils de soie, soigneusement *cirés*, singulière façon de tuer les germes.

La gangrène est évidemment trop fréquente encore, mais notre statistique est loin de nous donner les chiffres désespérants que l'on indiquait autrefois : c'est ainsi que sur 81 ligatures de l'artère poplitée, nous comptons 5 cas où le sphacèle survint et même assez étendu pour nécessiter l'amputation du membre. Mais la ligature est-elle toujours responsable de ces désastres et ne faut-il pas, dans quelques cas, inscrire a plus juste titre ces accidents au passif de tous les traitements antérieurs à la ligature et qui ont préparé le membre au sphacèle par des thromboses ou par des embolies?

Dans le cas de Bardeleben on avait exercé sur la fémorale une compression de dix jours, puis on lia le vaisseau et la gangrène survint; le membre fut amputé et l'examen permit de constater de petites thromboses localisées dans plusieurs artères au voisinage des foyers gangreneux ; il s'agissait évidemment de fragments de caillots détachés des parois du sac. M. Delbet dit : sous l'influence de la ligature, nous dirons, nous : pendant la compression, plus favorable que la ligature au morcellement des caillots, grâce à l'ondée sanguine qui parfois pénètre encore dans la poche.

V

D'après Pierre Delbet, l'extirpation du sac est supérieure à la ligature d'abord parce que la mortalité serait moindre; il relève 18 cas observés depuis 1875, sur lesquels 14 ont guéri sans encombre, sauf un qui présenta une petite plaque de sphacèle sans importance; 1 opéré est mort et 3 ont été amputés, mais l'auteur retranche, après analyse des faits, ces trois cas d'amputation dont la méthode ne saurait être rendue responsable.

Nous acceptons volontiers cette élimination pour les cas de Holmes où la tumeur, prise pour un abcès et incisée, fut comprimée avec des tampons de perchlorure de fer et où la jambe était déjà froide avant l'extirpation de l'anévrysme; nous l'acceptons encore pour le fait de Stammer O'Grady, où après sept cent soixante-six heures de compression indirecte, le chirurgien veut pratiquer l'incision; il trouve que le sac remontait trop haut vers la cuisse et a recours sur l'heure à l'amputation. Mais nous retenons au passif de la méthode le cas de Zwicke; c'est bien là un échec et les difficultés extrêmes qu'éprouve l'opérateur, les trente ligatures qu'il doit poser, la gangrène récidivante et les deux amputations qu'elle nécessite n'innocentent en rien l'extirpation.

Nous avons donc 16 cas avec une mort et une amputation; la mortalité de l'excision serait donc de plus de 6 pour 100, supérieure, on le voit, à celle de la ligature qui, nous l'avons dit, est de moins de 5 pour 100; quant à la gangrène, accident assez fréquent, pour être opposé comme l'objection la plus grave à la ligature, elle est justement de 6 pour 100 dans les deux méthodes si nous comparons à nos 21 cas avec 5 gangrènes les 16 cas de Delbet avec une gangrène. On ne peut évidemment rien conclure d'un relevé aussi restreint, mais pourquoi l'adjonction de nouveaux faits chargerait-elle plutôt la ligature que l'extirpation?

Nous pensons que l'avenir est à la ligature et qu'elle deviendra sous peu la méthode de choix; les hémorrhagies secondaires et les suppurations du sac qu'on lui objectait ont déjà disparu avec l'antisepsie et nous estimons que la gangrène deviendra très rare lorsqu'au lieu d'intervenir sur un membre déjà préparé au sphacèle par la flexion forcée ou la bande élastique, on ira de prime abord à l'artère, pour l'oblitérer avec un fil bien aseptisé. Les autres méthodes seront des procédés exceptionnels, applicables seulement dans quelques cas particuliers.

L'extirpation pourra, dans ces faits rares, rendre d'utiles services et M. Delbet aura eu le mérite de nous montrer qu'elle est moins difficile et surtout plus sûre que nous ne pensions avant ses recherches. Un chirurgien adroit et prudent doit, sous la bande d'Esmarch, terminer l'opération sans encombre et les résultats seront alors excellents; on n'aura plus à craindre la récidive dans le sac, complication exceptionnelle, mais qu'on a cependant signalée à la suite de la ligature. L'extirpation sera réservée aux cas où la tumeur menace de s'enflammer ou de se rompre et surtout à ceux où les nerfs inclus dans les parois sclérosées du sac, provoquent des troubles trophiques et des paralysies qu'on guérira ou qu'on atténuera par la dissection attentive et le dégagement des cordons nerveux.

Paul Reclus.

MÉDECINE PUBLIQUE

De l'enseignement médical et de la pratique médicale en Russie.

En Russie, il existe deux grades de médecins, les *lekars* ou médecins et les docteurs en médecine. Les *lekars* reçus dans les Facultés ou à l'Académie de Saint-Pétersbourg ont le droit de pratique médicale et correspondent à nos docteurs en médecine. Le grade de docteur est supérieur et on ne l'obtient, comme nous le verrons plus loin, qu'après deux années d'études complémentaires. Ce titre de docteur est surtout recherché par tous ceux qui veulent occuper un poste de médecin assistant, de professeur ou de médecin des hôpitaux; il est relativement très rare comparé au titre de médecin, et l'on en jugera tout de suite par les chiffres suivants: en 1887, 700 diplômes de médecins ont été donnés par les diverses Facultés, et 50 docteurs seulement ont été admis.

Comme on le voit, c'est ici l'inverse de ce qui se passe en Allemagne où le titre de docteur ne confère pas le droit d'exercer, et pour obtenir le grade de médecin, il faut passer à Berlin un examen dit d'Etat qui permet de pratiquer la médecine dans l'Empire allemand. Nous aurons donc ici à examiner successivement par quels degrés doit passer l'étudiant russe pour devenir médecin praticien, puis ceux qu'il doit parcourir pour obtenir le titre de docteur.

Pour être étudiant en médecine, il faut avoir l'*attestat de maturité*, qui correspond à notre baccalauréat. Mais ce qui distingue les Facultés de médecine russes de celles des autres pays et en particulier des nôtres, c'est que le nombre des étudiants est limité pour chaque Faculté et ne doit pas dépasser un certain chiffre. La plus recherchée est celle qui est à Saint-Pétersbourg; cette école n'est pas à proprement parler une Faculté de médecine, c'est une Académie militaire ressortissant du ministère de la guerre et à laquelle est accordé le privilège de donner des diplômes de médecin comme les Facultés de médecine.

Cette Académie impériale ne reçoit que 125 élèves par an, et on y admet surtout l'élite de la jeunesse des écoles et le nombre des élèves israélites ou de nationalité polonaise y est extrêmement restreint. Elle est très généreusement dotée, c'est même ce qui explique son rattachement au ministère de la guerre plutôt qu'au ministère de l'instruction publique, le budget du premier permettant de faire pour cette école de grands sacrifices, que ne permettrait pas le budget beaucoup plus restreint du ministère de l'instruction publique.

J'ai visité avec grand soin cette Académie militaire, que l'on peut considérer comme un Institut modèle. Outre des services de clinique très nombreux comprenant toutes les cliniques spéciales de gynécologie, d'accouchements, d'ophthalmologie, de laryngologie, etc., elle possède un service de médecine légale, où l'on place les maladies simulées et à l'amphithéâtre duquel on pratique les autopsies de médecine légale. A proximité de cette Académie se trouve un Institut anatomique et physiologique où ces deux sciences sont professées, ainsi que les sciences dites accessoires.

Cette Académie impériale a pour but de former non seuseulement des médecins, mais encore elle sert à créer des médecins militaires. Tout le personnel de cette Académie, y compris les étudiants, porte un costume spécial et tous font leur visite en tenue.

Les autres Facultés de médecine sont au nombre de huit et sont distribuées dans divers points de l'Empire russe, à Moscou, à Kharkoff, à Kief, à Odessa, à Kazan, à Dorpat, à Varsovie et enfin tout récemment on vient de créer une Faculté en Sibérie, à Tomsk. Le nombre d'étudiants distribués dans ces diverses Facultés, y compris l'Académie, est environ de 5000.

La durée des études est de cinq ans et la fréquentation des cours obligatoire. Les élèves doivent une redevance non seulement à la Faculté, mais encore aux professeurs dont ils suivent les cours, et la dépense annuelle est environ de 60 à 80 roubles (150 à 200 francs).

L'ordre de l'enseignement est à peu près le même que celui suivi dans nos Facultés. La première année est consacrée aux sciences accessoires ; dans la deuxième année, on s'occupe d'anatomie et d'histologie, puis arrive l'enseignement clinique. Mais ici il y a un point très important qui sépare très nettement les études en France et les études en Russie.

Tandis que par la création de nos stagiaires, de nos externes et de nos internes des hôpitaux, nous laissons à nos élèves une grande initiative dans nos services hospitaliers et leur permettons de suivre à leur guise les services qu'ils préfèrent, il n'en est pas de même en Russie, et voici comment on procède à ce point de vue

A partir du cinquième semestre, c'est-à-dire de la troisième année, les élèves sont attachés à des cliniques dites *propedeutiques*. Dans ces cliniques, on leur enseigne l'auscultation, la percussion et la manière d'examiner un malade. Ils sont divisés par groupes de dix et chaque groupe est sous la direction soit du professeur, soit du privat-docent, soit d'un assistant.

Jusque-là les élèves ne peuvent entrer dans les salles de malades qu'accompagnés de leur professeur, et dès que ce dernier a quitté la salle, ils doivent en sortir à leur tour. Ce n'est qu'à partir de la cinquième année, c'est-à-dire dans la dernière année de l'enseignement, que les élèves suivent les cliniques générales, et toujours guidés par le professeur, ils rédigent des observations, établissent les courbes graphiques se rapportant aux malades qu'ils ont sous les yeux. On donne à ces étudiants le nom de *curateurs*.

Les travaux graphiques dont je viens de parler sont fort complets et établis avec le plus grand soin ; non seulement le pouls, la température et les respirations y sont consignés, mais encore on y trouve les modifications survenues dans les urines, dans les crachats, dans les garde-robes et dans le poids du malade. Mais même ces étudiants curateurs ne jouissent pas d'une grande initiative et ils n'exécutent que les ordres de leurs professeurs.

Pendant ces cinq ans d'études, les étudiants passent un grand nombre d'examens ; d'abord à la fin de chaque année, puis quand toutes les études sont terminées, ils sont obligés de repasser tous leurs examens de fin d'année qui deviennent des examens définitifs, sauf toutefois l'examen des sciences naturelles. Mais ce qui sépare encore nos études médicales des études médicales russes, c'est que chaque branche de la médecine a un examen spécial ; c'est ainsi qu'il y a un examen d'hygiène, un examen de médecine légale, etc., etc., de telle sorte que le chiffre total des examens est de 33. Ces examens spéciaux portent aussi sur les spécialités, et il y a un examen pour les maladies des yeux, pour les maladies mentales, etc. Aucun de ces examens n'est payé.

Voilà comment se forment les médecins en Russie. Voyons maintenant comment ils peuvent obtenir le titre de docteur. Ce titre est surtout recherché par ceux qui veulent occuper une position élevée ou officielle en médecine. Pour l'obtenir il faut de nouveau passer tous ses examens devant une Faculté de médecine ou devant l'Académie impériale de Saint-Pétersbourg, il faut de plus faire une thèse basée sur un travail original. La discussion de cette thèse présente une certaine solennité, et non seulement les professeurs argumentent le candidat, mais encore les assistants ont le droit de l'interpeller et de lui faire des objections.

Il existe à Saint-Pétersbourg un Institut auquel on donne le nom d'*Institut clinique*, véritable école de perfectionnement, et qui est destiné à compléter l'instruction des médecins pour en faire des docteurs. Cet Institut clinique, établi sous le patronage de la grande-duchesse Hélène Pawlowna, est dirigé par le professeur Eichwald. C'est un institut libre, mais véritable institut modèle qui renferme non seulement des cliniques générales et spéciales, mais encore des laboratoires, fort bien installés et en particulier un laboratoire de bactériologie dirigé par le professeur Afanassieff.

Des cours très nombreux se font à cet Institut ; ils portent non seulement sur toutes les branches de la médecine, mais aussi sur des points particuliers, tels que le massage, l'hydrothérapie et la gymnastique ; et sur la liste des professeurs, on peut voir que le docteur Oloff est chargé du massage appliqué à la chirurgie, et que le docteur Stangue y professe l'hydrothérapie, la gymnastique et le massage appliqué dans les maladies internes.

Il me reste maintenant à dire quelques mots du recrutement des professeurs de ces Facultés de médecine. Je prendrai pour exemple ce qui se passe à l'Académie impériale de Saint-Pétersbourg, qui est l'école fournissant le plus de ces professeurs.

A la fin de leurs études médicales, c'est-à-dire au bout de leur cinquième année, les élèves sortis avec la mention *cum eximia laude*, et dont le nombre oscille entre 30 et 40, sont appelés à concourir pour obtenir le droit de rester à l'Académie et d'entrer ainsi dans l'Institut des professeurs. Ce concours présente ce fait assez original que parmi les questions écrites, il en est une qui est désignée par les candidats eux-mêmes. Cette année, ils avaient choisi comme question la suivante : « De la valeur du repos et du travail dans la thérapeutique des maladies internes. »

Sur ces 30 ou 40 concurrents, 7 généralement sont admis, et à partir de ce moment ils font partie de l'Institut des professeurs. Ils reçoivent 1000 roubles (2500 francs) pendant trois ans et ils suivent alors à leur guise les divers services, attachés comme assistants à un des hôpitaux de Saint-Pétersbourg.

Au bout de ces trois ans, ils peuvent concourir pour une bourse à l'étranger où ils passent deux ans, et alors ils reçoivent 2000 roubles (5000 francs) par an. Au bout de ces cinq années, trois ans de travail en Russie et deux à l'étranger, ils subissent un examen qui porte non seulement sur les travaux que le candidat a faits, mais encore sur des leçons dont une est faite à son choix, et alors ils acquièrent le titre de privat-docent. Ceux qui ne peuvent obtenir ce titre entrent dans les hôpitaux ou dans l'armée.

C'est dans les rangs de ces privat-docent que le ministre de l'instruction publique choisit les professeurs des Facultés ou de l'Académie ; ils sont d'abord nommés professeurs extraordinaires, puis professeurs ordinaires ; les premiers reçoivent 2000 roubles, les seconds 3000 (5000 ou 7500 francs). A ces appointements viennent se joindre les sommes payées par les élèves qui suivent les cours, ce qui augmente le traitement de 800 à 1000 roubles (2000 à 2500 francs).

A ce propos, je ferai remarquer que ces cours sont payés dans les Facultés par les élèves, sauf à l'Académie de Saint-Pétersbourg où au contraire les étudiants sont payés à partir de la deuxième année ; ils reçoivent 350 roubles par an (875 francs), mais s'engagent à servir

comme médecins dans l'armée pendant quatre ans et demi.

Si j'ajoute que pour les places de médecins des hôpitaux, médecins assistants et médecins internes, le concours n'existe pas et qu'ils sont nommés directement par les municipalités ou par les comités directeurs des fondations particulières, j'aurai résumé brièvement l'organisation médicale de l'enseignement en Russie. Il me reste maintenant à dire quelques mots de la pratique médicale.

En Russie, il y a un grand nombre de médecins occupant des fonctions officielles; ce sont d'abord les médecins militaires. Ils ont le droit d'exercer la médecine en ville partout où ils se trouvent; le plus grand nombre sort de l'Académie impériale militaire de Saint-Pétersbourg; ils reçoivent un traitement de 350 roubles et à leur sortie leur traitement est élevé à 800 roubles (2000 francs), puis est augmenté tous les cinq ans du quart de leur traitement, et quand ils deviennent médecins généraux, leur traitement atteint alors 3000 roubles (7500 francs). Au bout de trente-cinq ans, ils reçoivent une retraite proportionnée à leur grade. Les médecins militaires peuvent recevoir des bourses de voyage pour se perfectionner dans leurs études; enfin quelques-uns passent leur examen de docteur.

Après les médecins militaires viennent les médecins de district (*zemski-vratch*); ces médecins communaux touchent de 1000 à 1800 roubles par an (2500 à 4500 francs); cependant ces appointements tendent à s'abaisser vu le grand nombre des demandes et les communes (*zemstvo*) veulent diminuer leurs subventions pour les mettre à 800 roubles (2000 francs).

Parmi les *zemski-vratch*, les uns sont attachés aux hôpitaux, les autres parcourent les villages sans hôpitaux, accompagnés de *feltschers*, et donnent leurs soins aux paysans malades et distribuent des médicaments.

Beaucoup de femmes médecins (sur 15000 médecins que possède la Russie, il y a 750 femmes) occupent cette position de *zemski-vratch*, et les communes n'ont qu'à se louer de cette substitution; elles soutiennent que les femmes apportent dans ces fonctions beaucoup de zèle et de dévouement.

Il faut dire qu'en Russie un grand nombre de femmes se portent avec empressement vers les études médicales; elles ont un grand sentiment du devoir, et nous pouvons juger de leur dévouement et de leur zèle par les nombreuses élèves que possède notre Faculté; tous les chefs de service des hôpitaux n'ont que des éloges à adresser aux élèves stagiaires attachées à leurs services.

Cette position de *zemski-vratch* est peu brillante; les *zemstvo*, en effet, peuvent à leur gré retirer les fonctions aux médecins, qui n'ont droit à aucune retraite.

Les villages qui sont dépourvus de ces *zemski-vratch* possèdent des *feltschers*, qui pratiquent sous les ordres d'un médecin. Quant aux grandes villes, elles possèdent des médecins municipaux qui correspondent à nos médecins du bureau de bienfaisance, ce sont les *gorodowoi-vratch;* ils sont chargés de donner des soins aux pauvres de la ville. Ce service est d'ailleurs fort bien organisé dans certaines villes, comme à Saint-Pétersbourg, où il existe un grand nombre de bureaux de secours (*ambulatoria*); les malades y reçoivent des soins et des consultations très nombreuses leur sont données.

J'ajoute que l'organisation hospitalière présente un grand esprit de tolérance; jamais il n'est fait d'enquête sur les malades qui demandent à entrer à l'hôpital; toutes les religions y sont admises, et dans les services d'accouchements, les femmes peuvent y entrer sans même donner leur nom.

Enfin, bien entendu, il existe des médecins des hôpitaux, dont chaque chef-lieu de gouvernement est pourvu et auxquels on donne le nom de *gouberski-vratch*.

Les médecins ont le droit d'exercer dans tout le territoire russe; ils sont sous la surveillance d'un fonctionnaire supérieur qui porte le titre d'inspecteur général médical. A tous ces médecins viennent s'ajouter ceux qui occupent des situations officielles dans d'autres départements, tels que les médecins de la marine, des chemins de fer, etc., puis les médecins de la cour (*hofmedik*) et ceux qui sont attachés à la personne de l'empereur et des princes (*leibmedik*).

Enfin, à côté de ces médecins occupant des positions officielles, il y a des médecins libres, et pour que l'on puisse juger de la proportion de ces divers médecins, je cite les chiffres suivants qui portent sur l'année 1886 et sont empruntés au compte rendu officiel du département de la médecine :

Médecins des administrations médicales...	167
— des districts et arrondissements..	134
— des hôpitaux	1207
— de la ville....................	596
— des prisons....................	19
— des communes...................	1140
— des villages...................	140
— des chemins de fer.............	121
— des écoles.....................	320
— des usines.....................	318
— libres.........................	2623

Tous ces chiffres m'ont été fournis par mon élève le docteur Winocouroff, qui m'a été d'un si grand secours dans le voyage que j'ai fait en Russie.

En Russie, comme partout, la concurrence est vive, surtout dans les grandes villes; il faut aussi ajouter que la population des villages est pauvre et qu'il existe d'énormes étendues de territoire sans médecins, ce qui explique que la situation du médecin est aussi pénible que dans notre pays, si ce n'est davantage, sans être plus rémunératrice. Cependant le médecin russe est peu exigeant; il supporte sans trop de difficulté les fatigues de la lutte. L'étudiant en médecine est en général pauvre, et la plupart vivent avec une extrême simplicité; un seul repas leur suffit souvent, et quelques-uns n'ont pour vivre que de 20 à 30 roubles par mois (50 à 75 francs). Aussi un certain nombre donnent-ils des leçons ou des répétitions pour pouvoir terminer leurs études.

Telles sont les indications que j'ai cru intéressantes à fournir sur l'enseignement médical en Russie. Il me reste maintenant à dire quel profit nous pouvons en tirer pour notre pays; c'est ce que je me propose de faire dans un troisième et dernier article.

Dujardin-Beaumetz.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

DE L'ENTÉROPTOSE DE GLÉNARD. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 23 novembre 1888, par M. le docteur FÉRÉOL, médecin de l'hôpital de la Charité.

(Fin. — Voyez le numéro 50.)

Au point de vue clinique pur, les observations se sont tellement multipliées depuis quelque temps que je pourrais presque me dispenser d'en apporter de nouvelles.

Voici cependant ma contribution personnelle. Je pourrais vous donner les observations détaillées, mais elles sont fort longues; je me bornerai à un résumé succinct.

OBS. I. — Une dame P..., d'une trentaine d'années, était depuis longtemps la cliente de notre éminent collègue M. Brouardel, qui, ne pouvant lui continuer ses soins, voulut bien me la confier au moment où son mari, employé de l'Administration de l'assistance publique, venait remplir une fonction à l'hôpital de la Charité. Cette dame était atteinte d'une singulière forme de dyspepsie gastralgique, à crises excessivement douloureuses, analogues à des coliques hépatiques, sans qu'on eût jamais observé chez elle de traces d'ictère, et sans qu'elle eût jamais rendu de calculs biliaires. Deux ans de suite elle avait été à Vichy, sans aucun bénéfice. Dans ces derniers temps, les crises, d'une violence extraordinaire. accompagnées de vomissements presque incoercibles, s'étaient tellement rapprochées que la malade était tombée dans un état de faiblesse, d'anémie, de maigreur fort inquiétant. Les piqûres de morphine qui l'avaient d'abord soulagée, étaient devenues insuffisantes, bien qu'elles fussent répétées trois, quatre fois et même plus dans les vingt-quatre heures; la malade devenait une véritable morphinomane.

J'avais, à plusieurs reprises, constaté chez elle le clapotement stomacal dans le voisinage de l'ombilic, et je dirigeais mon traitement dans le sens de la dilatation stomacale, y compris le lavage, mais sans aucun succès, lorsque l'idée me vint de la possibilité d'une entéroptose. Je fouillai l'abdomen avec le plus grand soin, et je découvris un rein mobile très évident à droite. En recherchant l'origine de la maladie, je constatai qu'elle avait commencé pendant une grossesse, en 1881, à la suite d'une chute assez sérieuse qu'avait faite la malade.

Dès lors, je me crus fixé, et je fis la commande d'une sangle pelvienne.

Précisément à ce moment, je reçus à l'hôpital la visite de M. Glénard; il vint avec moi visiter la malade, constata l'ectopie rénale, trouva la corde colique transverse que je ne savais pas sentir, et voulut bien m'assister de son expérience dans la direction du traitement que nous allons entreprendre.

L'application de la ceinture, vu l'état de maigreur extrême de la malade, présentait une véritable difficulté; il fallut retoucher plusieurs fois la sangle, augmenter la pression au moyen d'une pelote très grosse en forme de croissant. Nous étions encouragés par l'épreuve du relèvement de l'abdomen au moyen des mains, épreuve qui donnait un résultat très significatif. Le 9 mars, la ceinture put être mise et laissée en place; en même temps la malade prenait, chaque matin, un léger laxatif (10 grammes d'abord, puis, plus tard, 5 grammes de sulfate de soude), des alcalins à chaque repas, et suivait le régime indiqué dans le mémoire de M. Glénard. Dès ce moment, le mieux se manifeste; les piqûres de morphine sont réduites à deux par jour; elles ne purent être supprimées que beaucoup plus tard; les vomissements cessent, et le sommeil reparait. Le 13 mars, la malade se trouve *sauvée* et ne marchande pas le mot : selon elle, *c'est un miracle*. Le 15, elle fait une course en voiture (il y avait six mois qu'elle restait au lit presque constamment); le 19, elle va au spectacle.

Aujourd'hui, elle a repris sa vie habituelle depuis longtemps. Elle a encore des crises; tous les mois d'abord, au moment des règles, qui sont hémorrhagiques et douloureuses, et ensuite toutes les fois qu'elle se fatigue, ou qu'elle tente un essai pour sortir de la rigueur de son régime ou de son traitement. Mais elle s'occupe de son ménage, de ses enfants, elle commence à engraisser et se montre très heureuse du résultat obtenu (1).

J'ajoute que M. Champetier de Ribes, qui avait été appelé au moment d'une des crises les plus douloureuses, avait reconnu chez Mme P... un déplacement utérin qu'il avait essayé de réduire, et il avait cru pouvoir faire de la maladie un réflexe symptomatique de ce déplacement. J'ai invité mon excellent collègue à suivre avec nous le traitement de ce cas très intéressant, et il me paraît aujourd'hui gagné à la théorie de l'entéroptose.

OBS. II. — Le second fait que je veux vous citer concerne une dame B..., âgée de cinquante-cinq ans environ, cliente habituelle de mon ami le docteur Guyot. Cette dame vint me voir en août dernier, en l'absence de son médecin qui faisait un long voyage. En la voyant entrer dans mon cabinet, je fus désagréablement impressionné par sa pâleur et son aspect cachectique; elle était anhélante avec des quintes fréquentes d'une toux sèche et convulsive, et paraissait sur le point de tomber en syncope; pas d'œdème des jambes; mais une arythmie cardiaque extrême, avec faiblesse du pouls; je m'empressai de la faire étendre sur une chaise longue, et son mari, qui l'accompagnait, me raconta son histoire pathologique qui était obscure et remontait très loin. Dès 1870, elle était sujette à des troubles digestifs, à des crampes d'estomac avec vomissements bilieux. Mais ce n'est qu'à partir de 1881, à la suite d'une chute assez sérieuse faite dans un escalier, que sa santé devint tout à fait mauvaise.

A propos de cette chute le docteur Guyot fit un examen minutieux de l'abdomen, et découvrit chez la malade une ectopie droite très manifeste. Depuis 1881 jusqu'au mois d'août 1888 Mme B... a été constamment valétudinaire, toujours sujette à des vomissements, à des crises gastriques, à de la toux, à des palpitations. M. Guyot cherchait, sans la trouver, quelque lésion du côté du poumon, de l'estomac, du cœur, de l'utérus même. Plusieurs saisons à Vichy, à Plombières n'amenèrent que des soulagements passagers; même à Vichy on dut renoncer à l'usage des eaux en boisson, et se borner à l'hydrothérapie. Enfin, dans ces derniers temps, le mal a pris une intensité extrême, par suite de fatigues et d'émotions causées par le mariage d'une fille. Mme B... a un dégoût alimentaire absolu, vomissant tout ce qu'elle essaye de prendre, même le lait qu'elle aime beaucoup; elle ne dort pas, étouffe sans cesse, et se sent en imminence syncopale lorsqu'elle essaye de marcher ou même de se tenir debout; elle a des palpitations violentes; en même temps elle a perdu toute énergie morale, elle qui en avait beaucoup, et tombe dans une mélancolie profonde. Les quintes de toux convulsive qui la fatiguent, lui font croire qu'elle devient poitrinaire, bien que M. Guyot, consulté à cet égard en juillet, l'ait, après un sérieux examen, pleinement rassurée.

Devant cet ensemble de symptômes, et mis sur la voie par l'ectopie rénale, je tente sur elle l'épreuve du relèvement de l'abdomen à l'aide des deux mains. Cette épreuve et la contre-épreuve donnent des résultats significatifs.

J'annonce dès lors à la malade que je crois pouvoir lui garantir un soulagement très prompt, et je lui prescris le traitement de l'entéroptose.

L'effet de l'application de la sangle fut saisissant. La toux quinteuse disparut du jour au lendemain, absolument. La malade dormit une grande partie de la nuit, en conservant sa ceinture; dès le lendemain, elle se trouve transformée, guérie, assure-t-elle, et crie au miracle, disant qu'elle se sent capable d'aller à pied à l'autre bout de Paris. Je modère un peu son enthousiasme, et lui rappelle l'absolue nécessité des laxatifs quotidiens, des alcalins aux repas et du régime.

Une saison à Vichy, qui fut différée quelque peu par l'apparition d'un zona, acheva la cure.

A son retour à Paris, M. le docteur Guyot, avec qui j'étais entré en correspondance au sujet de sa cliente, trouva Mme B... guérie.

Celui-ci crut pouvoir, en conséquence, suspendre l'usage assez ennuyeux du laxatif quotidien; sur-le-champ, les palpitations reparurent, et le sommeil fut de nouveau troublé. Elle revint me voir dans mon cabinet vers le 20 octobre. J'insistai pour qu'elle se conformât à la rigueur des prescriptions. Et ces jours derniers, j'ai appris qu'elle se trouvait revenue à la considérable amélioration qu'elle avait obtenue en septembre dernier, et qui

(1) Il est vraisemblable que le résultat eût été plus satisfaisant encore, si Mme P... eût pu faire, ainsi que nous le lui avions prescrit, une cure à Vichy; mais il lui a été impossible de quitter Paris en temps utile.

constitue pour elle un état de santé très satisfaisant, dont elle fait grand honneur à la médecine et au médecin.

Obs. III. — Dans les deux observations précédentes, j'ai eu la chance d'apporter un soulagement si considérable qu'il peut passer pour une guérison, à deux malades qui étaient soignées depuis plusieurs années par deux de nos collègues les plus éminents, tous deux mes amis, qui m'ont autorisé, ce dont je ne saurais trop les remercier, à vous communiquer ces faits sans taire leurs noms.

Dans la suivante, *c'est moi-même, messieurs, sans nulle vanité*, qui étais depuis vingt-deux ans le médecin traitant de la malade; je n'avais pas su la guérir, non plus qu'aucun des nombreux confrères auxquels je l'avais adressée, ou qu'elle avait consultés d'elle-même; la liste en est longue, et vous verriez, s'il m'était permis de vous la communiquer, qu'elle comprend les noms les plus célèbres de la Faculté, et même quelques-uns de l'étranger.

Cette dame, âgée aujourd'hui d'une cinquantaine d'années, fille d'un père très nerveux et probablement alcoolique, très nerveuse elle-même, et ayant dès l'époque de la puberté des idées d'obsession scrupuleuse, qui se représentèrent à plusieurs reprises après son mariage, tomba tout à fait malade, il y a vingt-six ans, pendant une grossesse très pénible (dernière de cinq). L'accouchement fut mauvais, suivi de pertes hémorrhagiques et de métro-péritonite assez grave; je lui donnais alors mes premiers soins. Depuis lors, malgré des améliorations plus ou moins longues, elle est restée en proie à une dyspepsie intestinale caractérisée par une diarrhée revenant surtout le matin, et alternant parfois avec de la constipation; chaque fois que ces troubles intestinaux se reproduisent, la malade est prise d'idées noires, scrupules, mélancolie profonde, débilité générale, dégoût de tout, impossibilité de marcher, de s'occuper à quoi que ce soit. Je ne puis dire ici tout ce qui a été tenté comme médication, eaux minérales, en France et à l'étranger, stations dans le Midi; l'hydrothérapie, l'électricité statique ou dynamique ont été dirigées contre l'état général, et aussi contre l'état local; car il lui était resté des règles hémorrhagiques très violentes, qui m'ont fait admettre la possibilité d'une complication de fibrome utérin. La ménopause, sur laquelle on comptait pour améliorer la situation, n'eut qu'un effet temporaire, et toujours la situation restait foncièrement la même.

J'avais fini par me rallier dans ce cas à l'opinion de M. Charcot et à admettre que la névropathie était l'origine première de tous les accidents.

Au mois de mars dernier, la malade que je n'avais pas vue depuis assez longtemps, vint me faire part d'un nouvel incident. Sa fille était accouchée, avec l'habile concours de notre collègue le docteur Charpentier. C'était une occasion pour la mère de consulter un nouveau médecin; elle n'y manqua point; celui-ci trouva une déviation utérine (que je connaissais de longue date), et Mme A... venait me dire précisément que Charpentier espérait remédier à tout en traitant le déplacement utérin. La malade renaissait encore une fois à l'espérance; car, chose remarquable, elle se refusait toujours à être une névropathe pure; elle était toujours persuadée que sa maladie devait avoir une cause que nous ne savions pas découvrir, et me reprochait sans cesse amicalement de ne pas y songer assez. Or cette fois, elle se croyait à moitié guérie, puisqu'on avait enfin découvert la cause de son mal. Il m'en coûtait de lui ôter son illusion. Pour me donner le temps d'y songer, je l'examinai de nouveau, à fond, ce que je n'avais pas fait depuis longtemps. Mme A... était tombée dans un état d'amaigrissement extrême et de faiblesse inquiétante. Le ventre flasque et plissé se prêtait à une exploration profonde. Je constatai facilement que le rein droit était descendu presque dans la fosse iliaque; le paquet intestinal était réduit à un volume minima, et semblait constitué par un amas de petites cordes; je tentai l'épreuve du relèvement de l'abdomen à l'aide des deux mains; elle réussit pleinement, aussi bien que la contre-épreuve.

Dès lors, je reconstituai de souvenir tout le tableau de l'entéroptose que j'avais eu sous les yeux depuis vingt-deux ans sans le voir.

Je priai M. Charpentier de venir visiter la malade avec moi et avec M. Glénard, qui était en ce moment à Paris.

Le traitement fut institué : laxatifs quotidiens, alcalins, régime, sangle pelvienne. Celle-ci ne fut pas commode à installer avec l'extrême maigreur de la malade. On en vint à bout cependant, et depuis cette époque la malade porte une sorte de corset-cuirasse inférieur, qui remonte presque jusqu'aux côtes, et qui est garni d'une large plaque en croissant avec pelote volumineuse.

Le soulagement obtenu par ces moyens combinés fut instantané. La malade put marcher, dormir et digérer. Il y eut quelques rechutes, il est vrai; deux séjours à Vichy, en mai et en septembre, ont amené une amélioration telle que la malade put faire un voyage dans le nord de l'Italie. Aujourd'hui, elle a repris la vie de tout le monde, et, si elle a encore quelques malaises, elle est complètement délivrée de son obsession, de l'abattement mélancolique et de la débilité inquiétante où je l'avais vue il y a huit mois. Si ce n'est pas encore une guérison complète, c'en est bien près, et il est permis d'espérer que nous y arriverons; en tous cas, c'est, dès maintenant, une existence très acceptable, dont la malade se déclare fort heureuse en comparaison des souffrances passées, et il était impossible d'espérer mieux ni même aussi bien dans un état pathologique si grave, si complexe et si ancien. Hier même, par une coïncidence toute fortuite, j'ai vu Mme A... dans mon cabinet; elle est tellement reconnaissante qu'elle m'a offert de venir se soumettre à votre examen.

Tels sont les faits sur lesquels j'appelle toute votre attention. Je pourrais vous en citer d'autres, recueillis soit à l'hôpital, soit en ville, mais moins frappants, et je ne veux pas abuser de votre patience.

Il est à remarquer que mes trois malades sont des femmes et que toutes trois elles ont un rein mobile. La maladie s'observe, en effet, beaucoup plus souvent (80 pour 100) chez les femmes, selon M. Glénard. Ces jours derniers, je l'ai rencontrée chez deux de mes clients que je soignais depuis fort longtemps, l'un pour une dyspepsie intestinale, l'autre pour un début probable de tuberculose; chez tous deux le traitement installé a réussi tout d'abord, et j'ai la plus ferme espérance d'arriver à un bon résultat.

Quant à la coïncidence du rein mobile, elle serait très fréquente en effet (30 pour 100). D'après M. Glénard, les symptômes morbides sont sous la dépendance de l'entéroptose et non de l'ectopie rénale; cependant il énonce cette loi que, si l'on voit fréquemment l'entéroptose sans rein mobile, on ne voit jamais le rein mobile sans entéroptose. Je ne suis point d'accord avec lui sur ce dernier point : à mon avis, il n'est pas absolument rare de voir des personnes affectées d'un rein mobile, qui ne s'en aperçoivent pas et ne sont point malades. Peut-être alors n'y a-t-il point de prolapsus intestinal; ce qui confirmerait l'opinion de M. Glénard, loin de l'infirmer.

Quoi qu'il en soit, de tout ce qui précède, je crois qu'on peut tirer la conclusion suivante :

Un bon nombre de malades atteints de troubles névropathiques variés, mais en concordance avec des désordres de la digestion, sont atteints d'entéroptose; et le traitement formulé par M. Glénard (laxatifs, alcalins, régime, application d'une sangle pelvienne), en régularisant les fonctions digestives fait disparaître ou atténue considérablement ces névropathies qui résistent à toute autre médication.

Si vous voulez bien diriger dans ce sens l'examen et la curation de vos malades, je ne doute pas que chacun d'entre vous, mes chers collègues, ne trouve dans sa clientèle un ou plusieurs sujets justiciables de ce traitement fort simple dans ses grandes lignes, mais qui, je dois le dire, demande parfois dans l'application beaucoup de patience, de fermeté et de conviction; car on n'arrive pas toujours du premier coup à satisfaire aux indications, surtout pour la confection de la ceinture. Or, d'après ce que j'ai vu, cette partie du traitement est d'une importance extrême. Tant que la paroi abdominale n'est pas suffisamment soutenue, et l'intestin relevé en sa place normale, le malade est en proie à sa névrose, quelle qu'elle soit; aussitôt que cette indication est remplie, le soulagement est instantané, sinon complet; et cela seul suffit pour donner confiance au malade et au médecin.

Ce n'est pas toujours chose facile, il faut le dire, de réaliser cette contention de l'abdomen.

Pour y arriver, chez quelques personnes d'un embonpoint modéré, il m'a suffi parfois de quelques tours bien serrés d'une bande de flanelle de 25 à 30 centimètres de hauteur; mais c'est là une exception. Le plus souvent, il faut une sangle spéciale, qui passe sur les os iliaques en y prenant son point d'appui; en outre, et pour relever les viscères, il faut armer cette sangle, au niveau du bas-ventre, de pelotes de formes et de grosseurs variées, qui s'enfoncent plus ou moins dans la cavité pelvienne, et ces pelotes doivent être montées sur une armature métallique qui leur sert de point d'appui.

Ainsi constitué, le bandage rappelle quelque peu les anciennes ceintures à plaques, dont on s'est servi longtemps soi-disant pour remédier à l'antéflexion de l'utérus. Or il est certain que ces ceintures, dont on s'expliquait assez mal le fonctionnement, apportaient un réel soulagement à beaucoup de femmes qui se plaignaient de malaises variés. Il est très probable que ces femmes étaient atteintes d'entéroptose, et que la ceinture agissait non pas en redressant l'utérus, mais en relevant l'intestin.

Du reste, je crois que la question du bandage n'est pas encore résolue complètement. L'ingéniosité des médecins et des fabricants d'appareils aura fort à travailler, car les ventres très maigres et les ventres volumineux sont fort difficiles à sangler comme il faut.

D'un autre côté, quelques malades sont absolument rebelles à l'application d'un bandage; d'autres à la continuité et à la sévérité du régime. Il faut donc s'attendre à ne pas toujours réussir; nous avons échoué, M. Glénard et moi, chez une malade à qui nous n'avons apporté qu'un soulagement incomplet, parce qu'il était impossible d'obtenir chez cette dame qu'elle maintînt sa ceinture suffisamment serrée, ni qu'elle attachât les sous-cuisses qui la fixent; et cependant chez cette dame, la seule application, si incomplète qu'elle fût, de cette sangle, réussit à la débarrasser d'une des constipations les plus opiniâtres que j'aie jamais rencontrées. Je dois dire du reste que c'est la seule fois que la ceinture ait produit un pareil résultat à elle seule.

D'autres fois vous échouerez parce que vous rencontrerez des complications, telles que des rétrécissements consécutifs à des ulcérations intestinales ou des adhérences des brides cicatricelles, etc. Dans un cas, j'ai dû renoncer immédiatement à l'application de la ceinture chez une hystérique, dans la crainte de voir se développer sous mes yeux des accidents de paraplégie.

Mais quelle est la méthode de traitement dont on peut dire, ailleurs que dans des prospectus-réclames, qu'elle est infaillible?

La vérité est que, si l'on met à part les cas exceptionnels dont je ne saurais fixer le nombre relatif, vous aurez encore de nombreuses occasions de réussir là où vous aviez échoué, et d'assurer à de pauvres malades, qui languissaient depuis longtemps, sinon le retour à la santé complète, ce qui est malheureusement chose toujours rare, au moins un *modus vivendi* fort acceptable et dont ils vous seront très reconnaissants.

Si cela vous arrive comme à moi, ce dont je ne doute pas, vous n'oublierez pas, j'en suis sûr, d'en faire honneur à notre confrère de Lyon, et vous lui rendrez, comme je le fais ici, avec grand plaisir et en toute conviction, la justice qui lui est due.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1888.

MENSURATION DES OS LONGS DES MEMBRES; SES APPLICATIONS ANTHROPOLOGIQUE ET MÉDICO-LÉGALE. Note de M. *Étienne Rollet*. — Les résultats de cette étude faite au laboratoire de médecine légale de la Faculté de Lyon, sur 100 cadavres, adultes et vieillards (50 hommes et 50 femmes), sont les suivants :

1° Au point de vue de la longueur, les os longs des membres présentent, de chaque côté du squelette, des inégalités physiologiques, c'est-à-dire une asymétrie notable aussi fréquente chez le vieillard que chez l'adulte, chez l'homme que chez la femme.

2° Au point de vue des proportions des membres : *a.* chez l'homme, dans les petites tailles, les membres sont relativement plus longs que dans les grandes tailles; *b.* chez la femme, le membre inférieur est plus court, le membre supérieur est plus long; *c.* les différences proportionnelles sont moindres chez la femme que chez l'homme.

3° Au point de vue de la taille, chez l'homme de même que chez la femme : *a.* lorsque la taille s'élève, la longueur des os augmente progressivement; *b.* lorsqu'elle s'abaisse, la longueur des os diminue.

Ces constatations faites, l'auteur a pu dresser un tableau synoptique pour chaque sexe, tableau à l'aide duquel, un os étant donné, il suffit de le mesurer et de chercher dans la colonne des tailles celle qui répond aux chiffres trouvés. Dans deux autres tableaux, les tailles sont réparties en quatre groupes et à chaque taille moyenne répondent des os moyens.

SÉANCE DU 17 DÉCEMRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

SUR LA PRÉSENCE DE MICROBES DANS LES KYSTES DERMOÏDES CONGÉNITAUX DE LA FACE. Note de MM. *Verneuil* et *Clado*. — M. Verneuil, ayant eu récemment dans son service à la Pitié, quatre sujets porteurs de kystes dermoïdes congénitaux de la face, a cherché à élucider, de concert avec M. Clado, son chef de laboratoire, la question de la présence des microbes dans ces kystes. Les recherches auxquelles ils se sont livrés leur ont permis de reconnaître que le liquide de trois d'entre eux (un kyste dermoïde de la queue du sourcil et deux kystes dermoïdes du plancher de la bouche) contenait des microbes pathogènes en nombre variable, microbes cultivables et qui ont été cultivés et inoculés. Les parois de ces tumeurs ne renfermaient, par contre, aucun microbe. Ces kystes étaient en voie d'accroissement. L'examen du quatrième kyste dermoïde n'a donné que des résultats douteux.

ELECTION. — M. Schutzenberger est élu membre de l'Académie dans la section de chimie, en remplacement de M. Debray décédé, par 53 voix sur 55 votants.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

(Fin. — Voyez le numéro 50.)

PRIX PROPOSÉS POUR 1889.

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs). — Question : Physiologie du nerf pneumogastrique.

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil) (800 francs). — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Barbier (2300 francs). — Ce prix, qui est annuel, sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et dans ce cas, la somme de 3000 francs sera partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Capuron (1000 francs). — Question : Des diverses méthodes et des procédés d'exécution de l'opération césarienne.

Prix Civrieux (800 francs). — Question: Des troubles de la sensibilité dans le tabes.

Prix Daudet (1000 francs). — Question: Des néoplasmes congénitaux.

Prix Desportes (1300 francs). — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

Prix Godard (1000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Huguier (3000 francs). — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Ce prix ne sera pas partagé.

Prix de l'hygiène de l'enfance (1000 francs). — Question : De la croissance au point de vue morbide.

Prix Laborie (5000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laval (1000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Louis (4000 francs). — Question: Des médications antithermiques.

Prix Meynot aîné et fils, de Donzère (Drôme) (2600 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Prix Oulmont (1000 francs). — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

Prix Portal (800 francs). — Question: De l'anatomie et de la physiologie pathologiques des capsules surrénales.

Prix Pourat (900 francs). — Question: Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.

Prix Vernois (700 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1890.

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question: Des pelades.

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil) (800 francs).

Prix Amusat (800 francs).

Prix Barbier (2200 francs).

Prix Henri Buignet (1500 francs).

Prix Capuron (1000 francs). — Question : De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier.

Prix Civrieux (800 francs). — Question: Des névrites.

Prix Daudet (1000 francs). — Question: De la leucémie.

Prix Desportes (1300 francs).

Prix Falret (1000 francs). — Question : Des folies diathésiques.

Prix Ernest Godard (1000 francs).

Prix Herpin (de Metz) (1200 francs). — Question: Traitement abortif de l'anthrax.

Prix Laborie (5000 francs).

Prix Laval (1000 francs).

Prix Lefèvre (1800 francs). — Question: De la mélancolie.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2600 francs). — Ce prix est décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs).

Prix Orfila (2000 francs). — Question: Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps, de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?

Prix Oulmont (1000 francs).

Prix Perron (3800 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Portal (800 francs). — Question: Du mal perforant.

Prix Pourat (900 francs). — Question: Déterminer par des expériences précises s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires.

Prix Saint-Lager (1500 francs).

Prix Saint-Paul (25000 francs).

Prix Stanski (1800 francs). — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Prix Vernois (700 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1891.

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde.

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil) (800 francs).

Prix Barbier (2000 francs).

Prix Henri Buignet (1500 francs).

Prix Capuron (1000 francs). — Question: De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins.

Prix Civrieux (800 francs). — Question: Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.

Prix Daudet (1000 francs). — Question : Du traitement chirurgical du goitre et de ses conséquences immédiates ou éloignées.

Prix Desportes (1300 francs).

Prix Ernest Godard (1000 francs).

Prix Itard (2700 francs). — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Prix Laborie (5000 francs).

Prix Laval (1000 francs).

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2600 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs).

Prix Oulmont (1000 francs).

Prix Portal (800 francs). — Question: Anatomie pathologique des érysipèles.

PRIX POURAT (900 francs). — Question : De la tension sanguine intravasculaire.

PRIX VERNOIS (700 francs).

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *Rotillon* envoie un Rapport manuscrit sur *les revaccinations* dans les écoles communales du Xe arrondissement de la Ville de Paris en 1888.

M. le docteur *Chalain*, médecin-major de 1re classe au 8e régiment d'infanterie, adresse un second mémoire sur *la vaccination* et sur *la valeur du vaccin de génisse pour pratiquer les revaccinations dans l'armée.*

M. *Larrey* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Droixhe* (de Hoy, Belgique), une brochure intitulée : *Nos ennemis les microbes ou la préservation contre les maladies épidémiques contagieuses ;* 2° de la part de M. le docteur *Martin (Pierre)*, une brochure ayant pour titre : *Contribution à l'étude des tumeurs des sinus frontaux.*

M. *Léon Colin* présente : 1° de la part de M. le docteur-major *Coste*, un travail manuscrit sur *l'influence des hypnotisés et l'auto-hypnotisme ;* 2° au nom de M. le docteur *Libermann*, médecin principal de 1re classe en retraite, un ouvrage sur *l'étiologie de la phthisie pulmonaire et laryngée et leur traitement à toutes les périodes de la maladie ;* 3° l'article HÔPITAUX-HOSPICES, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par M. le docteur *Boisseau*, directeur du service de santé du 8e corps d'armée.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU, DU CONSEIL ET DES COMMISSIONS PERMANENTES. — M. *Moutard-Martin* est élu vice-président pour 1889, par 54 voix sur 66 votants. M. Bourdon obtient 3 voix ; M. Germain Sée, 2 ; MM. Charcot, Maurice Perrin et Peter, chacun 1 ; plus 4 bulletins blancs.

M. *Féréol* est élu secrétaire annuel, par 58 voix sur 65 votants. MM. Ernest Besnier, Bourgoin et Gariel obtiennent chacun 1 voix ; plus 4 bulletins blancs.

MM. *Laboulbène* et *Planchon* sont appelés à faire partie du Conseil d'administration pour 1889.

Les Commissions permanentes pour 1889 sont constituées ainsi qu'il suit :

Commission des épidémies : MM. *Rochard, Hayem, Nocard, Ollivier, Worms* et *Damaschino.*

Commission des eaux minérales : MM. *Marjolin, Féréol, Proust, A. Robin, Jules Lefort* et *Constantin Paul.*

Commission des remèdes secrets et nouveaux : MM. *Mesnet, J. Chatain, Prunier, Marty, d'Arsonval* et *Moissan.*

Commission de vaccine : MM. *Hervieux, Trasbot, Laboulbène, Fournier, Guéniot* et *Léon Colin.*

Commission d'hygiène de l'enfance : MM. *Lagneau, Vallin, Charpentier, Th. Roussel, Roger* et *de Villiers.*

Comité de publication : MM. *les secrétaires perpétuel et annuel, le trésorier, Legouest, Empis, Gariel, Léon Le Fort* et *Bucquoy.*

EAUX MINÉRALES. — M. *A. Robin* donne lecture de plusieurs rapports sur des demandes en autorisation pour des sources d'eaux minérales.

SUICIDE. — Lecture est faite par M. *Marc Sée* d'un rapport sur le cas de suicide à coups de couteau, communiqué à l'avant-dernière séance par M. le docteur Laugier (voy. p. 785). Le rapport est favorable aux observations et aux remarques de M. Laugier.

DÉMOGRAPHIE. — M. *Gustave Lagneau*, rendant compte d'un mémoire de M. le docteur *Arthur Chervin* sur le nombre des enfants par ménage, d'après le dernier dénombrement, constate que 20 sur 100 des ménages recensés sont sans enfant.

Bien que beaucoup de ménages notés comme n'ayant pas d'enfant lors du dénombrement, aient pu en avoir et aient pu les perdre antérieurement, il ne pense pas qu'il n'y ait que 8 ménages stériles sur 100 ménages en général, ainsi que le croit M. Chervin, car il faudrait que la mort eût fait périr tous les enfants de plus de la moitié, de 12 sur 20 des ménages, recensés comme étant sans enfant.

D'après les documents récemment réunis par M. Charpentier, ainsi que par lui-même, M. Lagneau est porté à penser que la proportion des ménages stériles, n'ayant pas et n'ayant pas eu d'enfant vivant, est d'environ 12 à 13 sur 100.

MICROSCOPE. — M. *Gariel* recommande de placer une lunette de spectacle renversée entre la chambre claire du microscope et la feuille de papier sur laquelle on projette l'image pour la dessiner. De cette manière on obtient un grandissement trois fois plus grand que par l'action directe de la chambre claire et ce grandissement se maintient dans les limites de la feuille de dessin.

— La prochaine séance est reportée, en raison du jour de Noël, au mercredi 26 décembre.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY.

A propos de l'entéroptose : M. Féréol. — A propos de l'hépatite alcoolique curable : M. Millard (Discussion : MM. Troisier, Hallopeau, Joffroy, Hayem, Rendu). — Adénopathie sus-claviculaire dans le cancer gastrique : M. Troisier (Discussion : MM. R. Moutard-Martin, Bucquoy). — Tabes et goitre exophthalmique : M. Barlé. — Rapports de l'ataxie locomotrice et du goitre exophthalmique : M. Joffroy.

M. *Féréol*, à l'occasion du procès-verbal, donne quelques renseignements complémentaires sur le traitement de Glénard dans l'entéroptose. Il a traité seize malades (trois hommes et treize femmes) ayant tous des antécédents personnels ou héréditaires de névropathie. Il a obtenu cinq guérisons stables, à la condition que les malades continuent à porter leur ceinture et à suivre le régime, et six améliorations très notables, encore récentes, qui paraissent devoir être persistantes. En outre une amélioration rapide, mais suivie de rechute à l'occasion d'une grossesse, la malade n'ayant pu continuer à porter sa ceinture ; deux améliorations incomplètes par suite de l'indocilité des malades ; enfin, deux insuccès : l'un chez une hystérique refusant les aliments ; l'autre chez une femme de cinquante ans, peut-être atteinte d'un néoplasme abdominal. Il a essayé deux fois le traitement de Glénard, sauf la ceinture ; dans un cas, amélioration légère, transformée rapidement en guérison par l'application de la ceinture ; dans l'autre, insuccès complet, la ceinture ne pouvant être tolérée. Il a depuis la dernière séance institué le traitement chez plusieurs autres malades ; il publiera ultérieurement les résultats. Il a reçu aussi une lettre du docteur Soulez (de Romorantin), qui dit avoir observé souvent l'entéroptose chez les campagnards névropathiques. Il existe d'ailleurs de vieux traitements populaires de *raccrochage de la tombure du ventre*, évidemment dirigés contre l'entéroptose.

— M. *Millard*, en offrant à la Société la thèse de M. Françon (de Lyon) sur *les hépatites chroniques et leur curabilité*, discute à nouveau l'interprétation que comportent ces faits qui doivent se ranger dans une classe intermédiaire à la congestion chronique alcoolique du foie et à la cirrhose atrophique. On pourrait, suivant lui, appeler *présclérense* la période de l'évolution morbide à laquelle ils se rapportent, susceptible de rester stationnaire ou de rétrocéder, et en tout cas compatible avec le retour à la santé : ils ouvrent dès maintenant à la thérapeutique un horizon plus consolant que par le passé.

M. *Troisier* présente un malade dont il a parlé en 1886 à propos de la curabilité de l'ascite : sa santé est parfaite, l'épanchement ne s'est pas reproduit ; seul le foie reste un peu augmenté de volume. Il a revu également le malade

traité par le docteur Séailles; la guérison s'est maintenue: le foie reste un peu volumineux.

M. *Hallopeau*. J'ai vu, en 1885, un homme, commettant des excès de boissons quotidiens, atteint de cirrhose alcoolique, avec ascite énorme; on fit huit ponctions de 16, 18 et 22 litres. Le malade a guéri, l'épanchement ne s'est pas reproduit; le foie présente son volume normal, et pourtant cet homme n'a pas renoncé complètement à ses habitudes alcooliques.

M. *Joffroy* rapporte quatre cas de guérison de cirrhose alcoolique avec ascite, par le régime lacté. Le dernier a trait à un marchand de vin faisant de grands excès de boisson et atteint d'une hypertrophie énorme du foie; effrayé par le pronostic fatal porté à dessein par M. Joffroy, il vendit son fonds de commerce et se mit à boire de l'eau. L'amélioration fut rapide et le malade guérit; le foie a diminué de près de 15 centimètres, en trois mois, dans la ligne mamelonnaire.

M. *Hayem* fait remarquer qu'aux cas cités jusqu'ici et relevant tous de l'alcoolisme, il convient d'en joindre d'autres, qui ne reconnaissent pas cette étiologie. Il a décrit en 1877 une forme d'hypertrophie énorme du foie, sans ictère, sans lésions des voies biliaires, permettant une survie d'une douzaine d'années. Ces cas semblent rares à Paris, car il n'en a vu depuis lors que deux ou trois exemples; ils n'ont aucune relation avec l'alcoolisme, la syphilis ou l'impaludisme. Il observe en ce moment, depuis deux ans, un homme, non alcoolique, ayant présenté un foie énorme, un épanchement pleural sanguinolent, puis de l'ascite; la ponction thoracique et abdominale a fait disparaître le liquide, qui ne s'est pas reproduit; le foie a diminué de volume et le malade est, sinon guéri, du moins très amélioré. A côté de la cirrhose alcoolique, il existe donc certaines formes d'hépatites curables.

M. *Rendu* est d'avis qu'il faut tenir grand compte de l'état d'irritation du péritoine dans la pathogénie et l'évolution de l'ascite en pareil cas. La lésion hépatique et la lésion péritonéale, ordinairement connexes, sont néanmoins indépendantes et l'on peut voir des cas d'ascite sans cirrhose évidente ou des cas de cirrhose manifeste sans ascite.

— M. *Troisier* présente des ganglions sus-claviculaires engorgés apparus, trois mois avant la mort, chez une femme atteinte de cancer gastrique. Ici, contrairement à ce qu'il a dit précédemment au sujet de la prédominance de cette adénopathie à gauche, les ganglions sus-claviculaires droits étaient plus fortement atteints.

M. *R. Moutard-Martin* a observé un cas analogue avec adénopathie prédominante à gauche. Mais il existait des lésions cancéreuses de plusieurs côtes.

M. *Bucquoy* a reçu dans son service une femme de vingt-huit ans, cachectique, avec ascite considérable et adénopathie sus-claviculaire droite volumineuse. La constatation de ce signe fit porter le diagnostic de cancer de l'estomac en dépit de l'âge de la malade. Mais après l'évacuation de l'ascite, on reconnut qu'il s'agissait d'une cirrhose; la malade est d'ailleurs en voie de guérison.

— M. *Barié* donne lecture d'un mémoire intitulé: *Tabes dorsal et goitre exophthalmique*, et formule les conclusions suivantes: on peut voir survenir dans le cours du tabes dorsal les signes cliniques du goitre exophthalmique. Ils ne doivent pas être considérés comme la caractéristique de la maladie de Basedow évoluant parallèlement au tabes, par le fait d'une coïncidence fortuite. Ils sont l'expression d'un complexus pathologique dont le point de départ réside surtout dans le centre bulbo-protubérantiel. Par cette origine, le goitre exophthalmique dans le tabes peut être rapproché des troubles bulbaires déjà connus et décrits dans l'ataxie locomotrice: névralgies du trijumeau (Pierret); vertige de Ménière, troubles du goût (Hanot et Joffroy). Cette parenté étroite permet de supposer qu'à l'exemple des troubles bulbaires précités, le goitre exophthalmique peut se manifester non pas seulement dans la période d'état du tabes dorsal, mais peut-être encore comme phénomène du début, formant un véritable préliminaire aux accidents tabétiques proprement dits. Ce goitre exophthalmique est lié probablement à une simple hyperhémie congestive de la zone bulbo-protubérantielle; par cela même il peut s'amender sous l'influence des moyens thérapeutiques qui agissent sur les petits vaisseaux et les capillaires: ergot de seigle, faradisation. Il est possible cependant que des lésions profondes du centre nerveux succèdent peu à peu au travail congestif initial; par cela même le pronostic du goitre exophthalmique lié au tabes doit être réservé. Les conditions étiologiques du goitre exophthalmique dans le tabes sont mal connues; il semble que l'état d'hystéricisme et de neurasthénie du sujet, de même que l'hérédité nerveuse, y prédisposent d'une façon toute particulière.

— M. *Joffroy* lit un mémoire sur les *rapports de l'ataxie locomotrice progressive et du goitre exophthalmique*. (Sera publié.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Tuberculose après inoculation de grains rhiziformes: M. Reynier. — Des salpingites: MM. Quénu, Richelot. — Gastrostomie, digestion des parois abdominales par le suc gastrique, ouverture du péritoine: M. Tuffier (M. Terrillon, rapporteur). Discussion: MM. Marc Sée, Polaillon, Guéniot, Terrillon, Routier. — Observations de gastrostomie, hernie étranglée, amputations du pied: M. Auffret. — Rupture du tympan: M. Nimier. — Kyste synovial: M. Chavasse.

M. *Reynier* présente des pièces d'autopsie d'un cobaye auquel fut inoculé un grain rhiziforme. Le microscope, comme dans beaucoup d'autres cas, n'a pu découvrir la présence du bacille de Koch dans les grains. L'animal est mort de tuberculose un mois et demi après l'inoculation.

— M. *Quénu* répond à M. Lucas-Championnière au sujet de la pathogénie des salpingites par transmission de proche en proche de lésions parties de l'utérus, mode de propagation que ce dernier n'admet point. Il faudrait d'abord bannir de leur étiologie les altérations du col utérin puisque les lymphatiques de ce segment de l'utérus ne vont pas aux ligaments larges. En outre cette lymphangite ne donnerait pas la clef des lésions anatomiques, car on devrait avoir des petits abcès échelonnés dans les parois de la trompe, tandis que le pus siège dans la cavité même. Rien n'empêche d'admettre cette propagation de proche en proche, tout comme une épididymite consécutive à une uréthrite, une otite moyenne, suite d'angine. Enfin la pénétration des éléments septiques dans la trompe est un fait démontré, puisque le gonocoque de Neisser a été trouvé dans le pus d'une salpingite d'origine blennorrhagique. Pour ce qui est de la fréquence de l'ovarite dans la salpingite, peut-être faut-il admettre la théorie de M. Championnière; l'infection serait conduite par les lymphatiques du pavillon qui se jettent dans le riche plexus sous-ovarique. M. Quénu apporte son contingent de six opérations où il n'eut pas d'hémorrhagies à redouter et où il ne fit pas de lavage du péritoine, mais un simple drainage.

M. *Richelot* a fait six laparotomies pour altération des

annexes de l'utérus; deux opérées furent emportées par le tétanos en une semaine. Étant donnée la diversité des lésions, il trouve aussi le terme de salpingite trop restreint; deux fois il a rencontré la trompe volumineuse, bosselée, deux fois une dégénérescence kystique de l'ovaire, un hématome de la trompe et un abcès rétro-utérin. Il signale la confusion possible avec une tumeur fibreuse de l'utérus, la simplicité de certaines opérations, les grandes difficultés d'un certain nombre d'autres que rendent très laborieuses les adhérences. Incidemment il rapporte avoir fait une ovariotomie une heure après l'apparition des règles et avoir passé outre selon l'exemple de Lawson Tait; l'écoulement menstruel fut supprimé et la malade mourut le deuxième jour avec une température de 40 degrés, une agitation extrême; à l'autopsie les anses intestinales étaient fortement injectées; il y avait une sorte de péritonite à l'état congestif qu'on pouvait mettre sur le compte des règles. Toujours M. Richelot fait la suture de la paroi abdominale avec trois étages de fils et grâce à cette précaution n'a jamais vu la moindre tendance à l'éventration.

— M. *Terrillon* lit un rapport sur une observation de M. Tuffier, concernant les résultats d'une gastrostomie. Un homme de quarante-quatre ans portait un rétrécissement œsophagien à la partie supérieure. Deux masses indurées situées de chaque côté de l'œsophage et de la trachée empêchant de pratiquer l'œsophagotomie externe, l'estomac fut ouvert et fixé à la paroi abdominale. Quatre jours après l'opération, la plaie était excoriée tout autour jusqu'à 3 ou 4 centimètres; l'orifice était très élargi par la destruction des téguments et le péritoine présenta bientôt une large ouverture qu'à l'autopsie on évalua à 8 centimètres. M. Terrillon a fait une gastrostomie et a eu des accidents analogues. Cette altération de l'orifice stomacal n'a été notée que rarement; il faut des conditions spéciales. On ne doit pas incriminer la présence de la sonde ou d'une canule quelconque, pas plus que la situation de l'orifice par rapport à la cavité de l'organe, le suc gastrique tendant toujours à se porter vers les parties déclives, au niveau de la grande courbure. Chez le malade de M. Tuffier, l'ouverture avait été faite au bord supérieur de l'estomac. Si les contractions violentes de l'estomac expliquent la sortie du liquide, elles ne rendent pas compte de l'action destructive de ce dernier. Pour M. Terrillon, la digestion des tissus vivants tient à la qualité spéciale du suc gastrique, doué d'une puissance digestive particulièrement active. Dans le cas de ce genre auquel il eut affaire, l'analyse faite par MM. Dujardin-Beaumetz et Gautier donna une grande quantité d'acide chlorhydrique. Aussi les alcalins à haute dose atténuèrent-ils les douleurs et favorisèrent la cicatrisation; aussitôt que le malade cessait de prendre du bicarbonate de soude et de la craie préparée, l'ulcération recommençait.

M. *Marc Sée* pense que l'on doit conjurer les accidents si l'on prend soin de suturer la paroi stomacale avec la peau en renversant la muqueuse en dehors; on évite des complications analogues dans l'anus iliaque en doublant la plaie avec la muqueuse intestinale.

M. *Polaillon* tire l'estomac à travers l'ouverture péritonéale, n'y fait qu'un très petit orifice et suture la paroi avec la peau de façon à avoir une fistule en dehors des surfaces saignantes. Malgré ces précautions, il a vu la suture s'ulcérer, être corrodée sur les bords, l'estomac rentrer peu à peu dans l'abdomen et la péritonite suivre la perforation.

M. *Guéniot* demande comment se comportait la digestion avant l'intervention chirurgicale; il devait y avoir des troubles digestifs dus à l'hyperchlorhydrie.

M. *Terrillon* répond que ces malades sont en général atteints de dyspepsie acide depuis longtemps; mais néanmoins chez un grand nombre d'individus on a vu du liquide stomacal sortir autour des canules sans qu'il y ait eu digestion de la bouche stomacale.

M. *Routier* a fait il y a un mois et demi une gastrostomie à un cancéreux; grâce à l'eau de Vichy artificielle injectée dans l'estomac avant chaque repas, le malade va très bien.

— M. *Auffret* (de Brest) lit une note sur une opération de gastrostomie, une observation de hernie inguinale étranglée chez un enfant de vingt jours et les résultats de cinq amputations du pied (tibio-tarsiennes et sous-astragaliennes).

M. *Nimier* fait une communication sur les ruptures du tympan par détonation des armes à feu et M. *Chavasse* lit une observation de kyste synovial de l'articulation tibio-tarsienne accompagné d'une tumeur veineuse dans la gouttière rétro-malléolaire externe.

— M. *Jalaguier* est nommé membre titulaire.

P. Villemin.

BIBLIOGRAPHIE

Pathogénie et traitement de la kérato conjonctivite phlycténulaire (ophthalmie des scrofuleux), par M. le docteur V. Augagneur, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien en chef (désigné) de l'Antiquaille. — Lyon, 1888.

La cause réelle de cette ophthalmie est dans une rhinite de nature microbienne, dont les parasites remontent jusqu'à la conjonctive en passant par les voies lacrymales. Il faut donc traiter la rhinite : sans cela on a des récidives incessantes. M. Augagneur conseille d'insuffler dans les fosses nasales la poudre suivante :

Camphre pulvérisé....... }
Acide borique........... } ãã.
Sous-nitrate de bismuth... }

Cette poudre est facilement prisée. Reste à déterminer la cause de la rhinite : pour M. Augagneur, il faut incriminer les microbes de l'impétigo, inoculés par les doigts dans les fosses nasales. Quant à l'impétigo, il est le plus souvent produit par les poux de tête. De là sa fréquence dans les classes inférieures de la société, où « le pou est endémique et souvent respecté ».

A. Broca.

VARIÉTÉS

La réorganisation de Saint-Lazare. — Une première satisfaction vient d'être donnée aux vœux exprimés par l'Académie de médecine, après la discussion du rapport si remarquable de M. le professeur Fournier. Le service médical de Saint-Lazare vient d'être réorganisé et va être doté d'un service clinique. L'infirmerie spéciale de Saint-Lazare comprendra désormais : 3 médecins titulaires, 1 médecin suppléant, 2 chirurgiens titulaires, 1 chirurgien suppléant et 2 internes. Nous reproduisons ci-dessous les divers arrêtés qui modifient le fonctionnement de cet ancien hôpital-prison.

Article premier. — Indépendamment du service normal de santé destiné aux femmes non atteintes de maladies vénériennes, il est organisé, par les dispositions ci-après, pour le traitement de ces maladies, à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, une infirmerie spéciale, qui comprendra cinq services placés sous la direction de médecins ou chirurgiens titulaires,

avec collaboration de suppléants, assistance d'internes et admission d'étudiants aux cliniques.

Art. 2. — A dater du jour où il aura été pourvu à la mise en pratique des dispositions ci-après, le cadre du personnel médical de l'infirmerie spécial comprendra :

3 médecins titulaires et 1 médecin suppléant;
2 chirurgiens titulaires et 1 chirurgien suppléant;
2 internes.

Au service normal d'infirmerie seront rattachés, d'autre part, un médecin titulaire et un interne, ainsi que les médecins adjoints actuellement en service; les titres et fonctions de ces derniers n'étant pas maintenus pour l'organisation de l'infirmerie spéciale.

Art. 3. — Comme leur collègue du service normal de santé, les médecins et chirurgiens titulaires de l'infirmerie spéciale seront nommés par le ministre de l'intérieur; mais ils devront être pris parmi les médecins et chirurgiens suppléants de l'infirmerie spéciale, ces derniers étant eux-mêmes recrutés au concours, ainsi que les internes.

Néanmoins, il n'est pas préjudicié à la situation des médecins titulaires et des internes actuellement en fonctions à la prison de Saint-Lazare.

Art. 4. — Seront fixées par arrêtés ministériels les conditions de concours à ouvrir pour les emplois de médecins ou chirurgiens suppléants de l'infirmerie spéciale, ainsi que pour l'admission à l'internat, entre les candidats qui auront été autorisés par le ministre à se présenter aux épreuves, après avis du préfet de police.

Art. 5. — Tout candidat au poste de médecin ou chirurgien titulaire ou suppléant, soit à l'infirmerie spéciale, soit à l'infirmerie normale de Saint-Lazare, devra justifier de la qualité de Français et du titre de docteur d'une des Facultés de médecine de l'État. Nul ne pourra être nommé avant l'âge de vingt-cinq ans, ni être laissé en fonctions passé l'âge de soixante-cinq ans.

Art. 6. — Les indemnités des médecins ou chirurgiens titulaires et des médecins ou chirurgiens suppléants dudit établissement seront ultérieurement fixées par arrêtés ministériels, de même que la situation des internes et la durée de leur service dans l'une ou l'autre infirmerie.

Art. 7. — En dehors du personnel ayant reçu par ses fonctions dans l'établissement qualité à cet effet, nul médecin ou chirurgien, professeur, membre d'un corps savant, spécialiste ou praticien, ne sera admis à prendre part aux cliniques et travaux quelconques se rattachant au service médical, même à titre temporaire ou officieux ou par collaboration avec le personnel, sauf en vertu d'une autorisation expresse nommément accordée par le ministre de l'intérieur après avis du préfet de police.

Les conditions d'admission des étudiants sont déterminées, d'autre part, dans les dispositions qui les concernent.

Ne seront admises à pénétrer dans l'établissement et dans les parties même réservées au personnel et au service médical que les personnes dûment autorisées à cet effet, conformément aux règlements.

Art. 8. — Le conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire, et le préfet de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté, par lequel il n'est en rien dérogé aux règles générales applicables au personnel et au service médical dans les établissements pénitentiaires.

Les concours annoncés par l'arrêté ci-dessus seront réglés par les dispositions suivantes :

Article premier. — Il sera procédé par voie de concours pour l'admission aux emplois de médecins suppléants ou de chirurgiens suppléants et aux postes d'internes chargés du service médical à l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare.

Art. 2. — Tous les candidats devront avoir la qualité de Français.

Chaque demande de participation à un concours sera adressée au ministre de l'intérieur, qui fera connaître si elle est agréée.

La demande sera accompagnée de l'acte de naissance du candidat, ainsi que de ses diplômes, de l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, de ses états de services quelconques et des autres documents officiels à présenter, selon les cas.

Art. 3. — Pour l'admission aux emplois de médecins ou de chirurgiens suppléants, le Jury du concours se compose de sept membres nommés par arrêté ministériel sur une liste de présentation que dressera le préfet de police et choisis parmi les personnes appartenant aux corps scientifiques ci-après désignés, savoir : les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et professeurs agrégés des Facultés de médecine de l'Etat, les médecins et chirurgiens accoucheurs des hôpitaux de Paris, les médecins et chirurgiens titulaires de Saint-Lazare.

Art. 4. — Le président sera désigné par arrêté ministériel parmi les membres du jury.

Art. 5. — Pour l'emploi de médecin suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les premières sont : 1° épreuve de titres scientifiques et hospitaliers ; 2° épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation); 3° épreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation).

Les deux épreuves définitives, auxquelles il ne sera admis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont : 1° une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures sont données pour cette composition); 2° une épreuve orale de diagnostic sur deux malades (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades).

Art. 6. — Pour l'emploi de chirurgien suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les premières sont : 1° épreuve de titres scientifiques et hospitaliers ; 2° épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie externe, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation); 3° épreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après vingt minutes de préparation).

Les deux dernières épreuves, auxquelles il ne sera admis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont : 1° une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures seront données pour cette composition); 2° une épreuve orale de diagnostic sur deux malades atteints d'affections chirurgicales (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades); 3° épreuve de médecine opératoire sur un cadavre.

Art. 7. — Pour les épreuves orales la note maxima sera de 20 points ; elle sera de 30 points pour l'épreuve écrite et pour l'épreuve de médecine opératoire.

Art. 8. — Pour le concours d'internat, le jury sera constitué comme il est dit aux articles 3 et 4 ci-dessus, mais seulement avec trois juges et un suppléant.

Les épreuves comprendront : 1° une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie et pour laquelle il sera donné deux heures. Ce sujet sera pris par tirage au sort entre six questions arrêtées par le jury au début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes ; 2° une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion).

Art. 9. — Les dates et lieux des concours à intervenir seront fixés par arrêté ministériel, ainsi que les emplois auxquels ces concours auraient pour objet de pourvoir.

Voici enfin les dispositions arrêtées pour l'admission des étudiants :

Article premier. — Il pourra être délivré à des étudiants en médecine des Facultés de l'Etat, par décision ministérielle, sur avis du préfet de police, des autorisations permanentes d'admission aux cliniques de l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

Les conditions d'admission du personnel étudiant du sexe féminin feraient, le cas échéant, l'objet de dispositions spéciales.

Art. 2. — Toute demande d'admission devra être adressée au ministère de l'intérieur. Le candidat devra justifier, par production d'un certificat du doyen de la Faculté à laquelle il appartient, qu'il a pris au moins seize inscriptions.

Art. 3. — Il ne pourra être admis plus de dix étudiants à la fois pour suivre chaque service.

Art. 4. — La liste générale des étudiants admis dans les divers services sera tenue à jour et communiquée en double au préfet

de police. Il en sera fourni copie au directeur de la maison de Saint-Lazare.

ART. 5. — Les étudiants ainsi autorisés n'auront accès que dans les parties de l'établissement réservées aux services dont ils relèvent. Ils seront tenus de se conformer à tous règlements, ainsi qu'aux conditions générales de fonctionnement des établissements pénitentiaires. Ils devront déférer à l'autorité des personnes appartenant à l'administration et exerçant leurs fonctions de direction, de surveillance ou de contrôle, en quelque partie de l'établissement que ce soit.

ART. 6. — Les certificats d'admission seront exclusivement personnels. Ils porteront la signature du ministre ou de son délégué, le visa du directeur de l'établissement, la date d'autorisation, les noms, prénoms, qualité et résidence de l'intéressé, ainsi que la désignation du service auquel il est attaché. Ils pourront toujours être retirés.

ART. 7. — Nul étudiant autre que ceux nommément désignés par le ministre pour suivre les cliniques ne sera admis à pénétrer dans l'établissement, sauf après autorisation ministérielle, s'il s'agit d'assister ou de prendre part à des travaux, et sauf dans les conditions générales requises par les règlements pénitentiaires, s'il s'agit seulement de visiter cet établissement ou l'une de ses parties.

RÉORGANISATION D'UNE ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — ARTICLE PREMIER. — Il est créé une école du service de santé militaire, dont le siège sera désigné ultérieurement par un décret.

ART. 2. — La date de l'ouverture de l'école et les conditions requises des jeunes gens pour y être admis seront déterminées par décrets et décisions du ministre de la guerre.

ART. 3. — Au sortir de l'Ecole du service de santé militaire, les élèves de cette école, pourvus du diplôme de docteur en médecine et remplissant en outre les autres conditions spécifiées par les règlements ministériels, entreront de droit à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce).

ART. 4. — L'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce continuera à recevoir, comme par le passé, outre les élèves sortis de l'Ecole de médecine militaire et dans une proportion déterminée par le ministre de la guerre, des docteurs en médecine et des pharmaciens de première classe, à condition que les uns et les autres n'aient pas dépassé les limites d'âge fixées par les règlements et aient subi, avec succès, les épreuves des concours dont le ministre de la guerre arrête les programmes.

Les jeunes gens ainsi admis à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaire contracteront, comme les élèves de l'Ecole du service de santé militaire, l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé, à partir de leur promotion, au grade d'aide-major de deuxième classe.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le *concours d'agrégation de médecine, pathologie interne et médecine légale*, s'est ouvert samedi 15 décembre 1888.

La première épreuve, leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation, a commencé lundi 17. Voici l'ordre dans lequel les candidats dont les noms suivent subiront cette épreuve :

Le lundi 17 décembre 1888 : MM. Combemale et Gaucher. — Le mardi 18 décembre : MM. Juhel-Rénoy et Richardière. — Le mercredi 19 décembre : MM. Mesnard et Martin. — Le jeudi 20 décembre : MM. Colin et Marie. — Le vendredi 21 décembre: MM. Letulle et Brault. — Le lundi 24 décembre : MM. Suzanne et Audry. — Le mercredi 26 décembre : MM. Babinski et Barth. — Le jeudi 27 décembre : MM. Balzer et Davezac. — Le vendredi 28 décembre : MM. Netter et Chantemesse. — Le samedi 29 décembre : MM. Gilbert et Charrin. — Le lundi 7 janvier 1889 : MM. Vibert et Roque. — Le mardi 8 janvier : MM. Jeannel et Sarda. — Le mercredi 9 janvier : MM. Royer et Gueit. — Le jeudi 10 janvier : M. Grenier.

Les questions à traiter sont, jusqu'à ce jour :

1° MM. Combemale et Gaucher : Anatomie pathologique et diagnostic des ulcérations de l'estomac ;

2° MM. Juhel-Rénoy et Richardière : Syphilis des amygdales.

— *Cours pratique de microbiologie*. — Le 15 janvier un cours pratique de microbiologie commencera au laboratoire de M. le professeur Cornil. S'inscrire d'avance.

— En raison du concours d'agrégation en médecine, les cours professés par MM. Cornil et Mathias-Duval auront lieu dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique (entrée : place de l'Ecole-de-Médecine) :

1° Le cours de M. Cornil, les lundis et vendredis à quatre heures ;

2° Le cours de M. Mathias-Duval, les mardis, jeudis et samedis à cinq heures.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de la médaille d'or*. — Les concours de la médaille d'or de médecine et de chirurgie se sont terminés par les nominations suivantes :

Médecine : MM. Widal, médaille d'or. — Laffite, médaille d'argent. — Lesage, accessit.

Chirurgie : MM. Albarran, médaille d'or. — Sébileau, médaille d'argent. — Delbet, accessit.

— Par suite de la création d'un nouveau service de chirurgie à l'hôpital Tenon, M. Felizet, chirurgien à l'hospice d'Ivry, prend possession du nouveau service créé à Tenon, et M. Kirmisson, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du Bureau central, passe à l'hospice d'Ivry.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Georges Poinsot, professeur agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux de Bordeaux; Gaspard Denarié (de Chambéry); Audoyer (de la Couronne); Champonnier (du Vésinet) ; Million (de la Chaise-Dieu); Moriau (d'Uzès); Thomas (de Caen) ; Theulier (de la Ferté-sous-Jouarre).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (séance du vendredi 28 décembre 1888). — *Ordre du jour :* Elections. — M. Lereboullet : Pronostic de la pleurésie hémorrhagique. — M. Troisier: Sur la pleurésie consécutive à la pneumonie. — M. Netter: La pleurésie purulente consécutive à la pneumonie et la pleurésie purulente à pneumocoques. — M. Brissaud: Tuberculose cutanée. — M. Juhel-Rénoy : Sur le traitement de la fièvre typhoïde. — M. Sevestre: L'hôpital des Enfants-Assistés en 1888. — M. Hirtz: Du pouls capillaire dans la plaque d'urticaire.—M. de Beurmann: Un cas de mort par tétanie dans le cours d'une dilatation de l'estomac.

MORTALITÉ A PARIS (49e semaine, du 2 au 8 décembre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 4. — Rougeole, 37. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 42. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 18. — Tumeurs : cancéreuses, 39 ; autres, 8. — Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 52. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 68. — Bronchite aiguë, 33. — Bronchique chronique, 40. — Bronchopneumonie, 23. — Pneumonie, 36. — Gastro-entérite: sein, 9; biberon, 43. — Autres diarrhées, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 34. — Suicides, 11. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 153. — Causes inconnues, 10. — Total : 942.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité technique d'histologie, par M. le professeur L. Ranvier. 2e édition, revue et augmentée. 1 vol. grand in-8° de 871 pages avec 414 gravures dans le texte et une planche chromolithographique. Paris, F. Savy. 18 fr.

L'enseignement et l'organisation de l'art aux États-Unis. Rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique par M. le docteur Kuhn. 1 vol. in-8° de 300 pages. Paris, 1888. O. Doin. 10 fr.

Du rhumatisme et des dermatoses rhumatismales, par M. le docteur E. Olavide, traduction du docteur Ch. Lavielle, introduction du docteur E. Lancereaux. Une brochure in-12 de 100 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

Étude descriptive des eaux de Néris-les-Bains et exposé critique de leurs indications et contre-indications, par M. le docteur G. Morice. 1 vol. in-8° de 150 pages avec tableaux, planches, vue et carte géographique hors texte. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

17518. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

MÉDECINE PUBLIQUE

Des hôpitaux-baraques et de l'enseignement médical en Russie.

Dans deux précédents articles, j'ai étudié les hôpitaux-baraques et la pratique médicale en Russie. Je veux aujourd'hui dans ce troisième et dernier article examiner si nous ne pouvons pas tirer de ces études quelques applications dont notre pays puisse profiter.

Pour les hôpitaux, nous avons tout à prendre pour ainsi dire aux hôpitaux-baraques; c'est un type qui paraît s'imposer au point de vue des constructions hospitalières et je crois que c'est désormais cette voie que l'on doit suivre si l'on veut avoir des hôpitaux conformes aux récentes données de l'hygiène. Déjà, nos hôpitaux ont grandement profité de l'installation des baraques dont la construction s'est beaucoup améliorée, sans atteindre toutefois la perfection des constructions russes et il suffit pour se convaincre du chemin parcouru de comparer les baraques de l'hôpital Cochin à celles de l'hôpital Broussais.

A l'hôpital Cochin, il existe deux variétés de baraques, les unes construites en 1870, lors du siège, les autres établies il y a six ans; les premières sont basses, incommodes, mal éclairées, les secondes, beaucoup plus hautes, beaucoup mieux aérées, et si elles étaient élevées du sol et mieux couvertes elles seraient acceptables. Ces desiderata ont été en partie comblés à l'hôpital Broussais.

Le défaut de toutes ces baraques consiste surtout en ce que leur surface intérieure n'est pas unie; les planches en effet qui composent leurs parois sont jointes par des appliques en bois qui offrent de très sérieux inconvénients : c'est d'abord un nid à punaises, qui s'y réfugient et y pullulent; de plus ces saillies répétées empêchent un lavage minutieux de la pièce et par cela même l'application de l'antisepsie et de la désinfection.

Il faudrait désormais que les parois de ces salles fussent parfaitement unies et recouvertes de ces enduits vernissés, analogues aux peintures de l'intérieur de nos navires, qui, en donnant une surface unie aux parois, permettent d'en faire un lavage à grande eau. Je crois aussi que nous aurions tout intérêt à donner à ces baraques des doubles fenêtres.

Quant à la toiture, elle est complètement à changer et il faudrait remplacer le papier bitumé qui la couvre aujourd'hui par du zinc ou mieux par de la brique. Enfin, la lanterne qui existe le long des toits devrait être munie de vasistas, s'ouvrant sur les parois latérales de cette lanterne et qui existeraient tout le long de leur étendue, ce qui permettrait de ventiler la salle sans avoir recours à l'ouverture des fenêtres.

Le plancher de ces baraques doit être aussi modifié; il faudrait le rendre imperméable avec une pente suffisante, de manière à permettre aussi le lavage à grande eau dans ces salles.

Quant au nombre de lits que ces baraques devraient renfermer, il faudrait le limiter à vingt; le chiffre de douze lits par pavillon comme à l'hôpital Alexandre me paraît trop minime et nécessite un personnel d'infirmiers si nombreux qu'il est peu applicable chez nous à moins de dépenses considérables. Mais il me paraît indispensable que chaque pavillon soit isolé et non pas communiquant. Lors de la construction de l'hôpital Alexandre, cette question a été longuement débattue et la majorité s'est ralliée à l'isolement de chaque pavillon.

Je crois en effet que, grâce à l'isolement, la propagation des maladies infectieuses est beaucoup moins facile; il faudrait donc, à mon avis, supprimer les corridors qui dans la plupart de nos baraques font communiquer entre eux les divers pavillons. Car quoi qu'on fasse, ces corridors deviennent un lieu de réunion commun aux malades des différentes salles, et s'ils présentent pour le service une certaine commodité, ils offrent cet inconvénient de la promiscuité des malades.

Je crois aussi qu'il faudrait que chaque pavillon isolé fût muni d'une salle commune, véritable véranda, qui servirait de lieu de réunion aux malades valides de chaque salle et surtout de salle à manger. Rien n'est plus insalubre que de faire manger les malades sur leur lit. Aussi le dessin ci-joint qu'un de mes élèves, M. Buret, a établi sur mes indications, montrerait le type à adopter pour ces nouveaux pavillons.

Quant aux bâtiments généraux, il y a encore deux enseignements à tirer de l'établissement des hôpitaux russes : ce sont le mode de réception et les salles à pansements.

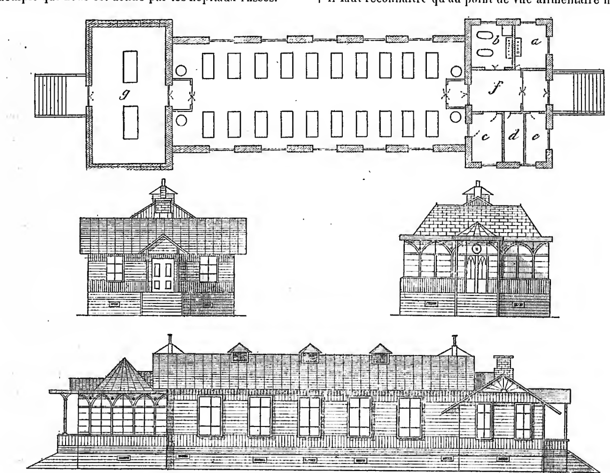
Avant que le malade pénètre dans les salles, on le baigne et il revêt le costume spécial de l'hôpital pendant que son linge est porté à la désinfection. Nous devrions adopter la même pratique et désinfecter ainsi le malade

avant son entrée dans les salles. Quant à la salle de pansement, elle s'impose absolument; en dehors de la salle d'opérations, il devrait y avoir des salles spéciales, munies de tubes d'arrosage permettant d'en laver à grande eau toutes les parois et où l'on pratiquerait les pansements.

Il y aurait une importance capitale à ce que le nombre des baraques fût supérieur à celui des malades, de façon qu'il y ait toujours des baraques inoccupées, ce qui permettrait de pratiquer la désinfection complète des salles tous les deux ou trois mois. Enfin, pour cette désinfection, la direction en serait confiée à un homme spécial et responsable, ce qui a de grands avantages ; nous n'aurions ici qu'à suivre l'exemple qui nous est donné par les hôpitaux russes.

Enfin, au point de vue de l'établissement de pareils hôpitaux, il serait important de ne pas dépasser la somme de 2 à 3000 francs par lit, frais généraux compris. Il y aurait à étudier si, dans notre pays, il n'y a pas avantage à substituer au bois la brique qui aurait plus de durée; c'est une question à débattre entre architectes, mais en tout cas, on doit abandonner la construction des hôpitaux coûteux, en s'efforçant de donner à l'hôpital un emplacement plus vaste comme jardin et surtout en perfectionnant les modes de désinfection et l'alimentation des malades.

Sans aller jusqu'à avoir des vacheries dans chaque hôpital (l'hôpital Alexandre en possède une fort bien installée), il faut reconnaître qu'au point de vue alimentaire nos hôpitaux ont de grands progrès à faire. Il faudrait abandonner la vieille idée du bouillon; aujourd'hui tout le monde reconnaît que le bouillon est un aliment peptogène, mais peu nourrissant, et c'est pour la confection de ce bouillon, d'ailleurs excellent, que les cuisines des hôpitaux ont dirigé tous leurs efforts. Il faut suivre une marche absolument inverse, donner aux malades des viandes rôties et n'utiliser la viande que sous cette forme, en donnant aux malades des soupes maigres. On supprimerait ainsi les ragoûts, souvent mal préparés, que l'on donne trop fréquemment aux malades.



Type de pavillon hospitalier. — Plan, façade, coupe et élévation.

Quant à l'enseignement médical, il me semble que nous avons encore à profiter de ce qui se passe en Russie, et j'insisterai surtout sur deux points : la création d'un grade supérieur en médecine et celle de cliniques propedeutiques.

Créer une école de perfectionnement pour nos jeunes médecins qui se préparent aux concours soit des hôpitaux, soit des Facultés de médecine, à Paris ou en province, serait faire œuvre utile. On pourrait alors rendre plus pratique l'enseignement de la Faculté et exiger, par exemple, des professeurs et des agrégés qu'ils ne fragmentent pas leur cours en un trop grand nombre d'années ; comme elle est enseignée à la Faculté, la pathologie interne ou externe demanderait cinq à six années; on voit en effet des professeur consacrer à la pneumonie une dizaine de leçons; un tel enseignement, très utile dans une école de perfectionnement, ne l'est plus pour former des praticiens. On réserverait pour cet enseignement supérieur des cours d'une plus haute portée scientifique, où l'on discuterait les grands problèmes que soulève la science moderne, tant au point de vue médical qu'au point de vue des sciences accessoires.

On créerait ainsi des *docteurs ès sciences médicales*, analogues aux docteurs ès lettres ou ès sciences, et l'on pourrait exiger, comme on le fait en Russie, en dehors d'examens probatoires spéciaux, une thèse, ouvrage original, qui serait discutée publiquement, comme l'étaient autrefois les thèses d'agrégation. Ce titre de docteur ès sciences médicales pourrait être exigé pour tous ceux qui sont appelés à concourir pour les hôpitaux ou pour l'agrégation.

J'ai dit dans un article précédent qu'en Russie les élèves ne suivaient la clinique des hôpitaux qu'à partir de la cinquième année, et encore sont-ils toujours tenus sous la surveillance des assistants ou des professeurs. On ne leur laisse aucune initiative; ils n'entrent dans les salles des malades qu'avec l'assistant ou le professeur et en sortent avec eux. Les hôpitaux n'ont pas d'élèves stagiaires et leurs internes sont tous des médecins.

Je crois qu'à cet égard notre mode d'enseigner la clinique est plus juste et plus pratique; il faut mettre de bonne heure l'élève en contact avec les malades pour qu'il prenne de lui-même une certaine initiative; dans la pratique, cet esprit d'initiative lui est des plus nécessaires car il faut qu'il s'habitue à prendre une résolution prompte et rapide en face de cas urgents.

Il faut toutefois reconnaître que le système des assistants est supérieur à celui des internes au point de vue des malades et des élèves. Notre corps de l'internat, qui renferme l'élite de notre jeunesse médicale, s'il présente au point de vue de l'instruction de cette jeunesse de très grands avantages, n'offre pas les mêmes bénéfices au point de vue du fonctionnement des services, surtout pour la chirurgie, et c'est juste au moment où l'interne est au courant des méthodes de son chef et peut lui rendre des services qu'il le quitte pour passer dans un autre hôpital. Il y a là une modification qui s'impose et mérite d'être sérieusement étudiée.

Mais les cliniques propedeutiques, qui font que l'élève pendant un an apprend d'abord à examiner un malade, me paraissent une chose fort utile ; il serait à désirer qu'il y eût des services spéciaux où par le soin du professeur et de ses aides on apprit aux élèves à percuter et à ausculter un malade, à prendre une observation et à mettre en œuvre tous les agents du diagnostic.

Il arrive bien souvent que l'étudiant parvenu au terme de ses études ne sait ni prendre une observation ni examiner un malade.

Je ferai aussi remarquer, et cela avec un certain sentiment de satisfaction personnelle, qu'il existe des cliniques thérapeutique en Russie et, depuis mes premières leçons de clinique thérapeutique à l'hôpital Saint-Antoine, il y a une dizaine d'années, cette question a beaucoup progressé dans les divers pays de l'Europe, et nous voyons en Italie, en Allemagne, en Russie, se créer des chaires de clinique thérapeutique.

Il est aujourd'hui, en effet, absolument acquis que la thérapeutique doit avoir un double enseignement, l'un à l'amphithéâtre où l'on doit apprendre la pharmacodynamie et la matière médicale, l'autre à l'hôpital où l'on doit professer la clinique thérapeutique. En France, cette réforme s'impose si on veut donner à l'enseignement de la thérapeutique toute l'ampleur que comporte cette branche de la médecine.

Tels sont les différents points sur lesquels je désirais appeler l'attention du public médical; il y a là sujet à profondes réflexions. Il ne faut pas que la France reste en arrière au milieu de ce mouvement scientifique qui entraîne les divers pays; il faut qu'elle sache ce qui se passe autour d'elle et qu'elle s'efforce de prendre la tête de ce mouvement par des réformes sages, mais absolument indispensables.

Tel était le but de ces articles. Heureux si j'ai pu apporter sur ces différents points l'attention de ceux qui s'intéressent à la prospérité de la chose publique.

Dujardin-Beaumetz.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Les poisons d'origine microbienne.

I

Les agents infectieux peuvent exercer leur action nocive de trois façons différentes : ils peuvent agir mécaniquement sur les tissus de l'organisme envahi ; ils peuvent consommer les matières destinées à la nutrition des cellules; ils peuvent enfin encombrer l'économie de produits toxiques. La virulence est donc la résultante de propriétés diverses (Bouchard).

Que dans la plupart des maladies infectieuses l'intoxication joue un rôle, c'est ce qui semble indéniable; comment expliquer autrement les phénomènes généraux souvent si graves qui accompagnent une lésion souvent si minime. Ce n'est pas là du reste une simple vue de l'esprit : l'expérience directe a montré que, dans les pyrexies, l'urine élimine une plus grande quantité de substances toxiques qu'à l'état normal (Bouchard, Feltz et Erhmann).

Les poisons morbides reconnaissent deux origines différentes : les uns relèvent des putréfactions intestinales et de la dénutrition des cellules; ce sont des poisons normaux qui se produisent constamment, même à l'état de santé, mais qui, dans les maladies, s'accumulent par suite des altérations qu'ont subies les organes chargés de les transformer ou de les éliminer. Ce processus, qui se retrouve dans presque toutes les infections, contribue à leur donner, sous leurs aspects si divers, un fond symptomatique commun.

La deuxième source d'intoxication nous est représentée par les substances nuisibles que sécrètent les microbes.

L'existence des poisons microbiens a été démontrée le jour où Gaspard fit voir la toxicité des matières putrides, en 1822. Depuis cette époque, de nombreux travaux nous ont fait connaître les propriétés chimiques et physiologiques des poisons de la putréfaction. Leur histoire est aujourd'hui fort bien connue et nous pouvons la laisser de côté malgré son importance ; nous rappellerons seulement qu'à toute heure, les poisons putrides, provenant du tube digestif, envahissent l'organisme. « L'intoxication à ses degrés divers y est extrêmement fréquente; elle s'exerce d'une manière plus ou moins intense, créant des maladies dont le médecin méconnait souvent la nature, depuis l'embarras gastrique et la simple indigestion jusqu'à l'intoxication putride la plus grave » (Bouchard).

Le choléra infantile, l'obstruction intestinale, le botylisme nous représentent trois types bien connus de ces intoxications d'origine intestinale.

II

L'histoire des poisons sécrétés par les microbes pathogènes est de date récente. Leur existence, affirmée par Toussaint et par M. Chauveau, a été mise hors de doute par M. Pasteur qui, le 3 mai 1880, annonça avoir trouvé un

poison narcotique dans le bouillon de culture du *choléra des poules*.

En 1885, M. Bouchard, sans pouvoir affirmer son origine microbienne, démontra l'existence d'un poison spécial dans le *choléra*. Il fit voir en effet que les urines sécrétées dans cette maladie possèdent des propriétés toxiques tout à fait particulières. Leur injection dans les veines du lapin amène la cyanose des muqueuses, un abaissement considérable de la température, des crampes, distinctes des convulsions que produisent les urines normales sécrétées pendant le sommeil; puis survient une diarrhée précoce, particulière, consistant en un flux blanchâtre; en même temps les urines sont albumineuses; la mort arrive en trois ou quatre jours. A l'autopsie, on constate que l'intestin ne contient pas de bile, tandis que la vésicule biliaire est distendue de liquide.

Voilà donc un ensemble de phénomènes qui reproduit exactement ce qu'on observe en clinique. Reste à déterminer la nature et l'origine du poison.

Le problème a été abordé par plusieurs expérimentateurs, mais les résultats obtenus par la plupart d'entre eux ne rappellent guère les manifestations cholériques et sont loin de présenter le tableau saisissant qu'on observe en injectant l'urine des malades atteints de choléra.

M. Pouchet et M. de Villiers ont trouvé des alcaloïdes toxiques dans les déjections des cholériques. MM Nicati et Rietsch ont injecté à des animaux des cultures filtrées du bacille virgule; ils ont déterminé ainsi de la diarrhée, des vomissements, de la parésie des membres et dans quelques cas la mort. Berdez a reconnu que les bouillons de culture amènent chez la grenouille des phénomènes paralytiques; mais le même effet s'observe avec d'autres microbes et particulièrement avec le bacille virgule de Finkler.

Cantani, dont les observations ont été confirmées par de Simone, a fait sur le même sujet une série de recherches assez intéressantes. Il emploie comme milieu de culture du bouillon peptonifié, ce qui permettrait d'obtenir une plus grande quantité de substances toxiques; il stérilise le liquide en le chauffant à 100 degrés, puis l'injecte dans la cavité péritonéale, à deux chiens, aux doses de 60 et 70 centimètres cubes. Au bout de quinze à trente minutes, les animaux ont une démarche incertaine; leur tête est affaissée; ils se laissent tomber à terre; les extrémités postérieures sont le siège de mouvements convulsifs. Au bout de deux heures les symptômes diminuent; ils ont complètement disparu le lendemain. L'auteur s'assura qu'une même dose de bouillon pur ne détermine aucun phénomène analogue. Ajoutons que les cultures conservent leurs propriétés toxiques quand on les filtre sur la porcelaine; mais le poison est précipité par le tannin. Il est curieux de noter que le cobaye est réfractaire à cet empoisonnement. Ce dernier résultat doit être mis en face de celui qu'a annoncé tout récemment M. Gamaleïa : en employant un virus qui avait passé par l'organisme du pigeon, cet auteur a montré que la culture, chauffée pendant vingt minutes à 120 degrés, détermine chez le cobaye une intoxication mortelle. 4 centimètres cubes suffisent à tuer l'animal en vingt ou vingt-quatre heures, avec un abaissement progressif de la température; à l'autopsie on trouve une hypérémie marquée de l'estomac et de l'intestin.

Avec les travaux de Brieger, la question fait un grand pas au point de vue chimique. L'auteur a isolé sept bases, dont quatre possèdent des propriétés toxiques particulières; l'une, la gadinine, trouvée déjà dans les poissons pourris, tue le cobaye à dose de 0,5 à 1 gramme. Une base nouvelle, non déterminée chimiquement, amène un abaissement considérable de la température. Signalons enfin la putrescine et la cadavérine, déjà rencontrées dans les matières pourries; ces deux bases exercent sur l'intestin une action spéciale et y produisent des phénomènes d'inflammation et de nécrose, analogues à ceux qu'on observe à l'autopsie des cholériques. Brieger fait remarquer de plus que l'odeur de la cadavérine rappelle celle qu'exhalent les déjections et l'haleine des cholériques. Cette base se produit en grande quantité, quand on fait l'ensemencement du bacille virgule dans le contenu stérilisé de l'intestin humain; dans le sérum, il se développe surtout de la putrescine.

III

Brieger a étudié les cultures de divers autres microbes pathogènes et est arrivé à des résultats positifs avec les bactéries de la fièvre typhoïde et du tétanos.

Ses études sur la *fièvre typhoïde* remontent à l'année 1885. Dans les cultures du bacille d'Eberth, il trouva un poison, qu'il dénomma la typhotoxine. C'est une base à chlorhydrate déliquescent, déterminant chez le cobaye, la salivation, l'accélération des mouvements respiratoires, la diarrhée; enfin la mort survient par arrêt du cœur en systole.

Pour le *tétanos*, Brieger a obtenu des résultats plus intéressants parce qu'ils se rapprochent davantage de ce qu'on observe en clinique. Il a opéré sur des cultures, malheureusement impures, du microbe de Rosenbach. Il a trouvé quatre toxines : la tétanine qui, à dose de quelques milligrammes, détermine chez la souris de violentes convulsions toniques; la tétanotoxine qui amène du tremblement, puis une paralysie entrecoupée de convulsions; une base innommée, dont l'injection est suivie de symptômes tétaniques, accompagnés d'une abondante sécrétion de salive et de larmes; citons enfin la spasmotoxine, qui fait tomber l'animal dans de violentes convulsions cloniques et toniques.

Brieger a pu retrouver la tétanine dans le bras récemment amputé d'un malade atteint de tétanos; il la rechercha vainement dans le cerveau et la moelle d'un deuxième tétanique. Il est à noter que, dans ce dernier cas, il ne trouva pas de microbes dans les centres nerveux, tandis que dans le bras du premier malade il put observer des streptocoques, des staphylocoques et de longs bacilles.

Dans la culture du streptocoque de l'*érysipèle*, Brieger ne put déceler de substance toxique. Manfredi et Traversa ont été plus heureux; ils font les ensemencements dans du bouillon peptonifié et ils se débarassent des microbes au moyen du filtre de porcelaine. Le liquide, injecté à des grenouilles, des cobayes et des lapins, se montre toxique chez tous ces animaux. L'empoisonnement revêt deux aspects différents : tantôt l'animal succombe après avoir eu des convulsions; ailleurs tout se borne à des phénomènes paralytiques. Ces deux types peuvent être observés avec les mêmes cultures et chez les animaux de même espèce; pourtant la forme paralytique est surtout fréquente chez le lapin et la grenouille; la forme convulsive chez le cobaye. Dans quelques cas, la grenouille est prise de violentes convulsions toniques, qui rappellent celles de la strychnine; cet état ne dure que vingt ou quarante minutes; puis sur-

vient du clonisme qui cesse en une heure ou deux; l'animal est alors paralysé et ne tarde pas à mourir. Chez le cobaye, on observe quelquefois des mouvements de manège autour du train de derrière; puis les mouvements volontaires disparaissent; la mort survient par arrêt de la respiration, le cœur continuant à battre. En analysant les phénomènes de plus près, les auteurs ont reconnu que le poison porte d'abord son action sur le système nerveux central, et particulièrement le bulbe; plus tard survient une diminution d'excitabilité des nerfs, puis des muscles.

Certes, nous ne voudrions pas nier l'intérêt qui s'attache à ce travail conduit avec beaucoup de soin et d'habileté; mais on peut se demander en quoi les phénomènes décrits par les auteurs rappellent ceux observés en clinique. Ce processus d'intoxication aiguë est toujours le même ou à peu près dans toutes les expériences que nous venons de résumer : il ne diffère guère, qu'il s'agisse du tétanos, de la fièvre typhoïde ou de l'érysipèle. Peut-être aurait-on obtenu des résultats plus comparables à ceux que nous montre la pathologie humaine, si l'on avait essayé de faire des intoxications lentes et chroniques. Tout récemment, Savone a publié quelques recherches dans ce sens. Il a injecté des cultures du bacille typhique à des cobayes, des lapins et des chiens et a réussi à déterminer des dégénérescences graisseuses, débutant par les capillaires et s'étendant ensuite aux cellules hépatiques et à l'épithélium des canalicules biliaires. L'altération était plus marquée sur les vaisseaux que sur les cellules; dans ces dernières, les noyaux étaient atteints tardivement: souvent ils restaient intacts, ce qui permettait un retour à l'état normal. Le résultat a été le même avec les cultures vivantes, les cultures filtrées ou stérilisées par la chaleur. L'âge des cultures n'avait pas d'influence sur les lésions; mais l'intensité de celles-ci était en rapport direct avec la quantité introduite.

Ici encore, le résultat obtenu n'a qu'un rapport éloigné avec ce qu'on observe en clinique. Aussi devons-nous regarder comme bien plus démonstratives les recherches antérieures de Charrin, où cet auteur a réussi à reproduire par l'injection de cultures stérilisées une maladie identique à celle que détermine le microbe. Ses expériences ont été faites avec le *bacille pyocyanique;* Charrin injecte sous la peau, en six jours, 64 centimètres cubes d'une culture dépouillée de microbes. Au bout de deux à trois mois, les lapins présentent une monoplégie et une paraplégie spasmodiques, telles qu'en détermine le microbe dans les cas d'infection lente. La démonstration est donc complète.

Ce poison, qui existe dans les cultures du bacille pyocyanique, prend également naissance dans le corps des animaux et s'élimine par les urines. M. Bouchard a montré en effet que l'urine des lapins tués par ce bacille a les mêmes propriétés morbifiques que les cultures stérilisées. Il suffit même d'injecter à des lapins le liquide stérilisé d'une culture pour retrouver dans l'urine le poison paralysant (Charrin et Ruffer).

Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher les résultats obtenus par M. Bouchard avec les urines pyocyaniques de ceux qu'il avait observés antérieurement avec les urines du choléra. Dans les deux cas, le poison éliminé a des propriétés spéciales; ce qu'on observe, ce n'est pas une intoxication à symptomatologie banale, c'est une évolution toute particulière, dont les caractères rappellent ceux de la maladie primitive.

IV

L'intoxication peut seule expliquer les symptômes généraux et la mort dans les affections locales. C'est ainsi que dans la *gangrène gazeuse* et dans le *charbon bactérien*, le microbe anaérobie reste cantonné dans un point de l'organisme et ne l'envahit qu'après la mort ou dans les derniers moments de la vie. Or, MM. Roux et Chamberland ont montré que la sérosité de la gangrène gazeuse possède des propriétés toxiques : ce liquide, débarrassé de microbes par la filtration sur la porcelaine, amène chez l'animal auquel on l'injecte, de la titubation, des convulsions et la mort. Ce résultat s'observe quand on emploie une dose élevée, équivalant au dixième du poids du corps. A dose moitié moindre, la mort est plus tardive; au-dessous, l'animal est très malade, mais il guérit. Avec les cultures stérilisées, on peut déterminer des accidents analogues, mais on n'amène pas la mort, même en introduisant une quantité correspondant au dixième du poids du corps.

Il faut aussi invoquer, avec M. Chauveau, une intoxication pour expliquer quelques-uns des symptômes du *charbon bactéridien*. C'est ainsi que chez l'homme, la lésion peut rester locale sous forme de pustule maligne et s'accompagner pourtant de phénomènes généraux très graves. A l'appui de cette idée, nous pouvons citer une expérience faite par M. Bouchard avec la sérosité de l'œdème qu'on observe quelquefois chez les animaux charbonneux. Ce liquide, dépouillé d'éléments figurés par filtration, a été injecté sous la peau d'un lapin à dose de 44 centimètres cubes par kilogramme : l'animal a été malade; il a cessé de manger; son poil était hérissé, mais au bout de quatre jours, tout était rentré dans l'ordre.

Avec des cultures récentes, M. Bouchard n'a pas déterminé de phénomènes toxiques; Nencki est arrivé au même résultat négatif. Au contraire, Hoffa, en employant des cultures maintenues pendant plusieurs semaines à une température de 37 degrés, a trouvé des bases toxiques qu'il a pu extraire par la méthode de Stas-Otto ou par celle de Fischer. L'expérimentation a porté sur des grenouilles, des souris, des cobayes, des lapins. Chez ce dernier animal, on observe tout d'abord une accélération passagère de la respiration et de la circulation; puis survient de la somnolence; les respirations sont profondes, lentes, irrégulières; la température baisse; les pupilles se dilatent, il se produit une diarrhée sanguinolente. A l'autopsie, le sang est brun; il existe des ecchymoses sous le péritoine et le péricarde; il va sans dire qu'on ne trouve pas de micro-organismes.

Reste une dernière maladie infectieuse dans laquelle on a trouvé des poisons morbides, c'est la *pneumonie*. M. Lépine a constaté la présence d'un alcaloïde dans l'urine des pneumoniques, au moment de la défervescence. Mais c'est à M. Bouchard que revient le mérite d'avoir montré que la crise qui termine l'évolution de la pneumonie est caractérisée par une décharge urinaire, débarrassant l'organisme d'une quantité énorme de substances toxiques qui s'y étaient accumulées pendant la maladie. C'est encore par les injections intra-veineuses d'urine que ce fait a pu être établi : toxicité considérable de l'urine avant la crise, énorme au moment de la crise, décroissant rapidement les jours suivants, tel est le sommaire d'une importante observation dont on trouvera les détails dans la thèse d'agrégation de M. Chauffard.

Ce poison de la pneumonie, Scialla et Trovati l'ont

cherché dans le sang des malades : ils ont vu que le sérum introduit dans le cœur de la tortue amène une notable diminution de l'activité cardiaque ; le phénomène s'observe encore quelque temps après la chute de la fièvre.

Serafini s'est proposé de rechercher quel était le mécanisme de la fièvre dans la pneumonie. Ses expériences ont été faites avec des cultures du bacille de Friedlander : le choix était malheureux; car il est bien établi aujourd'hui que ce microbe est un simple bacille saprogène, et qu'il ne peut être regardé comme l'agent de la pneumonie. Les conclusions de l'auteur ne peuvent donc s'appliquer à la maladie qui nous occupe; elles n'en ont pas moins un certain intérêt au point de vue de la pathologie générale. Serafini a établi en effet que les cultures stérilisées de ce microbe déterminent chez le chien une notable élévation de température; les cultures stérilisées du *bacillus subtilis*, l'eau, le bouillon, l'exsudat pleural obtenu par des injections de nitrate d'argent, ne possèdent pas les mêmes propriétés thermogènes. Ces résultats méritaient d'être rapportés, aujourd'hui que des travaux récents tendent à faire admettre que la fièvre, dans les maladies infectieuses, est le résultat de la lutte entre l'organisme et les microbes, et est indépendante des poisons sécrétés par ceux-ci.

Nous pourrions maintenant aborder l'histoire des poisons qui possèdent un pouvoir phlogogène et exercent une action nocive locale; c'est ce qu'on observe par exemple avec la sérosité de la péripneumonie (Arloing) et avec les cultures du *staphylococcus aureus*. Les modifications que produisent ces substances se rapprochent de celles que déterminent les ferments solubles. Nous aurons l'occasion d'y revenir dans une prochaine étude sur le mécanisme de la suppuration. Nous ajouterons seulement que, d'après Brieger, les cultures du *staphylococcus aureus* ne renferment pas de bases toxiques : ce résultat est à rapprocher de celui que nous avons obtenu avec le pus d'un empyème; nous avons injecté dans les veines d'un lapin, par kilogramme de son poids, l'extrait alcoolique de 2276 centimètres cubes de pus; malgré cette quantité énorme, l'animal n'a succombé qu'au bout de deux heures. La toxicité est donc négligeable; nous parlons bien entendu du pus non altéré; car dans ce dernier cas il se produit des substances toxiques analogues aux poisons putrides et jouant un rôle important dans l'histoire des septicémies et de l'hecticité.

Les travaux que nous avons résumés permettent d'affirmer que nombre de microbes pathogènes peuvent sécréter des substances toxiques; celles-ci rentrent pour la plupart dans le groupe des ptomaïnes et plusieurs d'entre elles sont aujourd'hui bien connues au point de vue chimique, grâce surtout aux travaux de Brieger. Mais, nous ne saurions trop le répéter, les accidents déterminés par la plupart de ces poisons n'ont guère de caractères spéciaux et s'éloignent trop de ceux qu'engendrent les microbes pathogènes. Il n'y a que quatre maladies où la démonstration nous paraisse complète, parce que les phénomènes observés rappellent le tableau symptomatique de l'infection microbienne : c'est l'intoxication cholérique, telle que la reproduit dans son ensemble l'injection des urines, telle que la reproduisent dans quelques-uns de ses symptômes les alcaloïdes tirés des cultures du bacille virgule; ce sont les paralysies pyocyaniques, consécutives aux injections d'urines et de cultures stérilisées; ce sont enfin, mais d'une manière moins saisissante, la gangrène gazeuse et le tétanos. Pour ce qui est du charbon, de la fièvre typhoïde et de l'érysipèle, nous possédons des documents importants, mais il est assez difficile de saisir le rapport qui existe entre les poisons trouvés dans les cultures de ces divers microbes et les symptômes observés en clinique.

G. H. Roger.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Note sur trois cas de guérison de cirrhose alcoolique (Présentation des malades). Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 23 novembre 1888, par M. le docteur Millard, médecin de l'hôpital Beaujon.

Je désire vous présenter et soumettre à votre contrôle trois malades que je viens de traiter avec succès, de cirrhose ou, pour mieux dire, d'hépatite alcoolique avec ascite, par une médication fort simple et presque banale, mais appliquée avec conviction et persévérance. Leur guérison ne me paraît pas contestable et peut certainement être invoquée en faveur de la curabilité de la cirrhose, question à l'ordre du jour, qui a été posée ici pour la première fois le 9 juillet 1886 et dont l'initiative revient à notre collègue Troisier, il est juste de le rappeler.

Mes trois malades ont la plus grande analogie, surtout le n° 1, avec celui du docteur Séailles, qui nous a été montré dans la séance du 10 décembre 1886. Ce sont des clients de la ville que je n'ai pas suivis à domicile et qui sont venus seulement me consulter dans mon cabinet à intervalles plus ou moins éloignés. J'ai vu pourtant chez lui, en consultation, une fois, le n° 1, alors qu'il paraissait menacé d'une fin prochaine; puis il est venu se montrer à moi à trois reprises en l'espace de deux ans. Au n° 2, j'ai donné sept consultations, du 15 mars au 22 octobre de cette année. Le n° 3 est venu en prendre cinq, du 17 mai au 27 octobre.

Si je donne ces détails, c'est pour expliquer et me faire pardonner les lacunes des observations que je vais vous lire et que j'ai dû reconstituer avec mes souvenirs, avec les notes abréviatives que j'ai soin de placer en tête de mes prescriptions, et enfin avec les résultats d'un examen minutieux et rétrospectif auquel j'ai de nouveau soumis ces malades il y a peu de jours. Très convaincus du danger qu'ils ont couru, très reconnaissants de mes soins et presque fiers de leur guérison, ils ont bien voulu venir jusqu'ici pour en témoigner devant vous. Je les ferai comparaître successivement.

Obs. I. — *Hépatite alcoolique avec ascite. — Six ponctions. — Régime lacté prolongé. — Diurétiques, purgatifs. — Pas d'iodure de potassium. — Guérison depuis seize mois.* — M. X..., marchand de vieux métaux, cinquante-cinq ans, de constitution très robuste, n'ayant jamais eu de maladie antérieure, reconnaît avoir, pendant des années, fait des excès journaliers de boisson : entraîné par son genre de commerce à boire force *canons* chez les débitants, il buvait presque exclusivement du vin, la valeur de quatre à cinq bouteilles par jour. — Il était souvent surexcité, mais rarement en état d'ivresse. Depuis plusieurs années, il était devenu dyspeptique, perdait l'appétit, avait du dégoût pour la viande, des pituites matinales, des aigreurs, quelquefois des vomissements alimentaires et bilieux, et de la diarrhée avec un flux hémorrhoïdal.

En juillet 1886, il commence à maigrir, en même temps que le ventre se développe. En août, pour la première fois de sa vie, il consulte un médecin, le docteur R..., qui constate de l'ascite symptomatique de cirrhose alcoolique, prescrit le vin antihydropique de Bouyer, des purgatifs et des diurétiques, l'abstinence de vin et le régime lacté. Les urines, qui étaient devenues rares, reparaissent d'abord avec une certaine abondance; mais

le régime lacté est suivi irrégulièrement, et l'ascite fait de tels progrès qu'au commencement d'octobre le docteur R... juge la ponction nécessaire et est obligé de la renouveler trois fois en l'espace d'un mois et demi :

Le 3 octobre, première ponction, 18 litres;
Le 23 octobre, deuxième ponction, 18 litres;
Le 15 novembre, troisième ponction, 18 litres.

Le 21 novembre au soir, six jours après, je suis appelé en consultation. Le diagnostic de cirrhose alcoolique n'est que trop évident. Ascite énorme, liquide se déplaçant facilement, dilatation des veines sous-cutanées, foie volumineux mais difficile à délimiter, rate *idem*, pas d'albuminurie, pas d'affection cardiaque, ni syphilis, ni impaludisme antérieur, pas de complication pleuro-pulmonaire, mais grande dyspnée, langue sale, soif, perte absolue d'appétit, etc. L'état était des plus critiques, et le malade me paraissait menacé à bref délai. Cependant nous arrêtâmes, avec le docteur R..., le traitement suivant :

1° Faire la paracentèse le plus tôt possible;

2° Les jours suivants, faire prendre, dans les vingt-quatre heures, la potion diurétique aux baies de genièvre, dont on trouvera plus loin la formule;

3° Deux fois par semaine, purgation avec 15 grammes d'eau-de-vie allemande;

4° Régime lacté exclusif (suppression absolue du vin et des boissons fermentées).

Quand je quittai le malade, je ne pensais plus le revoir. Je n'en avais pas eu de nouvelles de tout l'hiver, quand j'eus la surprise et la satisfaction de le voir se présenter dans mon cabinet cinq mois plus tard, le 16 avril 1887. J'avoue que je ne le reconnus pas, tant il était amélioré. Il avait subi trois nouvelles ponctions :

Le 23 novembre 1886, quatrième ponction, 18 litres;
Le 19 décembre, cinquième ponction, 18 litres;
Le 16 janvier, sixième et dernière ponction, 12 litres.

De sorte que, en moins de quatre mois, on lui avait extrait, en six fois, la quantité énorme de 102 litres de liquide. Avec une docilité scrupuleuse trop rare, il n'avait pas, depuis cinq mois, manqué un seul jour de suivre son traitement, et il l'avait supporté à merveille. Les urines avaient pris leur cours et restaient limpides et abondantes; l'enflure du ventre avait beaucoup diminué. Quoique fort amaigri, M. X... se sentait plus fort, avait meilleure mine, et commençait à faire de petites sorties depuis la fin de mars. Malgré ces apparences, je constatai que : 1° le foie était encore très tuméfié et rénitent, et débordait de plusieurs travers de doigt; et 2° l'ascite était loin d'avoir disparu. J'évaluai approximativement à 2 ou 3 litres la quantité du liquide, et je priai M. X... de continuer encore sans modification un traitement qui lui réussissait aussi bien. Je réduisis seulement les purgations à une par semaine, toujours avec 15 grammes d'eau-de-vie allemande, et je conseillai d'ajouter au lait, seule nourriture du malade, un peu d'eau de Vichy (Hauterive).

Le 12 juillet 1887, je le revis pour la troisième fois dans mon cabinet. L'amélioration a fait de nouveaux progrès sous le rapport de la mine et des forces, mais je constatai pourtant encore que l'ascite n'a pas tout à fait disparu. Devant cette persistance, je crois devoir changer un peu les diurétiques et les purgatifs. Je conseille : macération de feuilles de digitale (20 centigrammes dans 125 grammes d'eau froide) à prendre dans les vingt-quatre heures pendant dix jours; cesser pendant une semaine, y revenir pendant dix autres jours, et ainsi de suite. Pendant la semaine de repos, prendre chaque jour 2 grammes de sel de nitre dans de la tisane de pariétaire sucrée avec le sirop des cinq racines. Prendre le soir, tous les trois jours, deux pilules hydragogues du Codex. Continuer encore le régime lacté exclusif.

M. X... n'était plus revenu me consulter depuis. C'est par d'autres malades qu'il m'avait adressés, que j'ai su qu'il avait recouvré absolument la santé et repris toutes ses occupations, mais non ses funestes habitudes.

Désireux de me rendre compte de son état après un intervalle de seize mois, je l'ai prié de venir me voir, et, le 9 novembre dernier, il me raconte qu'il a toujours continué, depuis le 12 juillet 1887 jusqu'à ce jour, à faire usage des derniers diurétiques (digitale et sel de nitre), qu'après deux ou trois mois il a renoncé aux pilules hydragogues, qui le dérangeaient dans la journée, pour revenir à l'eau-de-vie allemande; mais il n'en fait plus usage qu'une fois par mois. Il n'a abandonné le régime lacté exclusif qu'en septembre 1887; il s'est mis graduellement à manger de tout, mais il continue à ne boire que du lait pur ou coupé d'eau de Vichy. Depuis deux ans, il n'a pas bu une goutte de vin ni d'autre boisson fermentée. Chez les marchands de vins où l'appelle son commerce, et où on l'a fait surveiller, il ne prend plus que de l'eau gommée. Il a bon appétit et digère facilement; il n'a plus de pituites, ni de diarrhée, ni de flux hémorrhoïdal; il a retrouvé l'embonpoint qu'il avait à l'âge de quarante ans, 86 kilogrammes (au mois de mars 1887, son poids avait été réduit à 50 kilogrammes; il a donc regagné 36 kilogrammes). Il trouve que son ventre est revenu à son état naturel. Mais je constate, au contraire, qu'il reste encore développé; que le foie déborde toujours sensiblement les fausses côtes; qu'il y a une petite hernie ombilicale et un certain écartement de la ligne blanche; la rate n'est pas possible à délimiter. Je conseille à M. X... de persévérer encore très longtemps dans l'usage du lait aux repas et dans l'abstinence absolue du vin et des boissons alcooliques, mais de cesser tout remède.

Obs. II. — *Cirrhose alcoolique. — Ascite, pas d'albuminurie, flux hémorrhoïdaire. — Régime lacté prolongé, diurétiques et purgatifs, sans iodure de potassium ni ponction. Guérison depuis cinq mois.* — M. Ch..., cinquante-trois ans, épicier marchand de vins à X... (Seine), a depuis longtemps l'habitude de boire chaque jour beaucoup de vin, et surtout du vin blanc — deux litres au moins — en mangeant, et dans l'intervalle des repas; il prend en outre plusieurs verres de vermouth, supporte bien ces excès quotidiens, n'a jamais été vu en état d'ivresse.

Il a eu la fièvre typhoïde à dix-sept ans, la variole en 1870, n'a jamais toussé, n'a jamais vomi d'aliments, mais est sujet à de la diarrhée et à un flux sanguin hémorrhoïdaire. Il est pâle jaunâtre, émacié et anémié, et offre, au premier abord, l'aspect d'un phthisique, quand, le 25 mars (première consultation), il se présente dans mon cabinet. Il n'a jamais eu ni syphilis, ni fièvre intermittente. Il fait remonter au mois d'octobre 1887 le début des accidents abdominaux actuels. Il a été pris d'un point de côté à gauche (?); son ventre a commencé à enfler et a toujours grossi depuis; en même temps, le visage et les membres supérieurs maigrissaient et les forces se perdaient de plus en plus.

Pas de bruit morbide au cœur. Rien du côté des organes respiratoires. Pas d'albuminurie. Anémie très prononcée. Ascite considérable (8 à 10 litres environ). Foie volumineux, induré, sans bosselures. Rate difficile à mesurer. Pas d'œdème des membres inférieurs. Le malade a été soigné par un confrère qui a prescrit le régime lacté, mais au début seulement.

Je porte le diagnostic : hépatite alcoolique avec ascite, et je fais la prescription suivante :

1° Se nourrir exclusivement de lait liquide (3 litres par jour). Plus tard, et graduellement, on ajoutera au lait des féculents (riz, tapioca, semoule, etc.);

2° Tous les huit jours, purgation avec scammonée, 1 gramme;

3° Tous les jours, prendre en quatre ou cinq fois la potion diurétique suivante :

Baies de genièvre, 10 grammes, faites infuser dans eau bouillante, 200 grammes.

Ajoutez : nitrate et acétate de potasse, āā 2 grammes; oxymel scillitique, 30 grammes; sirop des cinq racines, 35 grammes; F. S. A.

4° Si, dans dix jours, le ventre n'a pas désenflé, faire pratiquer la ponction, et après trois ou quatre jours de repos, recommencer le traitement;

5° S'abstenir de toute boisson fermentée, de cidre, de bière, de vin, de liqueurs.

27 mars (deuxième consultation). — Amélioration; l'enflure a diminué, les urines sont abondantes, le malade se plaint d'insomnie la nuit. Je lui prescris du sirop de chloral, la continuation du traitement, et je permets d'ajouter au lait des féculents et même un peu de pain, et prochainement des huîtres et quelques asperges.

19 avril (troisième consultation). — L'amélioration a fait encore des progrès; le foie est moins volumineux, mais l'ascite persiste. Le malade se plaignant de flux hémorrhoïdaire, je supprime la purgation hebdomadaire avec la scammonée, et la remplace par une petite dose d'huile de ricin deux fois par semaine. La potion diurétique est continuée chaque jour. On ajoute au lait des tisanes de queues de cerises, de pariétaire ou

de chiendent. Pastilles de chlorate de potasse pour combattre une gingivite chronique.

20 mai (quatrième consultation). — Nouveaux progrès; mais lents. Même traitement.

21 juin (cinquième consultation). — Amélioration plus marquée, beaucoup moins d'ascite, foie moins volumineux, mais flux hémorrhoïdal assez fréquent. Le malade mange avec appétit et digère bien son lait et quelques légumes. Je conseille : continuer tout le traitement jusqu'au 1er juillet, et, à partir de ce moment, ne plus prendre la potion diurétique que tous les deux jours; cesser les purgations régulières bi-hebdomadaires, et se borner à surveiller la liberté du ventre. Dès que le temps le permettra, prendre des bains de Pennès (deux par semaine). En cas de flux hémorrhoïdal, lavements froids et lotions froides.

23 juillet (sixième consultation). — Je note un progrès considérable. Foie revenu presque à l'état normal. Disparition totale de l'ascite et des flux hémorrhoïdaux. Pas de tuméfaction de la rate. Persistance de l'anémie, mais augmentation des forces et de l'appétit. Retour manifeste à la santé qui frappe tout son entourage.

Je prescris : continuer l'usage du lait (2 litres par jour, y compris celui qu'on continuera de boire aux repas); dragées de lactate de fer, d'abord deux, puis quatre par jour, si elles sont bien supportées. Ajouter au régime un peu de viande rôtie, des œufs, du poisson, du riz, etc., etc. Continuer les bains de Pennès. S'abstenir toujours de boissons fermentées, mais prendre un peu de thé ou de café léger.

22 octobre (septième consultation). — Le malade revient me voir pour la dernière fois. Il est transformé; il est coloré. Quoique encore amaigri, il se sent plus vigoureux, a repris ses affaires et son régime comme auparavant; son foie est rentré dans ses limites; les fonctions digestives sont parfaites; l'appétit est développé, mais le malade continue à boire du lait aux repas et à s'abstenir de tout spiritueux.

La guérison paraît assurée.

L'observation III est plus remarquable encore par la rapidité de l'amélioration obtenue par la même médication.

Obs. III. — *Hépatite alcoolique avec ascite. — Une ponction. — Régime lacté, diurétiques et purgatifs. — Pas d'iodure de potassium. — Guérison depuis quatre mois.* — M. X..., architecte vérificateur, quarante-quatre ans, malformation congénitale de la main droite (syndactylie), très bien constitué, de bonne santé, n'a jamais eu ni rhumatisme, ni palpitation, ni syphilis, ni fièvre intermittente, ni aucune autre maladie. Il a beaucoup travaillé et s'est particulièrement fatigué l'hiver dernier. Depuis l'âge de vingt ans, il a l'habitude de boire environ deux bouteilles de vin par jour aux repas ; il prend en outre du cognac dans son café à midi, et, chaque soir, comme apéritif, deux cuillerées d'absinthe dans de l'eau sucrée. Il y a quatre ou cinq ans, il a fait une grande consommation de bière. Il ne s'est, pour ainsi dire, jamais enivré, une ou deux fois au plus et très légèrement, en l'espace de dix ans. Il a toujours eu bon appétit et des digestions parfaites, n'a jamais vomi d'aliments; il avait parfois des pituites matinales et assez rarement un flux hémorrhoïdal. Depuis un an et demi environ, sa santé n'était plus aussi satisfaisante, lorsque, en février 1888, il fut pris de diarrhée assez répétée, et, en mars, le ventre se mit à enfler, sans douleurs ni coliques, et atteignit assez vite de grandes dimensions, pendant que le visage s'allongeait et maigrissait et prenait une teinte jaunâtre. Les membres supérieurs et le buste subissaient aussi une émaciation marquée; les membres inférieurs ne tardèrent pas à enfler, mais bien après le ventre.

Le 16 avril, il consulte son médecin, qui inscrit le diagnostic suivant : *Hépatite chronique, ascite considérable*, et prescrit : limonade magnésienne à 50 grammes; iodure de potassium, 2 grammes par jour; vésicatoire volant sur le foie, eau de Vichy (source Mesdames), régime lacté exclusif et suppression absolue du tabac et de l'alcool.

Le 22 avril, on est obligé de pratiquer la ponction qui donne issue à 10 litres de liquide clair; après la guérison du vésicatoire, on applique des pointes de feu (environ 200) sur la région du foie; on prescrit, outre l'iodure, du vin diurétique de Trousseau (quatre cuillerées par jour) et de la liqueur de Pearson, cinq gouttes matin et soir dans le *vin* (*sic*) de chaque repas, et quatre jours plus tard, un mélange à parties égales des *vins* de Trousseau et de la Charité, et du *vin* de quinquina un petit verre après les repas. Ces dernières prescriptions, datées du 7 et 11 mai, semblent indiquer que le malade va s'affaiblissant et que l'épanchement ascitique se reproduit rapidement.

17 mai (première consultation). — M. X..., fatigué de toutes ces drogues et un peu découragé, vient me consulter sur l'indication d'un camarade qui a entendu parler de la guérison de notre premier malade, le marchand de vieux métaux.

Je confirme le diagnostic de cirrhose alcoolique qui est des plus clairs et constate : ascite considérable, foie volumineux mais difficile à délimiter, rate hypertrophiée, urine légèrement albumineuse, cœur et organes respiratoires normaux, visage amaigri, tiré, contrastant avec l'énorme saillie de l'abdomen qui donne au malade l'attitude de la grossesse à terme.

Je prescris le même traitement qu'aux deux précédents malades : régime lacté exclusif, suppression absolue de toute espèce de vin, *même médicamenteux*, de liqueur, de cidre ou de bière, potion quotidienne aux baies de genièvre, purgation hebdomadaire avec l'eau-de-vie allemande; si la sécrétion urinaire tarde à s'établir et si le ventre ne diminue pas, faire renouveler la ponction et recommencer ensuite le traitement.

2 juin (deuxième consultation). — Le malade est déjà très amélioré, les urines sont abondantes, l'ascite a diminué sensiblement; le lait est parfaitement supporté. Je permets des soupes et potages au lait, du fromage à la crème, mais je recommande la même médication encore pendant trois semaines.

23 juin (troisième consultation). — Je note une amélioration encore plus accentuée; foie et rate très diminués de volume et disparition presque complète de l'ascite. L'appétit se réveille, le malade sent ses forces revenir, a repris courage. Je diminue la rigueur du traitement de la façon suivante : potion diurétique tous les deux jours seulement, purgations plus espacées, de dix jours en dix jours, avec 15 grammes d'eau-de-vie allemande, réduire à 2 litres la dose quotidienne du lait, le couper aux repas avec de l'eau de Saint-Galmier (un tiers), et enfin associer au lait quelques aliments légers (tels que œufs, beurre, croûte de pain, poisson, légumes frais, fruits cuits ou très mûrs), mais abstinence totale de boissons fermentées.

28 juillet (quatrième consultation). — Nouveaux progrès; la rate n'est presque plus gonflée, le foie déborde beaucoup moins et l'ascite, presque nulle, peut être évaluée à 1 litre au plus; la guérison me paraît assurée et prochaine, si le malade, qui est fort intelligent, continue de suivre scrupuleusement mes conseils. Je supprime toute potion diurétique, je recommande une purgation tous les quinze jours seulement, et je permets d'ajouter au régime de la viande rôtie, de la volaille, etc., en continuant toutefois l'usage du lait au repas.

27 octobre (cinquième consultation). — M. X... vient me revoir; il est transformé, il a repris son teint, son embonpoint et son activité d'autrefois. Ses forces sont tout à fait revenues, et il a même recouvré depuis le mois d'avril ses facultés génésiques, ce criterium de la convalescence. Il suit le régime de tout le monde, mais continue à boire aux repas du lait coupé d'eau de Saint-Galmier et à s'abstenir jusqu'à nouvel ordre de toute boisson alcoolique.

Son ventre ne contient plus une goutte de liquide, la rate est rentrée dans ses limites normales; mais il n'en est pas de même du foie, qui déborde encore un peu à gauche de la ligne médiane dans une étendue de 5 à 6 centimètres. C'est le seul vestige appréciable laissé par la maladie.

Chez ces trois malades, alcooliques avérés, le diagnostic était simple et facile, et s'imposait : troubles digestifs, amaigrissement, teinte jaunâtre des téguments, hémorrhagies intestinales ou flux hémorrhoïdaux; urines rares et foncées, ascite considérable, réseau veineux sous-cutané abdominal, tuméfaction du foie et de la rate, et enfin état cachectique croissant: on retrouvait chez eux tout le tableau symptomatologique de la cirrhose classique. D'autre part, ils n'offraient aucun signe anormal susceptible de faire songer à la péritonite chronique, maladie dont j'ai une certaine expérience. Ils n'ont jamais eu de sensibilité ou de rénitence, soit générale, soit partielle, des parois abdominales, et le liquide ascitique se déplaçait avec la plus grande facilité.

Un point, cependant, mérite d'être relevé; c'est l'état du foie, qui, au lieu d'être atrophié, comme on le décrit géné-

ralement, était chez nos trois malades très tuméfié, et qui conserve encore, surtout chez les nos 1 et 3, un développement notable. Cela suffit-il pour mettre en question chez eux et le diagnostic et la guérison? Nous ne le pensons pas.

Avec Jaccoud et d'autres, nous croyons que la dénomination vague et surannée de cirrhose devrait, malgré la grande autorité de Laennec, être abandonnée pour celle d'hépatite chronique. On a eu tort d'attacher au mot cirrhose l'idée erronée d'atrophie et d'incurabilité; si, en effet, l'atrophie est fréquente et possible, elle n'est pas nécessaire; c'est un effet tardif de la maladie, mais ce n'est pas un effet primordial, et, pouvons-nous ajouter, elle peut être retardée ou avantageusement combattue. En effet, dans un grand nombre d'observations de cirrhose prétendue atrophique, on note au contraire, comme ici, la tuméfaction du foie, et je suis porté à croire qu'il en est ainsi particulièrement chez les malades qui ont offert des exemples soit de rémission plus ou moins prolongée, soit de guérison. Aussi avons-nous adopté l'étiquette d'*hépatite alcoolique avec ascite* qui a l'avantage de rappeler à la fois la nature, la cause et le degré du processus pathologique sans emporter avec elle, comme celle de cirrhose, un arrêt de léthalité fatale.

Il est permis de concevoir trois périodes dans les accidents inflammatoires que provoque l'alcool sur le foie des buveurs : 1° une première caractérisée par la congestion et l'infiltration embryonnaire, avec tuméfaction de toute la glande (*hypertrophie simple*) ; 2° une seconde où les mêmes lésions, plus avancées, entravent déjà la circulation veineuse et amènent l'ascite, mais où elles sont encore susceptibles de régression et de guérison (*hypertrophie avec ascite*) (ce serait le cas de nos trois malades), et 3° une dernière période dite d'atrophie ultime et fatalement mortelle.

Le gonflement du foie serait donc la règle dans les deux premières périodes, les seules où la guérison peut encore être espérée. Dans la seconde, celle avec ascite, il serait susceptible de disparaître plus ou moins complétement et avec plus ou moins de lenteur, suivant l'intensité et la durée variable de l'intoxication alcoolique; il peut même persister indéfiniment. Chez nos trois malades le foie est encore très développé, quoique à des degrés différents. Continuera-t-il à diminuer et reviendra-t-il à son volume normal? Cela est très probable pour le n° 2, un peu moins pour le n° 3, mais est douteux pour le n° 1, qui a été de beaucoup le plus atteint et chez qui le traitement n'a pas été appliqué assez tôt et a dû être prolongé beaucoup plus longtemps. En tout cas, alors même que ce gonflement resterait stationnaire, vous pouvez voir qu'il semble n'avoir aucun retentissement fâcheux sur la santé actuelle de ces malades, qui est de tous les points excellente, et qu'il ne suffit certainement pas à faire naître des doutes sur la réalité de leur guérison.

Peut-on du moins se faire une idée de l'état anatomique de ce foie qui reste ainsi développé et paraît néanmoins remplir ses fonctions d'une façon suffisamment satisfaisante?

Pour l'apprécier, il faudrait pouvoir se reporter à des nécropsies pratiquées sur des sujets guéris de cirrhose alcoolique depuis un temps assez long. Or nous ne possédons jusqu'ici que celle qui nous a été communiquée par M. Dujardin-Beaumetz dans la séance du 13 août 1886 et qui concernait un malade emporté par une pneumonie un mois et demi seulement après la disparition de son ascite. Néanmoins, en raisonnant par analogie et en tenant compte de la différence du temps écoulé, on doit supposer avec M. Troisier (séances des 9 et 28 juillet et 10 décembre 1886 et 14 janvier 1887) que chez les cirrhotiques qui guérissent ainsi, l'hépatite alcoolique, comme je le disais plus haut, n'a pas dépassé les premières phases de la maladie caractérisées par la prolifération des cellules embryonnaires et que ces cellules ont subi et sont encore en train de subir un processus de résolution au lieu d'évoluer nécessairement vers l'organisation conjonctive. Il en doit être ainsi à des degrés variables chez nos malades; mais, si leur guérison se maintient comme je l'espère, on sera forcé d'admettre que les lésions hépatiques, dont ils garderont sans doute la trace indélébile, ne sont pas incompatibles avec une santé fort acceptable.

On comprend avec quelle facilité dans ces conditions ils sont exposés à des récidives. S'ils reprennent leurs anciennes habitudes, il est aisé de prédire qu'ils ne tarderont pas à être repris de tous les accidents qu'a déjà provoqués chez eux l'intoxication alcoolique. C'est ce qui arrive trop souvent et amène ces rechutes qui finissent par aboutir à une destruction totale du foie, entraînant la mort, et qui remettent sans cesse en question la curabilité de la cirrhose. Que, si, au contraire, nos malades, une fois amendés ou guéris, ont le courage de s'abstenir de boissons fermentées pendant un temps très long ou mieux d'y renoncer pour toujours, on peut affirmer que leur guérison ne se démentira pas.

Un mot encore pour faire remarquer la simplicité vraiment encourageante du traitement que j'ai employé et qui ne contient rien de nouveau. Il consiste uniquement dans une certaine combinaison du régime lacté avec les diurétiques et les purgatifs, sans hydrothérapie, ni iodure de potassium, mais avec l'action adjuvante d'une ou de plusieurs paracentèses. En effet, loin de redouter cette opération si simple et de la réserver seulement pour les cas où la dyspnée devient menaçante, j'ai pour habitude de la pratiquer d'assez bonne heure et de la renouveler volontiers dès que la diurèse me paraît trop lente à s'établir. Elle soulage le malade, elle permet de se rendre un compte exact de l'état des viscères abdominaux, du foie qui, pour le dire en passant, est presque toujours gonflé, et de la rate qui, au milieu du liquide ascitique, est encore plus difficile à explorer; enfin j'ai remarqué qu'après la ponction l'effet diurétique du lait et des médicaments paraît activé.

Comme diurétique, j'emploie d'habitude la potion dite aux baies de genièvre qui est d'un usage courant dans mon service hospitalier et qui m'a souvent donné des résultats remarquables non seulement dans la cirrhose alcoolique, mais dans toutes les affections ou il importe de provoquer la sécrétion urinaire, la pleurésie notamment. La formule de cette potion que j'ai donnée plus haut (obs. II) n'est pas de mon invention. Je l'ai recueillie autrefois dans la pharmacopée de l'*Union médicale*. Elle peut être modifiée ou remplacée par une préparation anologue. Celle-ci a le mérite d'être facilement acceptée par les malades à cause de sa saveur qui n'a rien de trop désagréable (comme vous pouvez en juger par cet échantillon que je vous apporte). Notre malade de l'observation I l'a prise quotidiennement pendant huit mois. A ce moment, j'ai cru devoir substituer la macération de digitale par séries de dix jours alternées avec le sel de nitre et il a encore continué ces diurétiques jusqu'au 9 novembre dernier, c'est-à-dire pendant seize autres mois, donnant ainsi l'exemple d'une docilité et d'une tolérance médicamenteuse exceptionnelles; et il les continuerait encore si je ne l'avais pas convoqué chez moi pour l'examiner.

En fait de purgatifs, je donne la préférence aux drastiques (eau-de-vie allemande ou scammonée), mais quand les garde-robes sont fréquemment mêlées de sang, comme dans l'observation II, je la remplace par l'huile de ricin ou tout autre purgatif plus doux. Ces purgations sont d'abord hebdomadaires, puis espacées davantage à mesure que l'amélioration se prononce.

Le lait est ici, on ne saurait le proclamer assez haut, la base fondamentale du traitement. C'est le plus puissant des

diurétiques et le plus précieux des aliments. Son éloge n'est plus à faire, aussi bien pour la cirrhose que pour beaucoup d'autres états graves (notre cher président ne me démentira pas). Il doit être pris à l'état purement liquide au début et ce n'est que graduellement qu'on y ajoute du thé, du café léger, du chocolat, des féculents, du pain, et qu'on permet du fromage frais, des huîtres, du poisson et des aliments de plus en plus substantiels. Mais alors même que les malades en voie de guérison sont revenus au régime et à la vie ordinaires, le lait doit pendant *très longtemps* être imposé comme boisson aux repas, soit pur, soit mélangé d'une eau de table qui le rend plus agréable. Rappelons-nous la réponse brutale de Chrétien (de Montpellier) à un de ses malades cirrhotique, considérablement amélioré en vingt-cinq jours par le régime lacté exclusif et qui insistait pour l'abandonner. « Dans la visite qu'il m'avait faite, dit Chrétien, je m'étais aperçu que je ne devais pas lui ménager mes expressions; aussi ma réponse fut-elle courte et forte : *le lait ou la mort*. Le malade se décida pour la diète lactée qu'il continua pendant quatre mois et il lui dut le retour d'une bonne santé qui se soutint six ans. Il mourut d'une pneumonie » (*Archives de médecine*, 1832).

Enfin l'abstinence *très prolongée*, pour ne pas dire *indéfinie*, du vin et des spiritueux est la condition *sine qua non* du succès, et les vins médicamenteux eux-mêmes (vins de quinquina, diurétiques ou autres) doivent être formellement proscrits; loin de fortifier, ils agissent en sens contraire chez des malades pour qui l'alcool, sous toutes ses formes, est un véritable poison.

Cette médication que j'applique depuis longtemps et qui m'a fourni un certain nombre de succès, que j'ai eu le tort de ne pas recueillir, a été exposée d'une façon magistrale par M. Lancereaux dans le très remarquable et très instructif mémoire qu'il a lu à l'Académie de médecine le 30 août 1887. Il y a ajouté deux autres moyens : l'hydrothérapie et surtout l'iodure de potassium dont on a fait grand bruit. Je n'ai employé ni l'un ni l'autre. Je redoute l'hydrothérapie pour des malades en état d'hydropisie et très affaiblis, que le moindre refroidissement expose à des complications mortelles; en outre, elle n'est pas toujours d'une application facile. Du reste, M. Lancereaux lui-même, à la fin de son mémoire, déclare qu'elle n'est pas indispensable. On peut en dire autant de l'iodure de potassium qu'il recommande à la dose quotidienne de 2 à 4 grammes; je ne l'ai prescrit à aucun de mes trois malades qui n'en ont pas moins bien guéri. Je réserve ce médicament pour l'hépatite syphilitique quand elle peut être soupçonnée, et alors je le donne à des doses beaucoup plus élevées, jusqu'à 6 et 8 grammes par jour, en l'associant aux frictions mercurielles. Il m'a procuré de cette façon un très rapide et remarquable succès, il y a dix ans, chez un malade affecté d'ascite dépendant certainement d'une affection chronique du foie, qui ne pouvait être soupçonné d'alcoolisme, mais qui avait contracté la syphilis sept ans auparavant. Dans la cirrhose alcoolique l'iodure potassique me paraît inutile au moins pendant la période active du traitement, et je serais plutôt tenté de le réserver pour la convalescence quand le foie reste développé comme chez le malade de l'observation I, dans l'espoir d'arrêter les éléments jeunes de tissu conjonctif et de s'opposer à leur organisation définitive. A cette période, lorsque le malade reste pâle, comme dans l'observation II, c'est le cas de conseiller les ferrugineux, les arsenicaux, les bains fortifiants, les eaux minérales sulfureuses, les bains de mer et l'hydrothérapie qui retrouve ici ses indications.

Cette médication, sur laquelle je vous demande pardon d'avoir si longuement insisté, mais que je recommande aux praticiens trop souvent enclins au scepticisme et à l'inertie dans les cas de cirrhose, agit rapidement. On n'a pas pu la juger dans le n° 1 qui dut subir encore deux ponctions après l'avoir commencée, et qui est ensuite resté plusieurs mois sans voir aucun médecin. Mais chez le n° 2, dès le douzième jour, l'amélioration était assez prononcée pour me faire renoncer à toute ponction, et au bout de quatre mois l'ascite avait totalement disparu et la convalescence commençait. Chez le n° 3, qui est moins affaibli, mais qui a cependant déjà subi une ponction et qui est menacé d'une seconde, le succès est plus rapide encore. Le traitement, commencé le 17 mai, a déjà produit le 2 juin une amélioration notable, et le 23 juin, en cinq semaines, l'ascite a presque disparu. Le 28 juin, la guérison n'est plus douteuse, et en août, c'est-à-dire au bout de trois mois, le malade se sent assez rétabli pour exercer ses droits conjugaux et reprend le régime ordinaire et toutes ses occupations.

Je reconnais que j'ai été servi par les circonstances, que j'ai rencontré une série heureuse et que j'ai été secondé par la docilité de malades exceptionnels. Il n'en sera pas toujours ainsi. Mais néanmoins ce sont là des succès bien encourageants, qui méritent de prendre place à côté de ceux qui ont été déjà publiés dans ces deux dernières années et dont le nombre, on peut en être sûr, ne fera qu'augmenter. Je m'estimerai heureux s'ils peuvent contribuer à établir que la cirrhose alcoolique, loin d'être une affection fatalement incurable, comme on nous l'enseignait naguère, est, au contraire, même dans des cas en apparence désespérés, susceptible, pour employer les termes mêmes de M. Lancereaux, « non pas seulement d'amélioration, mais d'une guérison définitive ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 24 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

Après le discours d'usage de M. le *Président* de l'Académie, M. *J. Bertrand*, secrétaire perpétuel, proclame les résultats des concours de 1888 et prononce ensuite l'éloge d'Yvon Villarceau.

Voici les noms des lauréats dans les sciences médicales :

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon :* 2500 francs à M. *Hardy* (Traitement de la gale); 2500 francs à M. *Hénocque* (Etudes spectroscopiques du sang); 2500 francs au Traité de pathologie chirurgicale de *Follin* et *Duplay*.

Mentions honorables : M. *Emile Berger* (Contributions à l'anatomie de l'œil dans l'état normal et dans l'état pathologique); M. *Gilles de la Tourette* (L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal); M. *Bailly* (Réfrigération par le chlorure de méthylène); M. *Bérenger-Féraud* (Étude du ténia de l'homme).

Citations honorables : M. *Bérillon* (La dualité cérébrale); MM. *Binet* et *Féré* (Le magnétisme animal); MM. *Chauvel* et *Paulet* (Diverses monographies chirurgicales); M. *Jolly* (Etudes sur les phosphates et leurs fonctions chez les êtres vivants); MM. *Lecorché et Talamon* (Traité de l'albuminurie et du mal de Bright); M. *Martin* (de Bordeaux) (Etude sur l'astigmatisme et ses rapports avec la migraine); M. *Vidal* (d'Hyères) (Etude climatologique sur Hyères; plans et documents relatifs à la création d'un sanatorium maritime).

Prix Bréant : Récompense de 3000 francs à M. *Hauser* (Etudes édpidémiologiques sur l'étiologie et la prophylaxie du choléra).

Prix Godard : 1000 francs à M. *Hache* (Physiologie et pathologie de la vessie).

Prix Lallemand : 1800 francs partagés entre M. *Fr. Franck* (Leçons sur les fonctions motrices du cerveau et l'épilepsie cérébrale) et M. *Blocq* (Sur les contractures).

Mention honorable à M. *E.-L. Bouvier* (Système nerveux, morphologie et classification des gastéropodes prosobranches).

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon ;* 750 francs partagés entre

M. *Augustin Waller* (Détermination électromotrice du cœur de l'homme) et M. *L. Fredericq* (Tracés cardiographiques).

Mentions honorables : M. *Beauregard* (Production du principe vésicant chez les cantharides) ; M. *Blake* (Constitution chimique et réactions biologiques des substances inorganiques) ; M. *Mangin* (Recherches sur la pénétration ou la sortie des gaz dans les plantes).

Citation honorable : M. *Peyron* (L'atmosphère interne des feuilles ; empoisonnement par l'hydrogène sulfuré).

Statistique. — *Prix Montyon :* 500 francs à M. *J. Teissier* (Statistique générale des grandes malaladies infectieuses à Lyon pendant la période quinquennale 1881-1886).

Chirurgie. — *Prix Barbier :* 2000 francs partagés entre M. *Ehrmann* (de Mulhouse) (pour ses belles études sur la restauration de la voûte palatine) et M. *C.-G. Leroy* (Nouvel ophthalmomètre).

La liste des prix proposés pour l'année 1889 sera publiée dans le prochain numéro.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. le docteur *H. Mireur* (de Marseille) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine.

M. le docteur *Colvis* envoie un *Pli cacheté*, dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Benoît* adresse un Rapport manuscrit sur une *épidémie de variole* à Dieulefit (Drôme) en 1838.

M. *Laboulbène* présente le *Formulaire de l'Union médicale*, par M. le docteur *N. Gallois*.

M. *François-Franck* offre le premier fascicule des *Archives de physiologie normale et pathologique pour* 1889.

M. *Guéniot* dépose un volume de M. *Léon Lallemand* sur *l'assistance des classes rurales au dix-neuvième siècle*.

M. *Bucquoy* offre une *Étude séméiologique du second bruit du cœur*, en son nom et au nom de M. *Marfan*.

M. *Vallin* présente, au nom de M. le docteur *André*, médecin-major, la Relation manuscrite d'une *épidémie de diphthérie* au 12e régiment de chasseurs à Rouen en 1887-1888.

Pathogénie et traitement du choléra. — Dans une communication d'une étendue considérable, M. *Duboué* (de Pau), correspondant national, étudie les indications qu'il lui paraît indispensable de suivre dans le traitement préventif et curatif du choléra asiatique.

Les principes sur lesquels il se guide dans cette étude sont les suivants :

L'hygiène, en nous dévoilant la nature et les caractères d'un agent morbide quelconque, n'accomplit que la moitié de sa tâche ; elle doit encore, pour étendre ses bienfaits déjà si considérables, indiquer la lésion initiale que cet agent produit ou, à son défaut, la voie par laquelle il doit pénétrer dans l'organisme, pour donner lieu à des accidents graves ou mortels. De son côté, la pathologie, en nous révélant, par une observation minutieuse, la succession des lésions et des symptômes produits par ce même agent morbide, doit nous permettre d'aboutir à des conclusions identiques sur la nature et le siège de cette même lésion initiale, et l'accord parfait obtenu par ces deux sciences sur ce point important peut seul nous permettre de contrôler et de confirmer les conclusions communes fournies par chacune d'elles.

Partant de ces données, M. Duboué cherche à établir la succession des lésions et des symptômes du choléra asiatique, et cette étude minutieuse lui montre que la lésion initiale du choléra asiatique réside sur la paroi interne des capillaires aortiques ; que l'agent cholérigène, quelle qu'en puisse être la nature, ne peut se révéler à nous, c'est-à-dire produire des accidents graves ou mortels, qu'à la condition de pénétrer dans l'organisme par les voies respiratoires ; que, dès lors, c'est dans le système artériel aortique qu'on doit le rechercher pour le trouver dans toute sa pureté, soit chez les blessés ou les opérés dont on aura pu recueillir du sang artériel pur, ou mieux chez les malades déjà frappés des premières atteintes du choléra, soit chez certains animaux domestiques ou autres vivant dans un foyer épidémique et ne devant leur immunité qu'à la résistance de leur endothélium aortique.

Cette question capitale concernant la condition expresse de l'unique introduction de cet agent par les voies respiratoires, pour que le syndome cholérique puisse se développer, cette question n'ayant été examinée, ni même soulevée au point de vue hygiénique, la conclusion précédente conserve toute sa force et sa valeur et permet d'affirmer d'avance que toutes les tentatives faites, pour donner le choléra par les diverses voies de l'absorption veineuse de la circulation générale, resteront fatalement infructueuses. Dès lors, la maladie que l'on peut donner à divers animaux par des injections sous-cutanées de matières cholériques ne pouvant pas être le choléra, le vaccin qui en pourrait prévenir ou en préviendrait réellement l'invasion, ne saurait être considéré comme un vaccin anticholérique. Etant données la nature et la succession des lésions et des symptômes du choléra, on ne saurait concevoir la possibilité de prévenir le développement de cette maladie par un choléra atténué auquel on voudrait faire jouer le rôle ,d'un vaccin, et d'ailleurs le choléra lui-même, loin de préserver du choléra, prédispose les mêmes sujets à une ou plusieurs atteintes successives.

Aussi n'y a-t-il que deux indications principales à remplir dans le traitement prophylactique et curatif du choléra : la première, consistant à prévenir ou arrêter la chute des cellules endothéliales des capillaires aortiques, par l'emploi du nitrate d'argent, du sulfate de cuivre et surtout du tanin qui est absolument inoffensif à des doses fortes et répétées, ces trois médicaments ayant déjà été employés avec succès contre certaines affections épithéliales et notamment contre les kérato-conjonctivites ; la seconde indication devant être remplie à la fin de la période algide, alors que le pouls a cessé de battre aux artères principales des membres et consistant à emplir d'eau à une température voisine de celle du corps, les vaisseaux à sang rouge absolument vides, par l'emploi du procédé des injections intraveineuses, auquel on doit déjà de nombreux succès, ou de préférence par celui de la trachéocentèse, procédé inoffensif, très facilement applicable par tout médecin et répondant avec une grande précision à toutes les exigences désirables, ou enfin très exceptionnellement par le procédé d'urgence de la submersion auquel les médecins seuls doivent pouvoir recourir *in extremis*.

D'ailleurs, toutes les notions acquises sur le bacille de Koch, sur ses caractères morphologiques ou autres, loin de contredire les conclusions fournies par la présente étude de physiologie pathologique, viennent les confirmer sur tous les points principaux. Par exemple, les meilleures conditions de culture de ce bacille, exigeant un milieu alcalin ou oxygéné, ainsi qu'une température de 37 à 38 degrés, se trouvent admirablement réalisées dans le sang des canaux vasculaires à sang rouge où il faut admettre que se fait la pénétration du bacille en question. Enfin, l'acidité du suc gastrique d'une part, qui s'oppose au développement du comma-bacille et la température élevée, d'autre part, du sang veineux, qui est de 40 degrés, nous rendent compte du défaut ou des difficultés d'absorption de ce bacille par les voies digestives ou de sa destruction dans le sang des canaux vasculaires à sang noir.

Hémoglobinurie bactérienne du bœuf. — M. *Cornil* communique une note de M. le docteur V. Babes (de Bucharest) sur la présence d'une bactérie spéciale dans le sang des bœufs atteints d'une affection qu'il a eu l'occasion d'observer en Roumanie, où cette maladie sévit avec une grande intensité. (Voy. le compte rendu de l'Académie des sciences, séance du 29 octobre 1888.)

Rapport. — M. *Mathias-Duval* lit un rapport très favorable sur le procédé d'injection des veines par les artères, indiqué par M. le docteur Lejars à la séance du 25 septembre 1888.

— La prochaine séance de l'Académie aura lieu le 8 janvier 1889.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Tuberculose par inoculation de grains rhiziformes : MM. Terrillon, Lucas-Championnière, Reynier, Monod, Verneuil. — Anévrysme de l'artère poplitée : M. Brun. Rapporteur : M. Reclus (Discussion : MM. Lucas-Championnière, Verneuil, Trélat, Kirmisson, Terrier, Reclus). — Salpingites : M. Terrier. — Pyosalpingite avec perforation de la vessie : M. Reverdin (de Genève).

M. *Terrillon*, au sujet de la tuberculose expérimentale produite par inoculation de grains rhiziformes, rappelle qu'en 1886 il a présenté à la Société de chirurgie un malade auquel il en avait enlevé. Les bacilles n'avaient point été trouvés au microscope, mais trois lapins inoculés étaient morts de tuberculose après plusieurs mois. Le malade n'a d'ailleurs pas présenté d'autres accidents depuis.

M. *Lucas-Championnière* rapporte un cas analogue et MM. *Reynier* et *Monod* confirment que c'est dans la paroi du grain rhiziforme et non dans son intérieur qu'existent les bacilles lorsqu'on en a trouvé.

M. *Verneuil* ajoute que ces cas rentrent dans la règle des tuberculoses chirurgicales closes; dans le pus des abcès ossifluents il n'y a pas de bacilles, tandis que la paroi en est peuplée. Ces expériences prouvent encore que le procédé français d'inoculation est bien supérieur au procédé allemand d'examen histologique ; et à ce propos il préfère le cobaye au lapin, le premier étant un réactif beaucoup plus sûr que le second.

M. *Reynier* rappelle enfin qu'il a fait ses inoculations avec l'intérieur d'un grain rhiziforme et non avec la paroi.

— M. *Reclus* fait un rapport sur un mémoire de M. Brun au sujet de deux cas d'anévrysme de l'artère poplitée traités par la ligature de la fémorale. Le premier malade garda la bande d'Esmarch pendant une heure et la compression digitale pendant cinq, à deux reprises différentes sans succès. La ligature dans le canal de Hunter avec un fil de catgut amena la guérison complète en un mois. Le second malade fut traité de la même manière. Le lendemain de l'opération les battements reparurent bien dans la tumeur, mais tout s'affaissa au bout de quelques jours et la cure fut aussi rapide.

En 1884 Poinsot réunissait 42 observations d'anévrysmes et insistait devant la Société de médecine de Bordeaux sur la rareté de la suppuration du sac et de l'hémorrhagie secondaire depuis l'antisepsie. En réunissant aux 33 cas que signale M. Brun, 45 cas publiés par M. Delbet, 3 cas de Lister rapportés par M. Championnière, plus un autre que rappelle M. Reclus, on obtient un total de 82 observations toutes récentes, toutes recueillies depuis 1880, depuis les nouvelles méthodes antiseptiques. Elles fournissent quatre cas de mort et cinq cas de gangrène ayant nécessité l'amputation. La mortalité est donc un peu inférieure à 5 pour 100. Si l'hémorrhagie secondaire et la suppuration ne doivent plus survenir avec l'antisepsie, M. Reclus pense que les gangrènes nécessitant le sacrifice du membre deviendront beaucoup moins fréquentes que par le passé. On avait autrefois recours à des manœuvres diverses, telles que compression prolongée, flexion forcée de la jambe, manœuvres qui n'étaient pas toujours innocentes : la flexion donnait de l'arthrite, la bande d'Esmarch des embolies, la compression des douleurs très vives et le plus souvent l'échec survenait. La flexion forcée ne compte que 45 pour 100 de succès et la compression digitale à peine 50 pour 100. Au lieu d'employer l'enveloppement par la bande d'Esmarch, mieux vaut recourir d'emblée à la ligature et on évitera d'autant les chances de gangrène. Le fil sera placé le plus près possible de l'anévrysme, souvent là où l'artère est le plus accessible, car il est bien difficile parfois de déterminer les limites précises d'un anévrysme poplité. L'extirpation est une opération délicate, difficile, irrégulière à laquelle M. Reclus préfère la ligature, opération mieux réglée. Néanmoins l'extirpation sera excellente dans les cas où des troubles trophiques ou paralytiques seront dus à l'inclusion des nerfs dans les parois du sac. La conclusion de M. Reclus est que la méthode de choix pour la cure des anévrysmes poplités devient la ligature et qu'elle sera d'autant plus bénigne qu'on n'aura pas recours à des manœuvres violentes préalables.

M. *Lucas-Championnière* pense que toutes les statistiques ne sont pas comparables entre elles, vu la différence qui existe dans la manière dont les divers chirurgiens font l'antisepsie. L'hémorrhagie secondaire n'étant pas à redouter, on peut placer le fil où l'on veut; la réparation des tissus et la circulation collatérale se faisant mieux et plus vite, il n'y a pas de gangrène à craindre. L'extirpation est extrêmement laborieuse, même pour les très petits anévrysmes, et ne saurait être une méthode de choix.

M. *Verneuil* est d'avis que la flexion forcée réussit quand elle est bien faite, c'est-à-dire d'une façon intermittente, deux ou trois heures par jour seulement. La compression digitale est insupportable, la bande d'Esmarch donne des accidents, et il est revenu pour la grande majorité des cas à la ligature pure et simple. Il voudrait aussi qu'on tînt compte de l'âge du malade et de l'état du cœur. Quant à l'extirpation, M. Verneuil l'a faite une fois et ne se déclare pas prêt à recommencer.

M. *Trélat* trouve également l'extirpation excessive. Depuis une dizaine d'années déjà Bœckel plaidait pour le fil de catgut contre le fil de soie. Néanmoins, M. Trélat a publié un cas d'anévrysme devenu diffus, ayant résisté à toutes les méthodes de compression, pour lequel Broca consulté avait parlé d'amputation et qui guérit par la ligature. Cette dernière fut faite avec un fil de soie qui fut éliminé au bout de quarante jours sans avoir provoqué l'ombre d'une suppuration, et qui tomba n'ayant plus ni nœud, ni anse.

M. *Kirmisson* emploie le catgut et a toujours eu des guérisons très faciles.

M. *Terrier* se sert toujours de fils de soie pour la ligature des gros vaisseaux et n'a jamais eu d'élimination du fil.

M. *Reclus*, au sujet du cas d'extirpation cité par M. le professeur Verneuil, dit qu'il emploierait encore ce mode d'intervention, en y ajoutant seulement l'usage de la bande d'Esmarch ; car justement l'hémorrhagie foudroyante qui se produit à l'ouverture du sac était due aux nombreuses collatérales fournissant encore du sang après la ligature des deux bouts.

M. *Trélat* et M. *Kirmisson* pensent qu'il est des cas particuliers où l'extirpation s'impose.

— M. *Terrier* apporte les cas de sa pratique au sujet des salpingites. Il a fait huit ablations de trompes seules ou compliquées pour tubo-ovarites, hémosalpingites, kystes ovariques, etc. Toutes les malades ont été revues depuis l'opération et sont en bonne santé. Les symptômes ont été des plus variables et n'ont d'ailleurs qu'une importance secondaire ; il n'y a que l'examen direct qui prime tout et M. Terrier ne recule pas devant l'emploi du chloroforme

pour les cas d'un diagnostic difficile. Comme, ces salpingites lorsqu'elles suppurent, déterminent des pelvipéritonites ou des péritonites généralisées très graves, il faut les enlever dans tous les cas. Lorsqu'elles ne sont point suppurées, l'extirpation n'est indiquée que lorsqu'elles provoquent des phénomènes douloureux ou des accidents nerveux.

— M. *Chauvel* lit une observation de M. Reverdin (de Genève) sur une pyosalpingite ayant perforé la vessie et guérie après des interventions multiples.

P. Villemin.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Sur l'action toxique de la cinchonine et de ses isomères : M. Langlois. — Procédé pour obtenir des mélanges gazeux titrés : M. d'Arsonval. — Vasoularité de l'appareil olfactif du cobaye : M. Bovier-Lapierre. — Structure de la muqueuse vaginale des rongeurs : M. Moreau. — Du traitement des collections liquides des trompes : M. Dolérie.

M. *Langlois* a déterminé la toxicité de la cinchonine et de plusieurs de ses isomères qui sont des convulsivants énergiques; parmi ces derniers, les plus toxiques sont la cinchonigine et la cinchoniline. Les doses citées par l'auteur se rapportent à des animaux dont la température est normale; si on élève la température des animaux en expérience, la dose toxique est plus faible. Quant à l'action même de ces corps, elle se produit sur le bulbe et peut-être aussi sur les centres nerveux supérieurs; après la section du bulbe en effet on n'observe plus de convulsions que dans les muscles de la face.

— M. *d'Arsonval* décrit un procédé commode pour obtenir des mélanges gazeux titrés.

— M. *Brasse* dépose une note de M. *Bovier-Lapierre* sur la vascularité de l'appareil olfactif chez le cobaye.

— M. *Moreau* a étudié la structure de la muqueuse vaginale chez les rongeurs; il a observé une série de modifications qui se produisent sur cette muqueuse à partir du moment de l'accouplement, dès le troisième jour qui suit cet acte; toutes ces modifications se ramènent en somme à ce phénomène, à savoir qu'une surface cutanée se transforme en surface muqueuse.

— M. *Doléris* emploie contre les collections liquides des trompes un procédé de traitement qui lui donne de bons résultats, c'est la dilatation lente de l'utérus, sous l'influence de laquelle il se fait une sorte de drainage des liquides contenus dans les trompes. Le traitement réussit d'autant mieux que la plupart du temps on n'a pas affaire à une pyo-salpingite, mais à une hydro ou à une hémato-salpingite.

VARIÉTÉS

Les nouveaux règlements sur la prostitution et la prophylaxie des maladies vénériennes mis en vigueur en Italie le 1er août 1888.

On n'a pas encore oublié les intéressants débats qui ont eu lieu l'année dernière à l'Académie de médecine, à la suite du remarquable rapport de M. le professeur Fournier sur *la prophylaxie de la syphilis*. Cette discussion, suivant de près celle qui avait eu lieu en 1886 à l'Académie de médecine de Belgique, témoigne de l'intérêt pressant avec lequel ces savantes assemblées ont voulu étudier un sujet aussi important que la réglementation, au point de vue sanitaire, de la prostitution, et des efforts qu'elles ont faits pour opposer aux dangers toujours envahissants des contagions vénériennes des mesures d'arrêt et de prévention. Nous n'avons pas entendu dire que, jusqu'à présent au moins, les vœux de l'Académie de médecine de Paris aient reçu quelque satisfaction, et les règlements à défaut de lois proposées, restent encore à compléter, sinon à refaire (1).

Mais à peu près à la même époque, dans un pays voisin, en Italie, des préoccupations analogues poussaient les hygiénistes à reprendre eux aussi cette question et l'administration à intervenir.

C'est ainsi que sont nés les décrets et règlements promulgués à la fin du mois de mars de cette année et relatifs à la réglementation de la prostitution et à la prophylaxie des maladies vénériennes.

Ces règlements, dont il a été question à diverses reprises dans les journaux français pour annoncer leur mise en vigueur dans telle ou telle province d'Italie, nous avons cru intéressant de les mettre sous les yeux des médecins français, pensant qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à connaître comment ces questions qui ont préoccupé et préoccupent encore l'opinion publique en France ont été résolues en Italie.

La traduction que nous en donnons a été faite sur le texte de la loi publié dans une petite brochure (*Nuove Leggi e regolamenti sulla prostituzione et abolizione dei sifilicomi*, brochure in-12 de 31 pages. Roma-Perino, 1888); nous nous sommes attaché à la faire aussi littérale que possible, le style juridique prêtant peu d'ailleurs aux développements littéraires.

RÈGLEMENT SUR LA PROSTITUTION.

Le ministre, secrétaire d'État pour l'intérieur, président du Conseil des ministres,

Vu l'article 86 de la loi du 20 mars 1865, n° 2248, § B, sur la sécurité publique; vu le décret royal du 29 mars 1888 (2); sur l'avis conforme du conseil d'État, entendu le Conseil des ministres; décrète et approuve le présent règlement sur la prostitution,

Article premier. — Les fonctionnaires et les agents de l'administration civile, suivant la compétence et dans le mode établi par les lois et le présent règlement, sont chargés :

1° De surveiller les lieux de prostitution dans l'intérêt de l'ordre public et de l'hygiène;

2° De faciliter la réhabilitation des prostituées.

Titre Ier. — *Offense publique aux bonnes mœurs.*

Art. 2. — Défense est faite aux personnes de l'un et de l'autre sexe d'offenser les bonnes mœurs; de faire toute invitation ou excitation au libertinage, même si elle a lieu d'une façon indirecte, dans les lieux publics ou exposés au public, et toute désignation publique des maisons de prostitution.

Et spécialement il est défendu :

(1) Ces lignes ont été écrites il y a un mois; mais nous devons signaler comme premier résultat du rapport de M. Fournier les arrêtés ministériels parus dans l'*Officiel* du 17 décembre 1888, et portant réorganisation de l'infirmerie de la maison de Saint-Lazare, quand à son personnel médical. C'est là une excellente mesure à la fois au point de vue du traitement des malades vénériennes et point de vue scientifique (voy. *Gaz. hebd.*, p. 818)

(2) Humbert Ier, par la grâce de Dieu et par la volonté de la nation, roi d'Italie.

Sur la proposition de notre président du Conseil, ministre secrétaire d'État pour l'Intérieur, entendu le Conseil des ministres, sur l'avis conforme du Conseil d'État, avons décrété et décrétons :

Article premier. — Les décrets royaux du 2 septembre 1871, nos 465 et 466 et le règlement général relatif aux *sifilicomes* sont abrogés.

Art. 2. — Par des décrets ministériels seront établis l'époque à laquelle cesseront de fonctionner les « sifilicomes », les moyens et conditions suivant lesquelles il sera pourvu au traitement et à la prophylaxie des maladies vénériennes et à la police des mœurs.

Art. 3. — Pour les employés des « sifilicomes » il sera pourvu, conformément à la loi du 11 octobre 1863, n° 1500 et au règlement approuvé par décret royal du 25 octobre de la même année, n° 1527.

Ordonnons que le présent décret, muni du sceau de l'État, soit inséré dans le *Recueil officiel des lois et décrets du royaume d'Italie*, mandant à chacun en ce qui le concerne de l'observer et faire observer.

Donné à Rome le 28 mars 1888.

HUMBERT.

F. Crispi.

1° De suivre les personnes dans la rue, en les excitant au libertinage par des paroles et des actes;

2° De se montrer aux fenêtres ou de se tenir sur les portes des maisons déclarées lieux de prostitution.

Art. 3. — Il est également défendu de faire publiquement de la réclame aux maisons de prostitution ou de quelque façon que ce soit de faire des offres relatives à la débauche.

Titre II. — *Des maisons de prostitution et de leur surveillance dans l'intérêt de la sécurité publique et de l'hygiène publique.*

Art. 4. — Le présent règlement, par maisons et lieux de prostitution, entend les maisons, appartements et tous autres lieux d'habitation fermés dans lesquels s'exerce habituellement la prostitution.

Art. 5. — Sont considérées comme maisons de prostitution, les maisons ou portions de maison, en tout ou en partie affectées au but de la prostitution, quand même chaque prostituée vivrait isolément.

Art. 6. — Les maisons de prostitution ne peuvent avoir qu'une seule porte d'entrée. Doivent être murées toutes les communications avec les autres maisons, appartements, chambres particulières, boutiques, lieux de vente, magasins et autres établissements publics.

Art. 7. — Il est défendu d'ouvrir une maison de prostitution à proximité d'écoles et d'édifices destinés au culte, à l'instruction et à l'éducation, de casernes, d'asiles pour l'enfance ou autres lieux de réunion pour la jeunesse.

Art. 8. — Les dispositions relatives aux maisons de prostitution sont applicables aux maisons dans lesquelles deux femmes ou plus exercent la prostitution, mais seulement au local ou aux locaux occupés par elles.

Art. 9. — La femme ou les femmes qui exercent la prostitution sont sous la surveillance spéciale de la police quand elles ont été auparavant condamnées pour vol, recel, association de malfaiteurs, pour les délits prévus par l'article 421 du Code pénal, et pour complicité de viol et de rapt.

Art. 10. — Les patrons des maisons de prostitution doivent, huit jours au moins avant l'ouverture de leur maison, en faire la déclaration à l'autorité de la Sûreté Publique, laquelle accordera ou refusera son visa à la déclaration.

La déclaration doit contenir :

1° L'indication de la maison et le nombre de chambres qu'elle comporte;

2° La liste et l'énumération des personnes qui exercent la prostitution et de celles qui sont attachées au service de la maison avec l'obligation de faire connaître les changements;

3° La déclaration du propriétaire, qui permet l'usage de sa maison comme lieu de prostitution;

4° L'exécution des conditions prescrites par les articles 6 et 7;

5° La déclaration de l'intéressé de prendre le soin de l'hygiène et des maladies des prostituées, spécialement pour les manifestations syphilitiques et vénériennes et du mode dont il entend y pourvoir.

Art. 11. — L'autorité de la S. P. (1), quand elle aura la preuve qu'une maison sert habituellement à la prostitution de plusieurs femmes qui y demeurent ou qui s'y retirent habituellement pour exercer la prostitution, déclarera d'office cette maison, maison de prostitution.

Art. 12. — Le bureau de la S. P. fera notifier la déclaration d'office au propriétaire de la maison, au gérant s'il y est et s'il est connu, ou bien à n'importe quelle personne que ce soit, majeure et demeurant dans la maison ou attachée à un titre quelconque. Si le propriétaire ou les autres personnes habitant la maison ou attachées à celle-ci ne sont pas présentes pour recevoir la notification de l'ordonnance, une copie de celle-ci sera déposée au bureau municipal et la notification sera comme exécutée. Dans l'acte de notification doit être indiqué le droit à réclamer dans les termes prescrits.

Art. 13. — Les réclamations doivent être faites dans les trois jours de la notification et seront présentées au syndic, qui en donnera reçu et les transmettra au bureau de la S. P.

Art. 14. — Le bureau de la S. P. remettra la réclamation et les preuves qu'il a recueillies à une Commission composée du maire ou d'un conseiller communal délégué par lui, d'un officier des carabiniers royaux et d'un préteur.

Art. 15. — La Commission peut recueillir de nouvelles informations et écouter les parties, ensuite elle se prononce sur la réclamation et rend un arrêt sans motifs.

Art. 16. — Quand une ou plusieurs femmes auront pris en location un appartement, ou une ou plusieurs chambres en communication avec d'autres parties de la maison et auront l'intention de s'y livrer à la prostitution, le propriétaire, le locataire principal et les autres locataires pourront requérir l'autorité de la S. P., laquelle, ayant acquis la preuve du fait dénoncé ordonnera l'expulsion de ces femmes.

Art. 17. — Dans le cas de l'article précédent, sont applicables les dispositions des articles 12, 13, 14, 15 du présent règlement.

Exercice de la surveillance.

Art. 18. — A toute heure de jour et de nuit les officiers et agents de la S. P. pourront entrer dans les maisons de prostitution et procéder à la visite de toutes les chambres.

En règle ordinaire, en dehors des exceptions motivées par la nature du service ou en cas d'urgence, les officiers et agents de la S. P. qui entreront dans les maisons de prostitution pour raison de service devront, sous peine de punition disciplinaire, être au moins deux en uniforme.

Art. 19. — Les maisons de prostitution devront être fermées aux heures déterminées par l'autorité de la Sûreté Publique.

Dans le cas de réunion trop nombreuse, et qui puisse être jugée comme dangereuse pour l'ordre public, les officiers et agents de la Sûreté Publique auront la faculté d'en ordonner l'évacuation.

Art. 20. — Dans les maisons de prostitution doivent toujours être défendus :

a. Les jeux et fêtes de toute espèce;

b. La vente des boissons et des aliments, et aussi l'entrée avec n'importe quelle arme.

Les personnes de l'un et de l'autre sexe trouvées en état d'ivresse dans les maisons de prostitution devront être, pour ce seul fait, arrêtées et gardées. La durée de leur arrestation sera de dix heures.

Art. 21. — L'autorité de la S. P. a la faculté d'ordonner la visite sanitaire des lieux de prostitution, même par les médecins militaires.

Art. 22. — Quand, dans une maison de prostitution, on aura favorisé ou facilité la corruption et la prostitution des mineurs, l'autorité en référera au procureur du roi, soit pour exercer l'action pénale, suivant les articles 421 et 422 du Code pénal, soit pour les mesures prévues par les articles 221, 222 et 223 du Code civil.

Si la mineure n'a pas de parents, l'autorité de la S.P. provoquera de ses supérieurs les dispositions nécessaires pour la faire entrer dans un hospice public ou dans une maison d'éducation et de travail.

Art. 23. — Par mesure d'ordre public, l'autorité de la S. P. pourra ordonner la fermeture des maisons de prostitution.

Cette fermeture pourra également être ordonnée quand elle aura raison de croire qu'il s'y exerce la prostitution de mineures au-dessous de vingt et un ans.

Et cela indépendamment et sans empêcher l'action pénale et ses résultats.

Art. 24. — L'autorité de la S. P. aura toujours la faculté d'ordonner la fermeture des maisons de prostitution pour cause de santé publique et quand le maître de la maison ne remplira pas les obligations spécifiées par le paragraphe 5 de l'article 10 du présent règlement.

Art. 25. — La fermeture d'une maison de prostitution pourra encore être ordonnée pour avoir manqué à l'une des conditions prévues par les articles 6, 7, 8, 9 et 10.

Art. 26. — Il n'y a pas droit à réclamer contre l'ordre de fermeture.

Art. 27. — Aucune indemnité n'est due aux propriétaires, usufruitiers, ou locataires de la maison, pour cause de fermeture ordonnée pour raison d'ordre public ou de santé publique aux termes du présent règlement.

Art. 28. — Continueront à être considérées comme maisons de prostitution, sans qu'il soit besoin de déclaration, les établissements actuellement existants comme tels, mais ils devront appliquer les dispositions du présent règlement.

Titre III. — *Dispositions relatives aux prostituées et à leur réhabilitation.*

Art. 29. — Sera puni quiconque retiendra ou contribuera à retenir de force dans une maison de prostitution une femme,

(1) Sûreté Publique.

même si elle y est entrée volontairement et si elle y est restée pour exercer la prostitution, et nonobstant toutes obligations, dettes, que cette femme aura contractées envers le propriétaire de la maison ou toute autre personne.

Les officiers et agents de la Sûreté Publique devront faire venir en leur présence et interroger à part toutes les femmes qu'ils auront raison de croire retenues contre leur gré dans les maisons de prostitution et ordonneront leur sortie.

Par l'intermédiaire des préteurs et maires locaux, l'autorité de la S.P. devra faire en sorte qu'elles puissent être reçues dans leurs familles.

Art. 30. — Là ou existeront des institutions ou sociétés qui se proposent le retour des prostituées à une vie honnête, ou leur patronage à la sortie des lieux de prostitution, l'autorité politique devra se mettre en rapport avec ces institutions.

Les préfets, sous-préfets, questeurs et délégués de la S. P. et les syndics sont spécialement chargés de favoriser la création de ces Sociétés, là où il n'en existe pas.

Art. 31. — Les femmes sortant d'une maison de prostitution pourront emporter avec elles les vêtements et linge faits pour leur personne. Et seront présumés comme appartenant à la femme sortant de ladite maison les objets trouvés dans la chambre qu'elle occupait, renfermés dans des coffre, caisse, armoire, tiroirs et meubles semblables, dont la prostituée aura la clef.

Art. 32. — Quand une femme manifestera à l'autorité politique la volonté de sortir d'une maison de prostitution, en déclarant qu'elle y est maltraitée ou que le propriétaire ou une autre personne veut retenir ses vêtements ou autres objets, l'autorité politique enverra dans cette maison deux agents en uniforme, lesquels protégeront la personne et la propriété de la requérante.

Art. 33. — L'autorité de la Sûreté Publique devra tenir sur des registres spéciaux les noms des patrons des maisons de prostitution et des femmes y résidant, lesquels registres resteront secrets.

Art. 34. — Les contraventions aux dispositions du présent règlement seront punies de peines de police tant qu'il ne s'agit pas de faits constituant des délits.

Art. 35. — Sont abrogés: le règlement du 15 février 1880 sur la prostitution et toutes les dispositions contraires au présent arrêté.

Art. 36. — Par des décrets ministériels seront successivement déterminées les époques auxquelles le présent règlement sera mis en vigueur dans chaque province.

Rome, 29 mars 1888.

Le ministre: Crispi.

Le ministre d'État pour l'intérieur, président du Conseil des ministres,

Vu l'article 1er de la loi du 20 mars 1865, n° 2248, paragraphe C sur la santé publique;

Vu le décret royal du 29 mars 1888; sur l'avis conforme du Conseil d'Etat, entendu le Conseil des ministres,

Décrète et approuve le règlement suivant sur la prophylaxie et le traitement des maladies syphilitiques.

Article premier. — Les fonctionnaires et les agents de l'administration civile, suivant leur compétence respective, auront la charge de faciliter la prophylaxie et le traitement des maladies syphilitiques.

Art. 2. — Aux « sifilicomes » actuels sont substituées des sections spéciales « dermo-syphilitiques » dans les hôpitaux civils qui en manquent à présent, en donnant à ces sections une importance proportionnelle à la fréquence des maladies syphilitiques dans la localité.

Art. 3. — Aux bureaux sanitaires actuels sont substitués des dispensaires dans les communes où ils manquent ou dans lesquelles ils sont jugés insuffisants. Dans ces dispensaires la consultation est gratuite; ils offriront la plus grande facilité pour la cure des maladies syphilitiques et vénériennes, en désignant des jours et heures pour les hommes, des jours et heures pour les femmes et les enfants.

Seront prises les dispositions nécessaires pour que ces dispensaires puissent être connus du public, mais aussi que l'on puisse y accéder secrètement.

Art. 4. — Les médecins « condotti » (1) auront l'obligation de traiter gratuitement, et même à domicile, en cas de besoin, les maladies syphilitiques chez les malades qui auront droit en général à la gratuité des soins. Ils ne pourront refuser leurs soins à d'autres personnes, réserve faite de leurs droits à des honoraires.

Art. 5. — Les médecins des dispensaires délivreront gratuitement des billets d'hôpital aux personnes atteintes de syphilis.

Resteront fermes les dispositions en vigueur relatives à la délivrance des certificats d'hôpital par les médecins « condotti ».

Art. 6. — Quand un médecin « condotto » ou un autre médecin traitant ayant qualité pour délivrer des certificats d'hôpital, refusera d'en délivrer à une personne atteinte de manifestations syphilitiques, ou bien que l'autorité municipale refusera de « viser » ce certificat, l'autorité politique, sur l'instance de la personne malade, pourra ordonner que celle-ci soit, après visite médicale, soignée dans un hôpital, à la charge de qui incombe.

Art. 7. — Jusqu'à nouvel ordre ne pourront être obligés de recevoir en traitement ordinaire les syphilitiques, les établissements de bienfaisance (1) qui, par leurs statuts, excluent la cure de la syphilis. Toutefois, en cas d'urgence, et quand, sans danger, on ne pourra envoyer les malades de syphilis dans un hôpital destiné à les recevoir, les préfet, sous-préfet ou syndic, en vertu des articles 3, 7, 103 de la loi communale et provinciale, et 7 du § E de la loi du 20 mars 1865, pourront ordonner l'admission de ces malades dans les hôpitaux, qui statutairement ne sont pas destinés à les recevoir.

Ces dispositions seront spécialement applicables aux enfants atteints de syphilis.

Les médecins traitants, qui par les statuts de l' « Opera Pia » auront l'obligation de donner des consultations externes, ne pourront refuser de visiter et de soigner aussi les malades atteints de maladies syphilitiques et vénériennes.

Art. 8. — Les dépenses occasionnées par l'hospitalisation des personnes affectées de manifestations syphilitiques seront à la charge des corps qui, par les lois en vigueur, ont en général l'obligation des soins gratuits des pauvres.

Lorsque, aux termes des lois existantes, ou par des statuts ou conventions particulières, ceux-ci n'y seront pas tenus, ces dépenses seront à la charge de l'Etat et imputées sur le budget du ministère de l'intérieur.

Art. 9. — Dans les dispensaires, la distribution des médicaments indiqués dans le formulaire spécial, approuvé par le ministre de l'intérieur et revu au moins tous les cinq ans, sera faite gratuitement aux individus munis de certificats d'indigence et aux autres personnes au prix coûtant.

De même, pour les dépenses prévues au présent article, sont applicables les règles établies dans l'article précédent.

Dans les communes où par loi ou coutume les médicaments sont donnés gratuitement aux pauvres, à la charge du budget municipal, sans exception de maladie, les médicaments pour la syphilis et les maladies vénériennes devront de même être délivrés gratuitement contre l'ordonnance délivrée au dispensaire.

Art. 10. — Les dépenses pour le matériel et le personnel du dispensaire seront jusqu'à nouvel ordre à la charge de l'Etat, sauf les accords qui auront lieu avec les administrations.

La nomination du personnel, sauf dans les cas d'accords susindiqués, sera faite par le ministre de l'intérieur.

Art. 11. — Sont abrogées toutes les dispositions contraires au présent règlement.

Art. 12. — Par des décrets ministériels successifs il sera indiqué l'époque à laquelle le présent règlement sera appliqué dans chaque province, au fur et à mesure qu'il sera pourvu au service des sections dermo-syphiligraphiques des hôpitaux et des dispensaires pour les consultations gratuites.

Rome, 29 mars 1888.

Le ministre: Crispi.

Le ministre, secrétaire d'État pour les affaires de l'intérieur,

Vu le décret royal du 29 mars dernier, n° 5332, qui supprime les « sifilicomes »;

Vu les décrets ministériels de même date par lesquels est

(1) Le mot « condotti » ne peut être traduit en français ne possédant pas d'équivalent dans notre langue. On désigne sous ce nom les médecins chargés d'assurer l'assistance médicale dans les campagnes et percevant de ce fait une rémunération fixe, payée par les municipalités. On trouvera sur le médecin « condotto » et ses fonctions d'intéressants détails dans l'article de M. le docteur L. Jullien *Sur l'enseignement et la pratique de la médecine en Italie* in *Arch. génér. de Méd.*, 1887, I, p. 320-340.

(1) Il y a dans le texte « Opere Pie », terme qui s'applique à tous les établissements de secours pour les pauvres et aux hôpitaux.

déterminé comment il doit être pourvu à la prophylaxie et au traitement des maladies vénériennes et à la police des mœurs;

Etant retenu que dans les provinces de Roma, Pisa, Grosseto, Massa et Carrara, Mantova, Soudrio, Ferrara et Ascoli, le service du traitement des maladies vénériennes, tant dans les hôpitaux civils que dans les dispensaires, est établi suivant les nouvelles dispositions, Décrète:

ARTICLE PREMIER. — Au 1er août prochain les règlements du 29 mars dernier sur la prostitution et le traitement des maladies vénériennes seront mis en vigueur dans les provinces de Roma, Pisa, Grosseto, Massa et Carrara, Mantova, Soudrio, Ferrara et Ascoli.

ART. 2. — Le même jour sera fermé le « sifilicome » de Rome, il sera pourvu au traitement des femmes qui y sont reçues suivant le mode établi par le nouveau règlement.

ART. 3. — A la même date, dans les provinces susdites, cesseront de fonctionner les bureaux sanitaires qui étaient chargés jusque-là de la surveillance de la prostitution et pourvoiront à ce service les bureaux de la Sûreté Publique, suivant la règle établie par le nouveau règlement.

ART. 4. — Par des décrets successifs seront déterminées les époques auxquelles le règlement devra être appliqué dans les autres provinces du royaume.

Les préfets des provinces de Roma, Pisa, Grosseto, Massa et Carrara, Mantova, Soudrio, Ferrara et Ascoli, sont chargés de l'exécution du présent décret.

Rome, 26 juillet 1888.

Le ministre : CRISPI.

Comme on vient de le voir, les nouveaux règlements ont été appliqués immédiatement dans sept provinces. A dater du 1er août 1888 au 16 septembre, ils ont été étendus aux provinces de Belluno, Campobasso, Caserte, Côme, Florence, Gênes, Lucques, Modène, Naples, Novare, Turin, Udine et Venise; au commencement d'octobre, aux provinces d'Alexandrie et de Sassari, et, ces temps derniers, les journaux annonçaient que le 1er novembre ils seraient appliqués dans les provinces de Brescia, Caltanissetta et Ravenne.

Quels seront les résultats de ces mesures, l'avenir seul nous l'apprendra. L'opinion publique paraît d'ailleurs avoir bien accueilli ces réformes, et s'il fallait s'en rapporter à l'introduction un peu dithyrambique placée en tête de la brochure que nous avons citée et qui reproduit le texte de la loi, ce serait avec un véritable enthousiasme et avec orgueil que la jeune Italie, « Italia nova », se fait honneur d'avoir précédé dans la voie du progrès les autres nations plus anciennes et chez lesquelles s'exerce depuis plus longtemps la liberté. « Facciamo voto che la coraggiosa riforma adottata in Italia, si diffonda nelle altre nazioni. Sara un trionfo per la civilta. »

Qu'on se reporte au rapport de M. le professeur Fournier, rapport antérieur du reste à la promulgation des lois italiennes, et l'on verra que sur bien des points, notamment en ce qui concerne l'hospitalisation des syphilitiques et la délivrance des médicaments, les conclusions données se rapprochent tout à fait des règlements que nous venons de traduire. C'est un argument de plus à faire valoir auprès de l'Administration française.

Dr Henri FEULARD,
Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours d'agrégation.* — Questions traitées jusqu'à ce jour :

Jeudi, 20. MM. Colin et Marie : *De la mort dans la scarlatine.* — Vendredi, 21. MM. Letulle et Brault : *De la mort dans la variole.* — Lundi, 24. MM. Suzanne et Aubry : *Accidents pleuro-pulmonaires du mal de Bright.* — Mercredi, 26. MM. Babinski et Barth : *Paralysie du voile du palais.*

— Aujourd'hui 26 décembre 1888, à neuf heures, s'est ouvert à la Faculté, le concours pour les bourses de doctorat; le jury est ainsi constitué : MM. Tarnier, président; Gautier, Farabeuf Ch. Richet, Straus. Vendredi, à neuf heures, aura lieu l'épreuve orale pour tous les candidats.

— La Faculté sera fermée le samedi 29 décembre 1888 et sa réouverture aura lieu le lundi 7 janvier 1889.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés :

1° *Au grade de médecin-major de première classe:* MM. les médecins-majors de deuxième classe Carayon, Langlois, Dufour, Salvetat, Ucciani, Antony.

2° *Au grade de médecin-major de deuxième classe:* MM. les médecins aide-majors Viguier, Mary, Pailloz, Prieur, Hurstel, Godin, Joly, Hublé.

— Le Conseil des ministres vient de décider que la nouvelle Ecole du service de santé militaire serait établie à Lyon. Tel était depuis plusieurs mois, nous l'avions annoncé à diverses reprises, l'avis des bureaux de la guerre et du comité consultatif de santé. Le directeur de la nouvelle Ecole sera M. le médecin inspecteur Vallin, membre de l'Académie de médecine et ancien professeur du Val-de-Grâce. La haute situation scientifique de M. Vallin le désignait pour ces importantes fonctions. Le sous-directeur de l'Ecole sera M. le médecin principal Viry. De prochains concours désigneront les nouveaux médecins répétiteurs.

ÉPIDÉMIE. — On annonce qu'une épidémie de scarlatine assez grave sévit sur les garnisons de Saint-Quentin et de Soissons. Les casernements vont être évacués et le plus grand nombre des hommes disponibles seront renvoyés momentanément dans leurs foyers. Ne serait-ce pas le cas de prescrire au préalable les mesures de désinfection nécessaires et de ne recevoir dans les villes ou les villages auxquels ils appartiennent que des sujets indemnes de toute affection contagieuse et incapables d'en communiquer le germe?

LABORATOIRE DE CHIMIE ET DE MICROGRAPHIE MÉDICALES. — M. Lafon, chimiste, ancien préparateur du laboratoire de toxicologie de M. le professeur Brouardel, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, etc., commencera le 14 janvier 1889 un cours pratique de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique. — Ce cours pratique a pour objet d'exercer MM. les médecins aux manipulations chimiques et microscopiques les plus usuelles que nécessite la profession médicale. On s'inscrit, de trois à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

MORTALITÉ A PARIS (50e semaine, du 9 au 15 décembre 1888. — Population : 2260945 habitants). — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 2. — Rougeole, 38. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 40. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs : cancéreuses, 41 ; autres, 4. — Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 62. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë, 44. — Bronchique chronique, 36. — Broncho-pneumonie, 33. — Pneumonie, 52. — Gastro-entérite : sein, 14; biberon, 34. — Autres diarrhées, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 31. — Suicides, 14. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 165. — Causes inconnues, 12. — Total : 984.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus que, à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

17014. — MOTTEROZ. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME XXV, 2e SÉRIE

D

M

N

T

U

V

TABLE DES FIGURES

FIN DES TABLES

17911. — Motteroz. — Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.